

RAPPORT INTRODUCTIF AUX JOURNEES D'ETUDES
DU 24-25-26 MAI 1984

**" ENTRE ADULTES :
LES PROFESSIONNELS, LES BENEVOLES,
LES PERSONNES HANDICAPEES
ET LES AUTRES "**

Rapport d'un groupe d'études du C.T.N.E.R.H.I

LES PERSONNELS DES SERVICES ET ETABLISSEMENTS
SPECIALISES POUR LES ADULTES HANDICAPEES

Présidé par M. M. SCHIFFMAN

Rapporteurs: M.A. PRIGENT - E. ZUCMAN

S O M M A I R E

| | Page |
|---|------|
| AVANT PROPOS | 1 |
| INTRODUCTION : L'évolution du concept de handicap et les adultes handicapés. | 5 |
| I - LES ADULTES HANDICAPES | 15 |
| I.1. <u>APPROCHE QUANTITATIVE DES PERSONNES HANDICAPEES ET DES ETABLISSEMENTS :</u> | 17 |
| I.1.1. <u>Les personnes handicapées</u> | 17 |
| I.1.2. <u>Les établissements et services</u> | 23 |
| I.2. <u>LES ATTENTES DES ADULTES HANDICAPES</u> | 29 |
| I.2.1. <u>Etre reconnu comme adulte exerçant ses choix</u> | 31 |
| I.2.2. <u>Sortir de la solitude</u> | 32 |
| I.2.3. <u>Développer et maintenir ses potentiels</u> | 37 |
| I.2.4. <u>Etre aidé dans la vie quotidienne</u> | 38 |
| I.2.5. <u>Avoir accès à une activité régulière</u> | 40 |
| I.2.6. <u>Prévenir le surhandicap</u> | 41 |
| I.3. <u>LES MODALITES DE VIE OFFERTES PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES :</u> | 42 |
| I.3.1. <u>Introduction</u> | 42 |
| I.3.2. <u>Les lieux d'habitation</u> | 50 |
| ° Les foyers | 50 |
| ° La vie au domicile personnel ou familial | 52 |
| ° Les formules intermédiaires | 55 |
| I.3.3. <u>Les lieux d'activité</u> | 56 |
| ° En amont du travail | 57 |
| ° Les lieux de travail - l'activité protégée (C.A.T. - A.P.) | 57 |
| ° En aval des lieux de travail | 61 |
| I.3.4. <u>Les lieux de soins</u> | 68 |
| ° Les lieux de rééducation fonctionnelle active | 69 |
| ° Le secteur psychiatrique | 70 |
| ° Les maisons d'accueil spécialisé | 71 |
| ° Les soins infirmiers à domicile ou en milieu hospitalier. | 73 |

| | Page |
|---|------|
| II - DES PERSONNELS ET DES PERSONNES AUPRES DES ADULTES HANDICAPES | 75 |
| II.1. <u>INTRODUCTION : LES PARADOXES DES TACHES A ACCOMPLIR</u> | 77 |
| II.1.1. <u>Aider dans les activités de la vie quotidienne</u> | 77 |
| II.1.2. <u>Soigner, prévenir le surhandicap</u> | 78 |
| II.1.3. <u>Accompagner et assurer une médiation sociale</u> | 79 |
| II.1.4. <u>Permettre une activité régulière</u> | 81 |
| II.2. <u>LA MULTITUDE DES PROFESSIONS</u> | 83 |
| II.2.1. <u>Les professions facilitant les activités de la vie quotidienne</u> | 86 |
| II.2.2. <u>Les professions de soins</u> | 94 |
| II.2.3. <u>Les professions facilitant l'activité</u> | 108 |
| II.2.4. <u>Les professions d'accompagnement et de médiation sociale.</u> | 116 |
| II.3. <u>L'APPORT DES NON-PROFESSIONNELS</u> | 127 |
| ° Les actions spontanées et isolées | 128 |
| ° L'aide collectivement organisée | 128 |
| ° Les associations promoteurs et gestionnaires | 129 |
| II.4. <u>DENOUER L'ECHEVEAU DES TACHES, DES STATUTS, DES FONCTIONS ET DES ROLES</u> | 133 |
| II.4.1. <u>La fonction de direction</u> | 133 |
| II.4.2. <u>Le travail d'équipe et la fonction de référent</u> | 138 |
| III - LES SOUTIENS ET LES FORMATIONS | 141 |
| III.1. <u>INTRODUCTION : L'USURE DES PERSONNELS</u> | 142 |
| III.2. <u>LES SOUTIENS</u> | 144 |
| III.3. <u>LES FORMATIONS</u> | 151 |
| III.3.1. <u>L'état actuel des formations</u> | 152 |
| III.3.2. <u>Des adaptations nécessaires pour les formations</u> | 152 |

| | |
|--|-----|
| CONCLUSION | 169 |
| I - <u>QUELQUES CONSTATS ESSENTIELS</u> | 171 |
| II - <u>QUELQUES PROPOSITIONS POUR LE COURT TERME</u> | 173 |
| III - <u>LES DOMAINES QUI RESTENT A DEFRICHER A PLUS LONG <u>TERME</u></u> | 177 |
| ANNEXES | |
| I - <u>LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE D'ETUDE ET DES PERSONNES <u>CONSULTEES</u></u> | 183 |
| II - <u>ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS</u> | 187 |
| III - <u>DEFINITION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES POUR ADULTES <u>HANDICAPES ET INADAPTES (Code F.I.N.E.S.S.)</u></u> | 251 |
| IV - <u>BIBLIOGRAPHIE : LES ADULTES HANDICAPES</u> | 269 |
| V - <u>REPERTOIRE DES SIGLES UTILISES</u> | 291 |

AVANT PROPOS

Depuis plusieurs années le Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (C.T.N.E.R.H.I.) se préoccupait des problèmes posés par les personnels des établissements et services pour adultes handicapés. Le conseil d'administration avait, dès 1979, admis le principe de la réunion d'un groupe d'étude sur ce thème. Pour diverses raisons, la mise en route du groupe a dû être repoussée et celui-ci ne s'est réuni qu'au début de l'année 1982. Malgré ce retard, la richesse des discussions comme des interrogations a témoigné que ce thème de réflexion n'avait rien perdu de son actualité. Le groupe a tenu 12 réunions et a terminé ses travaux au début de l'été 1983. Il était présidé par M. Marc SCHIFFMANN, Secrétaire général du C.R.E.A.I. d'Ile-de-France, qui était assisté pour le C.T.N.E.R.H.I. par le Docteur Elisabeth ZUCMAN, Conseiller technique, et par Melle Marie-Annick PRIGENT, Chargée de recherche. On s'est efforcé de rassembler dans ce groupe l'ensemble des partenaires intéressés à ces problèmes et la composition du groupe témoigne de ce souci (Cf. liste des membres permanents du groupe et annexée au présent rapport). Il était composé d'une vingtaine de membres dont trois représentaient de grandes Associations gestionnaires, trois, des Centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptées, quatre, des centres de formation. La moitié du groupe était constituée par des responsables de services et établissements publics ou privés accueillant des adultes handicapés.

Le groupe a enrichi sa réflexion selon des modalités diverses. Au fur et à mesure du déroulement de ses travaux, il a fait appel, quand la nécessité s'en faisait sentir, à des techniciens ou des praticiens spécialisés sur les thèmes abordés (cf. liste des personnes consultées). Parallèlement à ces discussions, il a été procédé à deux enquêtes : - l'une, en collaboration avec les trois C.R.E.A.I. participant au groupe (Aquitaine, Ile-de-France, Rhône-Alpes),

auprès des établissements pour adultes de certains départements de leur région afin d'élargir le champ d'investigation du groupe sur les réflexions que suscitait le thème proposé.

- l'autre, par l'intermédiaire du Comité d'Entente des Ecoles et Centres de Formation d'Educateurs Spécialisés, auprès des Instituts de Formation pour tenter de percevoir dans quelle mesure et de quelle manière les problèmes des adultes handicapés étaient abordés dans la formation des éducateurs comme dans celle des autres travailleurs sociaux.

Enfin, les principaux syndicats d'employeurs et de salariés du secteur concerné ont été consultés par écrit. Sur les neuf Organismes consultés, nous n'avons reçu aucune réponse...

° Démarche du groupe

La démarche du groupe, que les développements de ce rapport tenteront d'explicitier, pourrait se résumer schématiquement dans les termes suivants :

Besoins -----> Fonctions -----> Professions -----> Formation.

En effet, se livrer à un inventaire des établissements et services existants et des différents personnels qui y interviennent pour juger de leur adéquation ou de leur éventuelle inadéquation n'aurait guère eu de signification. Outre que cet exercice s'avère de plus en plus difficile en raison du développement des formules non institutionnalisées reflétant l'effort récent d'insertion sociale, il faut tenir compte du fait que les structures existantes sont fondées sur des catégorisations dépassées, ou pour le moins contestées, et que les populations qui y sont accueillies ne sont pas très nettement différenciées. Sans se laisser enfermer dans l'existant, le groupe s'est donc efforcé de partir des besoins des personnes handicapées adultes pour tenter de définir les tâches et les fonctions à assumer et les personnels susceptibles de remplir ces fonctions.

° *La problématique*

Le groupe d'étude a dû faire face à une problématique complexe, qu'il n'a résolue qu'en partie et qu'on peut résumer ainsi :

- Les adultes handicapés ne sont-ils pas avant tout des adultes qu'on ne peut considérer comme des enfants vieillissants ? Les personnels qui les entourent ne doivent-ils pas les aborder dans une optique radicalement différente de celle qui a cours dans la pratique médico-éducative des institutions pour enfants, sans pour autant exclure les actions d'"éducation permanente", dont la valeur est reconnue pour tout adulte.

Cette approche renouvelée peut-elle résoudre un certain nombre de paradoxes :

- . être centrée sur une relation interpersonnelle d'adulte à adulte, tout en assurant aide et sécurité ;*
- . favoriser les changements d'activité et de modes de vie, sans engendrer l'instabilité et les ruptures affectives ?*
- . faire respecter les contraintes de la vie collective en préservant la liberté et l'intimité de l'individu ?*
- . tenir compte des ressources du milieu social environnant sans exposer l'adulte handicapé à la solitude d'un éventuel rejet ?*

- Dans les institutions et services, les pratiques des personnels n'ont-elles pas abouti à des superpositions inextricables de rôles, de fonctions, de statuts, de professions qui demanderaient clarification et harmonisation (par exemple, le personnel de service joue un rôle d'accompagnement, le psychiatre et le psychologue ont des statuts différents pour des fonctions souvent analogues...). Peut-on apporter cette clarification et cette harmonisation sans rigidifier les pratiques ?

- La professionnalisation est-elle l'unique réponse aux besoins des adultes handicapés ? N'y-a-t-il pas auprès d'eux, place pour des actions non professionnelles de volontaires ? Comment dans ce cas les deux types d'intervention s'articuleront-ils ?

- Quelles sont les formations et les informations nécessaires aux intervenants, professionnels ou non, pour s'adapter de la manière la plus adéquate possible aux besoins des adultes handicapés et éviter les phénomènes d'usure ?

Au terme de ces travaux, le groupe n'offre pas de certitudes toutes faites mais plutôt des matériaux à la réflexion des praticiens et des décideurs, pour permettre les nécessaires évolutions dans un secteur jeune d'action sociale, trop souvent contraint par les cloisonnements et la force de l'habitude.

- I N T R O D U C T I O N -

L'EVOLUTION DU CONCEPT DE HANDICAP
ET LES ADULTES HANDICAPES

Une réflexion préalable sur la notion de handicap s'est imposée au groupe d'étude. De l'acceptation d'une définition restrictive ou extensive du concept dépendaient évidemment le champ et les limites de ses travaux.

De l'acceptation classique essentiellement organique et en tout cas globalisante et fixée, aux conceptions les plus extensives, initiées par les travaux de WOOD, le terme "handicap" recouvre, selon les différentes options, bon nombre de significations très éloignées les unes des autres. Les mots s'usent vite. Alors que le terme même de handicap est peut-être déjà dépassé, on s'interroge encore sur sa signification et l'élaboration conceptuelle de la notion est loin d'être achevée.

Il n'est sans doute pas inutile de rappeler que le handicap est une notion relativement moderne, qui s'est rapidement substituée à d'autres termes utilisés antérieurement, jugés ensuite par trop chargés de connotations péjoratives (infirme, mutilé, invalide...). Les termes qui étaient auparavant employés et que l'on considère aujourd'hui comme dépassés et dégradants, avaient l'avantage d'être précis. Ainsi, par exemple, l'infirmité désignait une atteinte aux rapports anatomiques d'une fonction ou d'une faculté, alors que l'incapacité désignait l'atteinte à l'expression économique de cette fonction ou de cette faculté. Toutes ces notions ont été progressivement abandonnées pour être remplacées par la notion de handicap, certainement beaucoup plus large, mais assurément beaucoup plus imprécise. Cette imprécision est dûe au fait que l'emploi de ce terme n'a pas correspondu au

rapprochement des différentes conceptions, ni même à une tentative de définition du concept. Il a fallu attendre les travaux de BURY et surtout de WOOD pour que le concept soit éclairci, mais pour qu'aussi, paradoxalement, par l'explicitation même qu'on lui apportait, le terme de handicap prenne une toute autre signification que celle qu'on lui donnait jusqu'alors et que bon nombre lui donnent encore.

Avec une certaine unanimité, on récuse maintenant les conceptions globalisantes du handicap, essentiellement médicales, jugées trop rigides, et cependant incomplètes, incapables de prendre en compte toutes les répercussions que peut avoir sur la vie de la personne une situation de handicap. Il est admis maintenant par tous que la seule prise en compte de l'atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'un individu ne saurait suffire. Ces atteintes peuvent, en effet, avoir des conséquences variées : conséquences liées à la personnalité même du sujet qui supportera plus ou moins bien son état ; conséquences professionnelles aussi, essentiellement variables en fonction de l'âge, de la profession, de la formation et de facteurs socio-économiques. Conséquences familiales et sociales enfin qu'il serait vain de vouloir inventorier ici. Chacun s'accorde à reconnaître que toutes ces conséquences devraient entrer en ligne de compte dans la notion de handicap. Ce n'est sans doute, en effet, que par une conception multidimensionnelle que l'on pourrait appréhender une situation donnée avec la meilleure exactitude possible.

L'évolution des concepts et les réflexions les plus actuelles tendent à démembrer la notion de handicap. En effet, on a toujours confondu antérieurement les difficultés psychosociales rencontrées par la personne et la déficience qui en était la cause. Toutes les définitions étaient dès lors ambiguës dans la mesure où elles mélangeaient des composantes très différentes : organiques, fonctionnelles et sociales. On tend actuellement à dissocier ces différents éléments pour mieux les cerner. C'est ce que WOOD a formulé dans ses travaux dans le cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), en élaborant la classification des déficiences, incapacités et handicaps, supplément de la classification internationale des maladies. Il distingue donc trois éléments complémentaires du trouble causal :

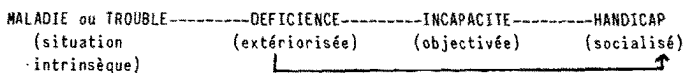
- "La déficience" (impairment) correspond à toute perte ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique. Les déficiences impliquent l'extériorisation d'un état pathologique, avec prise de conscience d'anomalies de la structure et de l'aspect du corps, et du fonctionnement d'un organe ou d'un appareil, quelle qu'en soit la cause. En principe, il s'agit d'un trouble surgi au niveau d'un organe. Elle peut être temporaire ou permanente.

- "L'incapacité" (disability) désigne toute diminution ou perte (résultant d'une déficience) de l'aptitude à s'acquitter d'une activité dans les conditions ou selon l'étendue jugées normales pour un être humain. Les incapacités représentent des troubles au niveau de la personne, parmi lesquels on peut distinguer les principales catégories suivantes : comportement, communication, hygiène personnelle, marche, position des membres, adresse, aptitudes spéciales et situations particulières.

- "Le handicap" (handicap) est le désavantage dont souffre le sujet par suite d'une déficience ou d'une incapacité qui l'empêche de s'acquitter totalement, ou partiellement, d'une fonction par ailleurs normale (compte tenu de l'âge, du sexe et de différents facteurs culturels) dans son cas. Les handicaps portent donc sur l'interaction avec le milieu et l'adaptation à ce dernier, et représentent ainsi une socialisation de l'expérience morbide. Le désavantage résulte d'une impossibilité ou d'une incapacité de répondre à l'attente ou aux normes de l'univers du sujet, ce qui se produit lorsqu'il y a interférence avec l'aptitude à s'acquitter de ce qu'on pourrait appeler des "rôles de survie" : orientation, indépendance physique, mobilité, activité professionnelle, intégration sociale et autonomie économique.

La déficience désigne donc l'extériorisation du trouble et débouche sur des mesures thérapeutiques ; elle relève donc principalement des services médicaux. L'incapacité définit les conséquences fonctionnelles objectivables, elle appelle des mesures de rééducation fonctionnelle, c'est le domaine des services de réadaptation. Le dernier terme "handicap" désigne les conséquences sociales des deux premiers facteurs ; c'est le domaine d'intervention des mesures d'action sociale, mais cette dénomination prête à confusion puisqu'il continue de désigner à la fois le concept total de handicap et le troisième

terme de son analyse. C'est pourquoi tous ceux qui s'intéressent actuellement à cet effort de renouvellement des concepts, et ils sont nombreux, partent du schéma suivant :



et proposent de nommer le troisième terme :

- désavantage social,
- ou risque d'exclusion sociale,
- ou restriction de liberté sociale,
- ou besoin d'aide à la vie sociale...

De toute façon, cet effort d'analyse, motivé par le souci d'alléger l'image sociale du handicap autant que par l'espoir de créer un outil de compréhension pluridimensionnelle de la situation des exclus, se heurte encore à bien des limites : sa lourdeur, son défaut de maniabilité...

De plus, demeure irrésolue la question souvent débattue des **concepts continus**. Le langage utilise deux types de "découpage" du réel, le premier concerne les éléments "discrets" de représentations (une table est une table, elle ne peut être un peu ou beaucoup une table. C'est ou ce n'est pas). Le seconde concerne les faits continus : on ne saurait facilement avec la langue étalonner le mot joli, cet adjectif peut qualifier de 0 à l'infini notre sentiment et il y a peu de vocabulaire pour désigner cela de façon précise : on peut dire, un peu, beaucoup, énormément, pas du tout... mais on épuise assez vite les capacités de la langue.

Le concept de handicap se trouve relever de ce domaine, c'est un concept continu qui va de 0 à l'infini et jamais aucune borne ne satisfera tout le monde puisqu'elles seront forcément des limites arbitraires. Mais de part et d'autre de cette ligne continue et pour un niveau donné d'analyse, il y a ceux qui sont ou ne sont pas handicapés, sans seuil repérable comme indiscutable. Ceci au niveau de l'analyse. Mais il existe aussi le handicap et sa représentation, or là on entend volontiers dire : "il n'y a pas de handicap, il n'y

a que des situations dans lesquelles le sujet est handicapé et à la limite il n'y a pas de handicapés". Ce type de réflexion n'est pas acceptable, même si l'argumentation se mouvant sur la notion des concepts continus tend à montrer que ce n'est que relatif. Bien sûr, ... et avec cette même analyse on démontre qu'il n'y a pas de vieux car il ne saurait y avoir de limite jeunes/vieux : était-on déjà vieux la veille du jour où on déciderait de l'étiquetage ? et il n'y a pas de riches ni de pauvres, car on ne saurait jamais fixer une limite "naturelle" qui n'existe pas. Et pourtant qui nous ferait croire qu'il n'y a pas de vieux, pas de pauvres... et pas de handicapés ?.

Cette façon de banaliser les problèmes du handicap paraît grave, c'est une façon de faire disparaître un problème ô combien réel et reconnu par tous comme très angoissant : il n'y a pas de stimulus plus puissant que la vue d'un corps handicapé, plus puissant pour mobiliser l'émotion, la peur.

Le "handicap" c'est aussi, et peut-être surtout, les obstacles qui se constituent au niveau de l'imaginaire collectif. Le handicap bénéficie d'une représentation dans notre système de valeurs, et est un stimulus d'"attitudes" le plus souvent stéréotypées. Il ne faut pas croire que parce qu'imaginaires, les barrières créées soient plus souples, bien au contraire elles sont d'autant plus rigides et peu franchissables qu'elles sont invisibles.

Ces barrières invisibles démultiplient le handicap et cela dans le mauvais sens puisque notre système des valeurs sociales dévalorise les sujets au corps blessé, à l'intellect fragile ou inefficace et au contraire valorise la force, la réussite, le fait d'échapper aux catastrophes.

Il s'agit d'un système des contraintes autant internes qu'externes : les personnes handicapées elles-mêmes croient qu'elles ne peuvent plus rien faire alors même que leurs aptitudes réelles prouvent le contraire. Un des rôles des intervenants est de montrer que le possible dépasse de très loin ce qui paraît envisageable pour "les handicapés".

En quoi cette évolution des concepts et les efforts de terminologie ont-ils influencé les réflexions du groupe d'étude ?

Donner au terme de handicap le sens de désavantage visible ou non, ou celui de risque d'exclusion sociale nécessitant une action préventive ou réparatrice selon les cas - a certes eu des répercussions :

- d'une part, il a amené le groupe d'étude à s'évader des classifications habituelles : handicap moteur, sensoriel, mental... pour s'attacher à ce qui est commun à toutes ces situations.

Cette démarche n'a pas eu que des avantages et il est bien certain qu'elle a contribué à gommer des différences bien réelles qui fourniront peut-être les bases des "classifications" de demain : différences entre handicap visible et non visible, différences entre handicap congénital et acquis, à l'âge adulte par exemple ;

- d'autre part le groupe d'étude a été conduit à élargir quelque peu la population considérée. Les situations des jeunes en rupture, des personnes âgées handicapées par l'âge, des malades mentaux... ont été évoquées plus ou moins longuement. Il a adopté une approche plus large du "handicap", recouvrant toutes formes de souffrance sociale, à l'image de cette réalité qui fait des Commissions Techniques d'Orienteation et de Reclassement Professionnel (C.O.T.O.R.E.P.) le bastion assailli par les chômeurs et par les sans ressources de notre société en crise. Mais, comme pour les C.O.T.O.R.E.P., l'élargissement de l'usage de la notion de handicap ne se fait pas sans malaise et crainte de "handicaper" les uns et de méconnaître les autres. Il n'est pas lieu encore de dire si nous avons été trop loin ou pas assez... mais de livrer honnêtement à la réflexion ce qui a été une démarche spontanée et non contrôlée du groupe d'étude qui néanmoins a fait porter l'essentiel des réflexions sur les troubles d'origine organique. Cependant, cette démarche large n'a pas été non plus dépourvue d'avantages. Dans cette réflexion, le handicap devient donc une notion sociale extrêmement relative, son degré et ses répercussions dépendant avant tout du milieu environnant. Toute difficulté, momentanée ou durable, d'adaptation ou de relation avec l'environnement social est alors "handicap". Toutes les personnes nécessitant temporairement ou continuellement un soutien dans la vie sociale sont alors "handicapées". La notion devient donc essentiellement relative avec pour première conséquence que le phénomène dépendra avant tout des normes culturelles, des valeurs de la société ou du groupe dans lequel se trouve l'individu concerné. Une personne peut être handicapée dans un groupe ou dans un environnement donné et non dans

un autre. En outre, la relation entre l'individu et l'environnement qu'est le handicap n'est jamais fixée. Dans un même groupe ou dans un même environnement la personne peut, face à telle ou telle situation, être handicapée ou non et l'être plus ou moins.

Cette conception a l'avantage de clarifier les différentes composantes de ce que l'on appelle encore couramment le handicap et d'éviter les confusions entre elles. Les deux premières composantes (déficience, incapacité) se rattachent essentiellement à l'individu, la troisième (handicap) se rattache à sa fonction sociale. Les handicapés sont donc ainsi réinsérés dans le groupe social dont ils ne constitueraient plus une frange spécifique, séparée ou exclue. Le fossé serait moins large entre la population dite "normale" et la population "handicapée" : la voiture d'enfants, le caddy ou le fauteuil roulant créent des difficultés de déambulation ; chacun serait donc plus ou moins "handicapé" en fonction des situations rencontrées. On perçoit évidemment le grand avantage que présente cette conception en évitant l'écueil de la ségrégation ou de la marginalisation.

Cependant, elle peut aussi comporter certains risques, dont le plus important est sans doute celui d'une banalisation du handicap. A partir du moment où tout un chacun devient plus ou moins handicapé selon les circonstances dans lesquelles il se trouve, on peut craindre une dilution de la notion telle que la situation de handicap deviendrait quasi-normale dans le groupe social. Ceci aurait pour corollaire une dilution exagérée des besoins et inévitablement, par voie de conséquence, une dispersion accrue des aides apportées en réponse à ces besoins.

Cette différenciation dans l'approche de la difficulté des composantes individuelles et sociales démontre bien que les politiques sociales destinées à aider les personnes doivent les prendre en compte les unes et les autres. Dans les premiers temps de l'action en faveur des personnes handicapées, les mesures étaient essentiellement tournées vers l'individu. Elles amélioraient la situation personnelle, mais étaient inopérantes par rapport à sa situation au sein du groupe social. Ultérieurement, on a développé l'action sur les milieux et l'environnement. L'acceptation du handicap, en tant qu'interaction entre l'individu et l'environnement, vient conforter ces politiques en démontrant bien que toute amélioration de cette relation passe par une action

sur l'un comme sur l'autre. L'action exclusive sur l'un ou sur l'autre serait incomplète. L'action sur l'environnement est indispensable mais il ne faut pas oublier qu'il se compose d'un ensemble de situations individualisées.

Le foisonnement des réflexions actuelles sur ces notions et l'intensité des discussions témoignent bien de la difficulté de leur appréhension. On a bien du mal à se dégager du paradoxe sous-jacent en permanence dans ce débat. Finalement, on cherche à définir de plus en plus précisément et finement une réalité que l'on reconnaît par ailleurs comme essentiellement évolutive et relative et donc... difficilement identifiable. Il faut pourtant bien la définir, ne serait-ce que pour désigner le bénéficiaire des aides que la collectivité accorde. L'absence de définition du handicap dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 - qui a été souhaitée et volontaire pour ne pas restreindre de façon trop rigide son application a entraîné bien des malentendus, quelques uns ont été exclus du bénéfice de la loi à cause du flou du cadre de référence et de la non-désignation des bénéficiaires. Tout le problème est là, comme l'a bien formulé M. HERNANDEZ : "la définition... du handicap est marquée par une contradiction : ouvrant droit à des dispositions particulières, elle doit être précise mais la nature même du concept de handicap lui interdit cette précision".

Il n'y a rien d'étonnant dès lors à ce que, alors que tout sur un plan intellectuel et théorique incite à l'adoption d'une notion extensive et modulable, il en aille bien autrement lorsqu'on aborde les réalités concrètes. La distance entre la conception théorique et la pratique quotidienne est encore bien grande, et cela était bien marqué dans les discussions du groupe d'étude. Si, dans sa démarche, il avait voulu se dégager de la conception traditionnelle organique du handicap pour aborder dans sa réflexion l'ensemble des problèmes posés aux personnes en difficultés sociales, il n'y est pas toujours parvenu dans la réalité de la discussion.

Cependant, l'acception extensive du terme de handicap a aussi et surtout amené le groupe d'étude à se démarquer de l'image de l'enfant handicapé devenu adulte pour adopter, là sans réticence aucune, le point de vue de l'adulte non devenu handicapé. En effet, le handicap, appréhendé en tant que contrainte dans la vie sociale, rencontré dans des situations aussi universelles et

banales que la déambulation, la communication..., interpelle chacun dans son histoire (maladie, fracture, voyage, voyage à l'étranger, vieillissement) et porte les germes d'une approche solidaire - "horizontale" - d'adulte à adulte ; les chiffres démontrant que les 3/4 des handicaps sont acquis à l'âge adulte confortent encore la solidarité d'une seule et même population dont certains seront plus ou moins tôt menacés d'exclusion par la maladie, l'accident ou le grand âge (Cf. Tableau I, p. 19)

Bien entendu, si ces concepts nouveaux ont sous-tendu les travaux du groupe d'étude, il ne faut pas se cacher qu'il existe encore des écarts entre l'effort de réflexion prospective et les contraintes imposées dans la pratique par les traditions culturelles et professionnelles pour ne pas parler des restrictions économiques qui amènent à réserver aux seuls porteurs de déficiences motrices, sensorielles ou intellectuelles graves les bénéfices de la loi d'orientation de 1975. C'est surtout sur ces dernières qu'ont porté les travaux du groupe.

I - LES ADULTES HANDICAPES

I - LES ADULTES HANDICAPES

I.1. APPROCHE QUANTITATIVE DES PERSONNES HANDICAPEES ET DES ETABLISSEMENTS

I.1.1. Les personnes handicapées

Il est très difficile actuellement d'avoir une vision chiffrée précise du nombre des personnes adultes handicapées. Les sources d'information sont multiples et dispersées, les données sont hétérogènes et incomplètes ; leurs estimations sont donc difficiles à comparer et à articuler entre elles. En France, on ne peut que constater l'absence de données générales à l'ensemble de notre pays.

A l'heure actuelle, les effectifs des personnes handicapées sont généralement estimés à partir de l'attribution d'une aide : allocation, pension, carte d'invalidité, entrée en établissement.

D'excellentes études régionales ont été réalisées, en particulier à partir des dossiers des Commissions départementales de l'éducation spéciale (C.D.E.S.), donnant une première connaissance à valeur épidémiologique des handicaps des enfants et adolescents. Mais en ce qui concerne les adultes il n'existe pas encore de connaissances coordonnées des différents handicaps. Certes, on peut espérer que l'amélioration du fonctionnement des C.O.T.O.R.E.P. fournira dans un proche avenir des données exhaustives, articulées, actualisées.

Sous le titre "Où trouver l'information statistique sur les handicaps", l'Observatoire Economique de Paris a tenté en 1981 de rassembler les différentes sources d'information et a confirmé la carence.

Les auteurs rappellent que les définitions du handicap sont nombreuses (définition O.M.S., définition R.C.B., etc...). Ils rappellent aussi que quelles que soient les définitions utilisées, elles peuvent se résumer en deux grandes catégories de handicaps :

- . handicaps physiques (handicaps moteurs, handicaps sensoriels, maladies chroniques),

- . handicaps mentaux (déficience mentale et maladie mentale),

mais que, cependant, certains distinguent les handicaps par leurs origines (R. LENOIR, A. LABREGERE) et font diverses ventilations par tranches d'âge (20 à 64 ans pour R. LENOIR, 20 à 60 ans pour l'étude de rationalisation des choix budgétaires du Ministère du Travail).

Cette récapitulation des sources statistiques montre bien l'hétérogénéité et les lacunes des données, l'absence d'harmonisation des critères retenus... La méconnaissance est aggravée par le fait que, depuis 1962, aucune question sur les handicaps ne figure plus dans les recensements de population réalisés par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.).

Dans ces conditions, il n'est pas étonnant de constater que tous les travaux publiés au cours de la dernière décennie ne sont que des compilations de l'étude R.C.B. (Rationalisation des Choix Budgétaires) réalisée en 1974 par le Ministère du Travail, étude qui comporte une extrapolation jusqu'à 1980.

TABLEAU I

**REPARTITION DES PERSONNES ATTEINTES D'UN HANDICAP
CONSTITUANT UN OBSTACLE A LEUR PLACEMENT OU A LEUR INSERTION PROFESSIONNELLE**

(Population comprise entre 20 et 60 ans)

| Handicaps selon l'origine | Nombre total | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| | Estimation au 1/1/1974 | Estimation au 1/1/1980 | Variation relative 1974/80 (%) |
| Origine congénitale ou juvénile | 252.000 | 262.000 | + 4,0 |
| sensoriels | 35.400 | 37.000 | + 4,5 |
| moteurs (1) | 52.200 | 54.000 | + 3,4 |
| débiles lourds | 104.900 | 109.000 | + 3,9 |
| comitiaux | 59.500 | 62.000 | + 4,2 |
| Origine accidentelle | 174.000 | 187.000 | + 7,5 |
| dûs au travail | 88.000 | 95.000 | + 8,0 |
| dûs à la circulation | 47.000 | 60.000 | + 27,7 |
| autres | 16.000 | 17.000 | + 6,2 |
| dûs à la guerre | 23.000 | 15.000 | - 34,8 |
| Origine maladie | 580.000 | 655.000 | + 12,2 |
| psychiques et mentaux | 130.000 | 141.000 | + 8,5 |
| autres | 450.000 | 514.000 | + 14,2 |
| Ensemble | 1.006.000 | 1.104.000 | + 9,7 |
| Population française | 53.600.000 | 56.600.000 | + 2 % |

(1) Y compris les poliomyélitiques.

TABLEAU II

FLUX ANNUELS

| HANDICAPS SELON L'ORIGINE | Flux annuel (moyenne de 1975 à 1980) | | |
|--|--------------------------------------|---------------|---------------|
| | Entrées | Sorties | Balance |
| Origine congénitale ou juvénile | 8.820 | 7.160 | 1.660 |
| sensoriels | 960 | 700 | 250 |
| moteurs (1) | 1.520 | 1.220 | 300 |
| débiles lourds | 4.680 | 4.000 | 680 |
| comitiaux | 1.660 | 1.240 | 420 |
| Origine accidentelle | 8.100 | 5.930 | 2.170 |
| dûs au travail | 3.500 | 2.330 | 1.170 |
| dûs à la circulation ... | 3.800 | 1.630 | 2.170 |
| autres | 800 | 630 | 170 |
| dûs à la guerre | 0 | 1.340 | - 1.340 |
| Origine maladie | 70.000 | 57.500 | 12.500 |
| psychiques et mentaux | 8.700 | 6.870 | 1.830 |
| autres | 61.300 | 50.630 | 10.670 |
| Ensemble | 86.920 | 70.590 | 16.330 |

(1) Y compris les poliomyélitiques.

Ces tableaux, maintes fois reproduits, méritent-ils commentaires ? Ils ont avant tout le mérite d'exister, d'avoir tenté de colliger des données habituellement éparées, et d'avoir été établis dans une visée prospective. Mais l'origine des données, les modalités du traitement statistique ne sont pas précisées dans la publication originale. Il est habituel de leur adjoindre les données disponibles sur la population enfantine (950.000 enfants) et sur la population âgée de plus de 60 ans (environ 1.380.000 personnes âgées handicapées) pour parvenir à un total de 3.336.000 personnes handicapées, tous âges confondus, soit **6,4 % de la population française.**

La projection sur 1980 est lourde de graves questions, suggérant les mécanismes qui feraient augmenter le nombre des personnes handicapées de 9,7 alors que la population française s'est accrue de 2 % : 75 % de l'augmentation prévisible revient aux maladies invalidantes et aux troubles mentaux sans qu'on puisse l'imputer à la prolongation de l'espérance de vie puisqu'il

s'agit de population âgée de moins de 60 ans. Le dernier quart de l'inflation est constitué par l'aggravation de la pathologie accidentelle. Les handicaps d'origine congénitale ou juvénile sont censés augmenter assez uniformément de 4 % environ, ce qui peut s'expliquer si on se rappelle qu'il s'agit de jeunes nés avant 1960, en période de forte natalité, et avant l'instauration des mesures de prévention périnatale et aussi si on tient compte d'une certaine augmentation de leur longévité.

° Les adultes handicapés ne sont pas des enfants vieilliss

En dépit des incertitudes régnant sur les sources et sur l'élaboration des données statistiques globales généralement admises, il est intéressant de comparer les chiffres concernant les enfants et les adultes, ainsi qu'il a été fait à la demande du Premier Ministre (1981) à l'occasion de l'Année Internationale des Personnes Handicapées.

TABLEAU III

| | Enfants et adolescents | Adultes de 20 à 65 ans |
|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Handicapés moteurs et physiques | 100.000 | 700.000 |
| Handicapés visuels | 12.000 | 65.000 |
| Handicapés auditifs | 18.000 | 45.000 |
| Handicapés mentaux | 770.000 | 120.000 |
| | (dont 550.000 débi- | |
| | les légers, et | |
| | 220.000 débiles | |
| | moyens, profonds et | |
| | arriérés profonds) | |

Remarquons au passage que l'origine de ces chiffres n'est pas citée, qu'ils diffèrent des données R.C.B. quantitativement et par la tranche d'âge (arrêtée ici à 65 ans !). Néanmoins, ce rapprochement est particulièrement intéressant :

- l'accroissement considérable (X 7) des handicaps moteurs et physiques correspond à trois types de pathologie :

- . les maladies chroniques invalidantes, rares : maladies neurologiques, ou fréquentes - maladies rhumatismales, cardio-vasculaires... (environ 500.000).
- . les troubles psychiques de l'adulte tout aussi invalidants (environ 100.000).
- . la pathologie accidentelle (environ 150.000).

- l'accroissement des déficiences sensorielles (X 5 pour les déficiences visuelles - X 3 pour les déficiences auditives) est essentiellement dû à l'âge.

- Enfin, la fonte des effectifs des handicapés mentaux - six fois moins nombreux à l'âge adulte que dans l'enfance - s'explique par un double processus :

- . Surtout par l'insertion sociale satisfaisante de la plus grande part des 550.000 enfants que l'échec scolaire grave avait amené à considérer comme débiles légers ou moyens (le flux de sortie des Instituts Médico-Professionnels (I.M.Pro) serait de 1.500 à 3.000 adolescents par an).
- . Peut-être aussi en raison de la mortalité survenant chez les jeunes arriérés profonds polyhandicapés entre 20 et 30 ans, principalement à l'occasion de déracinement : premier placement hors du milieu familial ou passage d'une structure d'enfants à un établissement pour adultes.

I.1.2 Les établissements et services

Face aux nécessités sans cesse croissantes dont témoignent ces quelques chiffres, le développement des établissements et services spécialisés pour les adultes handicapés s'est accéléré dans les dernières années : on recense en 1982 plus de 50.000 places en établissements de travail protégé alors qu'on en comptait seulement 26.000 en 1975, on dépasse la capacité de 30.000 places d'hébergement en 1983 alors que celle-ci était inférieure de moitié en 1975 (16.000 places). Les efforts tendent également de plus en plus à se porter sur le développement des services à domicile.

Etablissements d'hébergement, institutions de travail protégé, services de soins et de maintien à domicile, autant de structures qui emploient des personnels, spécialisés ou non.

Regardons séparément les établissements et les services :

° Les établissements pour adultes

Les statistiques les concernant sont partielles et quelque peu contradictoires, mais elles ont quand même une valeur indicative, car le recensement des établissements est naturellement plus facile à opérer que celui des services, plus dispersés et de création plus récente.

. Du recensement réalisé par le Ministère de la Solidarité en juin 1981, on retiendra les données globales suivantes :

| | Nombre d'établ. | Nombre de places | Croissance annuelle | % du total | Capacité pour % habitants | |
|--|-----------------|------------------|---------------------|------------|---------------------------|--------|
| Centres d'aide par le travail | 683 | 44.526* | + 10 % | 80 % | 8,3 %. | |
| Ateliers protégés et Centres de distribution de travail à domicile | 87 | 4.117 | + 8 % | 7 % | | |
| Centres de réinsertion professionnelle | 76 | 7.237 | + 2,7 % | 13 % | | |
| Centres de réentraînement au travail | | | | 100 % | | |
| Etablissements d'hébergement | 739 | 29.718 | } + 13 % | 100 % | | |
| dont Maisons d'accueil spécialisées (50) | | 1.535 | | | 5 % | 1,3 %. |
| Foyers de vie | | 5.650 | | | 19 % | 5,5 %. |
| Autres : foyer, hébergmt. et foyer logement | | 22.533 | | | 76 % | 5,5 %. |

* 1 à 2 % d'entre eux seront réinsérés chaque année en milieu ordinaire de travail.

** M.A.S. (août 1983 : 88 établissements existants ou autorisés comportant plus de 3.000 places. Renseignements : Ministère de la Solidarité Nationale.

On observera que ces capacités des établissements spécialisés pour adultes sont relativement restreintes puisque le total des places (55.880 concernant le travail + 29.718 concernant l'hébergement) est d'environ 85.600 places. La restriction paraît plus évidente encore si on les compare :

- . au nombre de places en établissement spécialisé pour enfants : 203.000.
- . au nombre de places dans les service adultes des hôpitaux psychiatriques (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale-I.N.S.E.R.M.-1976) : 97.500.
- . au nombre des adultes handicapés : 1.104.000 de moins de 60 ans (chiffre estimé pour 1980).

Seule l'étude réalisée par la Fédération des Associations Gestionnaires et des Etablissements de Réadaptation pour Handicapés (F.A.G.E.R.H.) en 1979, permet d'avoir une idée de la relation existant entre l'équipement de travail protégé et les besoins exprimés. Au cours d'une enquête portant sur 61 ateliers protégés (3.500 places) et sur 535 Centres d'Aide par le Travail (C.A.T.) (32.850 places), la F.A.G.E.R.H. décèle d'une part :

- des places disponibles en quantité non négligeable :
 - . 278 en atelier protégé par manque de travail à offrir (7 % environ).
 - . 1.037 en C.A.T. (environ 3 %) : difficulté de recrutement temporaire (création - agrandissement) ou durable (manque de foyers ou dysfonctionnement...).

et d'autre part :

- des listes d'attente plus importantes bien qu'inférieures à la réalité :
 - . 5.050 en C.A.T. : 15 % de places supplémentaires seraient nécessaires.
 - . 1.250 en atelier protégé : 30 % de places supplémentaires seraient nécessaires.

On constate ici la difficulté de la saisie des besoins et la nécessité d'une prise de données (et d'une planification) décentralisée : ces contraintes expliquant la carence générale d'information dans laquelle on se débat encore actuellement.

- ° **Comparaison des caractéristiques des établissements pour adultes avec l'ensemble des établissements pour enfants**

L'analyse des établissements faite en 1980 par l'Association pour la Gestion des Formations Initiales du Secteur Sanitaire et Social (AGFI 3 S) apporte quelques éléments chiffrés intéressants :

- . le **statut** des établissements est privé pour 95 % des établissements pour adultes, à 90 % pour le secteur enfants.
- . la **capacité des établissements** :

| Nombre de places | | ≤ 60 places | entre 60 et 120 places | ≥ 120 places |
|------------------|-------------|-------------|------------------------|--------------|
| adultes | hébergement | 72 % | 26 % | 2 % |
| | travail | 40 % | 45 % | 15 % |
| enfants | hébergement | 66 % | 27 % | 7 % |
| | éducation | 35 % | 51 % | 14 % |

On voit sur ce tableau que la taille des établissements d'hébergement est inférieure à celle des établissements d'activité de jour, pour les enfants comme pour les adultes ; les foyers étant de taille plus restreinte encore pour les adultes que pour les enfants.

- . L'**implantation** des établissements est inégale d'une région à l'autre (Cf. Annexe II). Globalement, à l'échelle nationale, les établissements pour adultes sont plutôt ruraux : 45 % sont implantés en zone rurale ou dans les villes de moins de 20.000 habitants au lieu de 40 % pour les enfants (35 % pour le total).

Seuls les centres de préparation professionnelle et de réentrainement au travail, qui exigent une certaine concentration de moyens et de population, font exception : 55 % d'entre eux sont

implantés dans les villes de plus d'un million d'habitants et dans l'agglomération parisienne, alors que seulement 45 % de l'ensemble de l'équipement s'y trouvent implantés.

° Les services

Plus dispersés, et en récent développement pour la plupart, ils se trouvent être plus difficiles encore à cerner quantitativement. On tentera de le faire en faisant appel à diverses sources :

. Les équipes de préparation et de suite du reclassement (E.P.S.R.)

- Les E.P.S.R. sont de création légale récente (1978 - 1979). Leur objectif essentiel est l'insertion de l'adulte handicapé en milieu ordinaire de travail, conditionnée par son insertion sociale. Il s'agit d'une équipe légère de quatre personnes dont un prospecteur placier et un assistant de service social.
- La loi d'orientation a prévu une équipe par département, travaillant en liaison avec la C.O.T.O.R.E.P., et, d'une part les établissements de réadaptation et de travail protégé, d'autre part avec l'Agence Nationale pour l'Emploi (A.N.P.E.) et les entreprises ordinaires.

La mise en place des E.P.S.R. est extrêmement lente. Il existe en 1983 :

- . 36 E.P.S.R. de droit public
 - . 16 E.P.S.R. de droit privé, agréées (obligatoirement financées à 25 % par le promoteur, frein considérable à leur développement).
- . Les services de suite d'établissements et les services d'accompagnement et de soutien ne sont pas connus dans leur ensemble. L'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés (U.N.A.P.E.I.), qui gère certains d'entre eux, nous a cependant fourni obligamment les données indicatives suivantes :

- services de suite de C.A.T. : 57 (il existe 683 C.A.T. recensés en 1981 ...)
- services d'accompagnement et de soutien : 36 pour déficients légers.

- . **Les services d'auxiliaires de vie** : A l'occasion d'une enquête approfondie réalisée en 1982-1983, portant sur 8 services d'auxiliaires de vie, l'équipe de la Revue Réadaptation et l'Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions (O.N.I.S.E.P.) ont recensé 126 points à partir desquels malades, handicapés et personnes âgées peuvent demander l'aide d'une auxiliaire de vie, la plupart des services étant destinés exclusivement aux personnes âgées. De plus, ce même recensement, à partir des données fournies par le Ministère de la Solidarité, ne permet pas de connaître le nombre des auxiliaires de vie travaillant effectivement dans les services de création plus ou moins récente. Seules les créations de poste en 1982 (700) et 1983 (880) sont connues comme ayant été réalisées.

Les services d'auxiliaires de vie doivent être distingués des services de soins infirmiers à domicile dont l'importance numérique a été cette année multipliée par trois : en 1983, on compte 521 services pouvant intervenir simultanément auprès de 18.780 personnes - personnes âgées - (Il ne s'agit pas là de l'hospitalisation à domicile).

- . **"Les formules intermédiaires"**, innovations entre établissements et services, ne sont guère quantifiables par définition. Les placements familiaux (3.000 adultes accueillis ?), les communautés de vie accueillant simultanément des valides et des non valides. Les expériences de foyer soleil ou d'appartement banalisés donnent lieu à des témoignages intéressants et stimulants mais demeurent inaccessibles à la statistique.

Ce qui ressort de cette tentative de cerner numériquement les services, c'est l'incroyable difficulté des synthèses tenant certes à la nouveauté dynamique, mais aussi et surtout à l'hétérogénéité, des structures, de leurs statuts et de leurs ministères de tutelle.

I.2. LES ATTENTES DES ADULTES HANDICAPES

Bien que le groupe d'étude n'ait pas eu les moyens de consulter directement les personnes handicapées, il nous semble indispensable de donner en premier lieu leur point de vue : qu'attendent-ils des personnels et des personnes qui les entourent ? Les associations gestionnaires et les responsables d'institutions spécialisées représentés au sein du groupe ont exprimé les attentes des adultes handicapés, telles que leur écoute attentive les a perçues. (En deuxième partie on trouvera en miroir les avis des professionnels sur les tâches à assumer).

Ces attentes des adultes handicapés sont apparues comme relativement convergentes car centrées sur les besoins de la personne en tant qu'adulte et elles n'ont été que modulées par la spécificité de telle ou telle déficience.

En fait ce qui est prégnant ici, c'est l'adulte confronté aux contraintes sociales : c'est-à-dire au handicap, commun pour l'essentiel à la multiplicité et à la diversité des déficiences et des incapacités :

- I.2.1. Etre reconnu comme adulte exerçant ses choix.
- I.2.2. Sortir de la solitude.
- I.2.3. Développer et maintenir ses potentiels.
- I.2.4. Etre aidé dans la vie quotidienne.
- I.2.5. Avoir accès à des activités régulières, professionnelles ou autres.
- I.2.6. Prévenir le surhandicap.

telles sont les attentes essentielles qui ont été perçues par le groupe d'étude.

Au premier abord, ces besoins semblent universels mais se présentent sans doute chez certaines personnes avec une prégnance plus ou moins forte. La particularité se situerait alors au niveau quantitatif.

Cependant, si l'on se replace sur un plan qualitatif, la déficience elle-même est sans doute de nature à générer certains besoins spécifiques ne serait-ce que, par exemple, ce qu'induit l'intrusion permanente dans l'intimité en cas de dépendance physique grave. La complexité de la notion de besoin rend donc difficile la clarification. Néanmoins, partant du postulat de la primauté de la valeur de l'homme et de la personne, il semble que ce soit plutôt l'intensité des besoins qui exigerait des réponses plus ou moins denses, au risque sinon, en voulant les spécifier qualitativement, de réduire l'essence de la personne elle-même et d'accentuer les risques de ségrégation.

Ainsi, par exemple, le besoin d'activité est reconnu comme un besoin fondamental de l'homme du fait des possibilités d'emprise sur l'environnement qu'il donne, facteur indispensable d'identification personnelle et sociale. De même, tout homme n'a-t-il pas besoin et n'a-t-il pas droit à ce qu'on lui permette de découvrir et de mettre en oeuvre au mieux l'ensemble de ses potentialités ? Tout un chacun n'a-t-il pas besoin, à un moment ou à un autre de son existence, de soins médicaux, d'une assistance dans sa vie quotidienne ou tout simplement de la présence d'un autre ? Enfin, l'homme n'est-il pas avant tout un être social qui a un besoin fondamental de communication avec ses semblables ? Les exemples pourraient être multipliés. Ce serait donc plutôt dans les modalités de réponses aux besoins et aux attentes qu'apparaîtrait une spécificité concernant les personnes handicapées. Par exemple, la réponse au besoin fondamental de communication pourra imposer de sortir des normes habituelles de communication et d'expression, et rendre nécessaire l'intervention ou l'acceptation d'autres langages qu'oral ou de moyens d'expression informatisés. La prise en compte du besoin d'activité exigera peut-être une reconsidération de l'exclusivité et de la priorité accordée dans nos sociétés à l'activité lucrative et professionnelle. Il importe donc d'insister sur le fait que, s'il existe des réponses spécifiques qu'il serait peut-être plus exact de qualifier de réponses adaptées ou adéquates, et s'il est nécessaire de pouvoir les offrir aux personnes qui les requièrent, cela n'implique pas une spécificité des personnes ni des personnalités. La

spécificité porte d'ailleurs sans doute en elle-même les germes de la ségrégation. A vouloir trop caractériser ou trop spécifier, on risque évidemment de catégoriser et d'accentuer l'exclusion.

I.2.1. Etre reconnu comme adulte exerçant ses choix

C'est là l'aspiration principale exprimée par tous les adultes handicapés pour peu qu'on leur donne la parole : "A voice of our own" - "notre propre voix" - elle s'est fait entendre de la part des adultes handicapés moteurs publiquement depuis une dizaine d'années en France et en pays anglo-saxons pour réclamer le droit de choisir : "où vivre ? et avec qui ? ". Mais ce n'est que depuis une période très récente - un an ou deux - qu'on assiste, dans les colloques internationaux, à la prise de parole directe des jeunes adultes handicapés mentaux réclamant eux aussi le choix de leurs lieux et modalités de vie. Les personnels de demain, leurs formateurs d'aujourd'hui ne pourront l'oublier.

Certes, il est actuellement difficile pour les personnels formés et habitués à travailler auprès d'enfants handicapés de percevoir le passage de l'état d'enfant à celui d'adulte. Il peut être ainsi difficile, au-delà du discours théorique, de rendre à la personne handicapée mentale adulte son statut d'adulte. Cela se marque souvent par une attitude infantilisante (le tutoiement systématique), une appropriation ("nos jeunes", voire "nos enfants"), prolongation de celle qu'on a pris l'habitude d'avoir avec les enfants. Ces difficultés sont plus grandes dans des structures intégrées (type Institut Médico Pédagogique - Institut Médico Professionnel ou C.A.T.), la filière institutionnelle induisant souvent la filière des mots et des attitudes. Les adultes sont souvent alors considérés comme des enfants prolongés.

Les changements de vie et de lieux revêtiront ici une importance fondamentale. Le passage de l'I.M.Pro. au C.A.T. ne doit pas être considéré comme un simple changement de classe mais surtout comme un changement d'état, un passage de l'adolescence à l'âge adulte avec toutes les modifications d'attitudes et de relation que cela devrait comporter.

Le besoin d'être reconnu comme adulte est également contrecarré par le statut inégal des interlocuteurs dans les institutions. Les relations entre le personnel et les sujets soignés ne sont pas établies sur un plan d'égalité et cela, non pas par quelque volonté maléfique, mais tout simplement parce que le savoir représente un pouvoir important (ou tout au moins l'idée que l'autre se fait du savoir dont il nous croit possesseur) et parce que le sujet handicapé est dans la situation de demandeur. Il s'agit alors surtout d'une situation de "dominé". En centre de rééducation par exemple, le patient doit se mouler sur ces contraintes préformées, exprimées ou non et qui caractérisent le "bon malade", celui qui répond à l'attente du groupe thérapeutique, qui joue le rôle que l'on considère comme acceptable, toute rébellion étant sanctionnée non pas tant sur le plan concret (par exemple par un renvoi rapide au domicile) mais surtout sur le plan affectif (attitude neutre, déshabillée). Il s'agit là plus de faire comprendre les délicats problèmes dans l'interrelation, plutôt que de critiquer des comportements ; cela ne ferait qu'attirer la mauvaise conscience, cette "mauvaise conscience collective" qui mine déjà tant d'institutions et les rend fragiles et susceptibles.

L'instauration d'une relation d'adulte à adulte dans les institutions et services demande donc "un travail", "une autoévaluation" permanents des équipes sur elles-mêmes pour répondre à cette attente primordiale de la personne handicapée : l'autonomie personnelle à travers l'exercice des choix. Si la gravité du handicap empêche l'expression, verbale ou non, des choix fondamentaux touchant "Où vivre ? et avec qui ?" ainsi que la réalisation de ces choix, encore faut-il que chacun s'attache à susciter et à respecter la multitude des petits choix toujours possibles et nécessaires : choix d'un mets, d'une activité ou d'une détente, d'une position ou du compagnon d'un instant... Le respect, au jour le jour de ces choix si humbles soient-ils, est une aspiration irréductible de l'être humain en général, de l'adulte handicapé en particulier. Son accomplissement pour la personne dépendante nécessite une vigilance scrupuleuse de la part des personnes ou des personnels qui l'entourent.

I.2.2. Sortir de la solitude

Bien que dépendants et entourés d'aides professionnelles ou non, à domicile comme en institution, les adultes handicapés expriment très souvent un intense sentiment de solitude, expression du ressenti de leur différence,

qu'elle ait entraîné ou non un véritable ostracisme. Une de leurs attentes majeures est de pouvoir lutter contre la solitude grâce à un accompagnement que les professionnels peuvent apporter par l'établissement d'une relation d'adulte à adulte, plutôt que de soignant à soigné.

Cette fonction, apparemment simple, revêt en fait de multiples aspects dont l'ajustement est difficile à réaliser comme à maintenir. La relation directe avec les professionnels a une charge affective dont l'adulte handicapé et l'intervenant doivent avoir la conscience et la maîtrise. Les adultes handicapés attendent quelque chose de plus que le contact d'un salarié qui se cantonnerait dans l'exercice de ses devoirs et de ses droits, mais il ne souhaite pas non plus d'empiètement ni de captation abusifs. La juste distance relationnelle est difficile à manier de part et d'autre, surtout quand des soins corporels fréquents sont en jeu, libérant des affects intenses.

D'autre part, l'adulte handicapé a parfois aussi besoin de l'aide d'un tiers pour trouver un contact plus aisé avec ses pairs, sa famille, voire pour nouer une relation amoureuse et fonder un couple stable. Il est en droit d'attendre que les professionnels facilitent cette vie relationnelle, et au minimum n'y fassent pas écran. Et ce minimum n'est pas toujours réalisé.

Mais si l'adulte handicapé attend de l'intervenant qu'il facilite ou ne complique pas ses relations au sein de la collectivité institutionnelle ou familiale, il attend aussi de lui un soutien pour ne pas s'y sentir submergé, anonymé, dissout. Ce travail délicat de médiation et d'accompagnement, en partie contradictoire, correspond à une des attentes les plus constantes des adultes handicapés.

La médiation des personnels aura pour objet de permettre l'établissement de relations directes et personnelles entre la personne handicapée et les différents groupes sociaux. Mais cette médiation est essentiellement variable tant en fonction des personnes que des milieux concernés.

Le rôle de médiateur ne peut donc pas être institutionnalisé mais doit se moduler en fonction des souhaits et des besoins de la personne handicapée à laquelle on s'adresse. Ainsi, par exemple, les handicapés moteurs ne recherchent pas toujours cette médiation mais, au contraire, revendiquent dans leurs rapports avec le milieu social une plus grande liberté de choix et

d'expression. La médiation peut se limiter alors à la simple mise en contact du groupe social et de la personne handicapée sans aller au-delà ; en outre, la médiation n'a pas toujours à se porter sur l'ensemble des sphères d'activité, mais peut concerner, de façon permanente ou intermittente, tel ou tel aspect de la vie sociale de la personne handicapée.

Le type de handicap influe également sur l'objectif de la médiation. Celle-ci peut tendre à une réelle réinsertion et son but ultime sera alors de s'effacer progressivement. Dans ce cas, il faut être très vigilant et situer cette médiation dans la durée. Les personnes handicapées expriment souvent le désir d'intégration, mais en même temps la redoutent - on a pu constater parfois dans certaines expériences d'intégration, la réémergence d'une demande de vie collective, de regroupement, d'animation, l'autonomie totale étant mal supportée. Ceci est souvent dû à une mauvaise préparation à l'intégration de la personne handicapée autant que de l'environnement qui l'accueille.

On s'est trop souvent attaché aux seuls aspects matériels de l'intégration (autonomie, indépendance, gestion de la vie quotidienne, travail, etc...), en négligeant l'aspect interpersonnel de celle-ci, c'est-à-dire la possibilité d'établir des relations avec le nouvel environnement, d'abandonner la sécurité de l'institution, de structurer, de gérer et de remplir une vie. On a pu ainsi créer des situations dramatiques de solitude en négligeant les contraintes de l'intégration.

Cela démontre bien la nécessité, plus ou moins longtemps, d'accompagnement souple de l'intégration et la nécessaire continuation dans la durée de la fonction de médiation des personnels. Même si elle disparaît pendant un temps, il peut être nécessaire d'y revenir pour apporter une réponse nouvelle ou complémentaire aux besoins de la personne handicapée. On sait que même si l'intégration se passe bien, il peut y avoir des épisodes de "mal vivre" qui sont peut-être plus difficiles à supporter pour les personnes handicapées que pour les autres. Le besoin d'encadrement pourra même être accru à domicile, par rapport à la vie collective. Dans l'un et l'autre cas le vieillissement des personnes handicapées accentue le besoin d'accompagnement - tout en le rendant plus délicat à réaliser.

° La vie affective et sexuelle

Sortir de la solitude, c'est aussi pouvoir aimer et être aimé, avoir ou conserver des relations amicales, affectives et sexuelles, fonder une vie de couple lorsque le handicap est acquis après sa fondation, pouvoir procréer et élever des enfants. Les attentes de tous les adultes handicapés dans ce domaine sont intenses, même si elles ne sont ni verbalisées, ni réalisées. La réalité à laquelle ils se heurtent est plus souvent faite de frustrations et de contraintes difficiles à accepter. Au minimum peuvent-ils attendre des intervenants que leurs désirs affectifs et érotiques soient reconnus, que l'expression n'en soit ni provoquée, ni réduite au silence, mais acceptée, entendue, que les réponses qui y sont faites soient fondées sur le respect, la confiance mutuelle, en même temps que sur une honnêteté réaliste.

Or le groupe a pris conscience, à travers les premiers résultats de la recherche d' A. GIAMI, des difficultés rencontrées dans ce domaine. Significativement, sans doute, le chercheur n'avait pas cherché à entendre les souhaits de la personne handicapée mentale elle-même, mais il a démontré combien les désirs et attentes sexuelles qu'on lui prête sont le lieu des projections contradictoires des parents et des éducateurs.

Les éducateurs et les parents sont très opposés quant à leur représentation de la personne handicapée en tant qu'être sexué. Les éducateurs confrontés aux pratiques de sexualité la surévaluent et aboutissent à la dissocier de la vie affective. Les parents, au contraire, continuent à considérer le handicapé comme un enfant éternel, sans vie sexuelle active mais surévaluent les demandes affectives. Les uns et les autres ne parlent donc pas de la même chose et n'ont guère de chance de répondre à la réalité mal cernée des attentes du sujet.

Les représentations mutuelles des deux groupes découlent logiquement de cette perception. Les parents accusent les éducateurs de susciter la vie sexuelle des jeunes handicapés ; les éducateurs considèrent que les parents nient les pulsions au risque d'aboutir à une sexualité ostentatoire et agressive, ou à des pratiques homosexuelles.

Ces positions opposées se rejoignent cependant dans le domaine de la prévention des naissances. Pour chacun des deux groupes, la naissance d'un enfant représente le risque le plus important pour les adultes handicapés

mentaux, qui expriment pourtant fréquemment leur désir de parentage. Peu d'équipes - et peu de chercheurs ? - semblent aptes à les entendre et offrir à leur attente de responsabilisation et de chaleur affective d'autres voies de réalisation.

Par contre, lorsqu'il s'agit de handicapés physiques, on s'efforce de leur faire recouvrer une sexualité satisfaisante et on les incite parfois à procréer dans l'idée que la resocialisation passe par la sexualité retrouvée. Il est certain que la possibilité de procréation et de filiation semble un moyen de combler la blessure narcissique provoquée par le handicap. Il faut rester vigilant cependant pour que les visées technologiques n'effacent pas les problèmes de souffrance affective et n'aboutissent pas à imposer à l'adulte des modèles de normalité alors qu'il recherche parfois d'autres modes de relation affective.

Néanmoins, ces différentes approches de la sexualité des handicapés physiques et des handicapés mentaux, avec une presque survalorisation pour les uns et un refus pour les autres, montrent que cette négation et cette interdiction de la sexualité pour les handicapés mentaux sont en elles-mêmes des processus d'exclusion de ceux-ci. Cela montre bien les différents stades d'évolution auxquels les mentalités sont parvenues dans la voie de l'acceptation des handicaps ; le handicap physique étant, à l'heure actuelle, indéniablement mieux toléré que le handicap mental.

Les problèmes se posent aussi différemment en institution et hors institution. La vie affective et sexuelle impose une intimité et un choix réciproque qui sont des notions quelquefois difficiles à intégrer à une vie institutionnelle. Il importe surtout que les règles en soient établies clairement. Ainsi, par exemple, quelquefois on exige des adultes handicapés désirant vivre en couple de réaliser ce souhait hors de l'institution.

La place faite aux attentes des adultes handicapés à l'égard de leur vie affective et sexuelle et les tentatives de réponses apportées par les professionnels, témoignent des efforts faits actuellement pour aborder les personnes handicapées en tant qu'adultes et non comme des enfants vieillissant. Sexualité et vie affective cristallisent mieux que tout autre type

d'attente le lien dialectique constamment établi entre l'adulte handicapé et ceux qui l'environnent. La compréhension de l'un ne peut aller sans la réflexion sur les attitudes de l'autre.

I.2.3. Développer et maintenir ses potentiels

Il s'agit là d'une attente des personnes handicapées beaucoup plus souvent implicite qu'explicite, encore que des témoignages exceptionnels mettent en lumière la mobilisation permanente d'adultes handicapés moteurs pour réaliser leur propre potentiel d'action en dépit de la déficience qui a bouleversé leur vie.

Lorsqu'elle n'est qu'implicite, ce qui naturellement est la règle dans la vie journalière, cette attente risque de passer inaperçue aux yeux des professionnels, formés traditionnellement à ne répondre qu'à une demande clairement formulée. Il y a là source d'un malentendu assez fréquent entre l'adulte handicapé, dont le silence est interprété comme un refus, et des équipes qui, pour ne rien imposer, ne proposent rien non plus ; malentendu qui amène parfois les uns et les autres à la passivité, voire à l'ennui.

Il faut reconnaître que dans ce domaine aussi l'ajustement est difficile entre le "no man's land" de certains qui se cantonnent dans l'attente religieuse de "la demande" et l'activisme d'autres qui imposent une succession d'activités incessantes.

Pouvoir développer ses potentiels, c'est pour l'adulte handicapé se sentir connu et reconnu autrement qu'à travers ses déficiences et incapacités, et donc approché sans idée préconçue, en tant que personne à découvrir dans son entièreté et son originalité et non comme "client" encadré par un projet institutionnel. (Ce regard neuf, naïf, il le trouve plus facilement auprès des non-professionnels...). C'est aussi se voir reconnu le droit au risque, le droit à l'erreur, pour garder une chance de dépasser la routine journalière.

Pour que ceci soit possible, l'adulte handicapé s'attend à nouer avec les professionnels qui l'entourent un dialogue de personne à personne, basé sur une connaissance et une confiance mutuelles, suffisantes pour que l'un et l'autre acceptent d'aller plus loin dans l'acceptation d'un essai, d'un effort... ou dans le rappel des contraintes de réalité.

Une fois évités "les malentendus", la réalisation des potentiels risquent de se heurter, selon les cas, à bien d'autres difficultés :

- les difficultés d'expression verbale, l'absence de liberté motrice, la routine, l'indisponibilité, le vieillissement des adultes handicapés et des personnels sont autant d'entraves potentielles qui font du développement et du maintien des capacités de l'adulte handicapé, l'attente parmi toutes, la plus fragile et la plus difficile à respecter.

I.2.4. Etre aidé dans la vie quotidienne

Il s'agit là, par contre, d'une attente clairement reconnue et généralement satisfaite, car le handicap même est essentiellement ce besoin d'aide et parce que ces aides fondent le choix et la formation de la plupart des professionnels (de l'auxiliaire de vie à l'ergothérapeute, par exemple).

Néanmoins, là encore, attentes et réponses se nuancent de difficultés spécifiques :

- l'assistance dans les actes de la vie quotidienne est source pour l'adulte handicapé de dépendance, d'intrusion dans sa vie personnelle et d'auto-dévalorisation. C'est dans la vie journalière que l'adulte espère que l'intervenant sera attentif à préserver son intégrité, son intimité et sa personnalité en lui permettant de garder une emprise maximale sur cette aide.

"L'aide à la personne", dans ce domaine, ne se limite pas à une intervention purement matérielle. Dans ce type d'aide au bien-être corporel, il est évident que le seul apport de technique ou d'intervention matérielle est insuffisant et qu'importent tout autant la confiance, le respect, le dialogue et la communication établie. Tous ces actes, de caractère souvent très intime, sont

loin d'être neutres. Les composantes affectives et sexuelles de la relation qui s'instaure entre l'intervenant et le bénéficiaire, lors de l'accomplissement de cette aide, en rendent la maîtrise très délicate.

La non-maîtrise de la relation ainsi établie risque d'avoir des conséquences très préjudiciables pour les deux partenaires, avec le risque d'enfermement dans une relation affective trop intense, ou le risque d'une angoisse trop massive vite insupportable. Mais cette maîtrise est souvent rendue difficile par le manque de préparation et de formation des intervenants. Dans la pratique journalière les difficultés d'expression et de communication sur ces sujets délicats risquent d'aggraver les situations. Ces difficultés peuvent être aggravées aussi par l'isolement des professionnels, particulièrement en cas d'intervention à domicile.

Ces tâches d'aide à la vie quotidienne sont reconnues comme essentielles en raison justement de leur caractère très intime et des relations très personnelles qu'elles impliquent. Elles sont pourtant encore aussi considérées bien souvent comme les moins nobles et les plus rebutantes du fait de leur quotidienneté, de leur simplicité et de leur mise en oeuvre qui n'implique pas des techniques, des connaissances ou des moyens très sophistiqués, et ésotériques. Elles s'effectuent autant avec le coeur et la façon d'être, qu'avec le savoir-faire ou la technique. C'est ce qui fait leur particularité et leur importance, mais c'est sans doute aussi ce qui entraîne, paradoxalement, leur dévalorisation pour l'adulte handicapé et pour le professionnel.

Il y a là une contradiction certaine entre la reconnaissance du caractère primordial et essentiel de la réalisation de ces tâches et la non-reconnaissance des fonctions et des personnes qui les assument, qui n'a d'égal que l'auto-dévalorisation de l'adulte handicapé, dépendant des autres dans la quotidienneté des contraintes concrètes.

Une plus large utilisation des aides techniques modernes, créées pour le contrôle de l'environnement, aidera sans doute les personnes handicapées et les professionnels à diminuer la dévalorisation et la dépendance réciproque ; mais plus simplement et plus généralement, c'est la qualité de la vie quotidienne : qualité de la nourriture, du cadre de vie, organisation

harmonieuse des rythmes journaliers..., qui est souhaitée par les personnes handicapées, comme par leur entourage, pour alléger le poids de l'aide à la vie journalière.

I.2.5. Avoir accès à une activité régulière

La possibilité d'exercer une activité, quelle qu'elle soit, est reconnue comme fondamentale pour tous. Toute activité a, en effet, sa valeur propre même s'il apparaît que pour certains handicapés, l'activité professionnelle revêt une importance particulière en tant que moyen privilégié d'identification, de reconnaissance et d'autonomie sociales. Dans l'activité professionnelle, le salaire, contrepartie de l'activité, permet à la personne handicapée une meilleure autonomie susceptible de la rendre gestionnaire de sa propre vie, ce qui n'est évidemment pas négligeable. Cependant, c'est sans doute dans ce cas, la valeur travail en elle-même, du fait du sentiment d'utilité sociale qu'elle implique, qui demeure prépondérante par rapport à l'aspect lucratif de l'activité professionnelle. Et cette valeur travail peut et doit être reportée dans toutes les autres activités, les plus simples soient-elles (loisirs, sports, expression, activités de vie quotidienne, etc...), sans qu'il soit utile d'instaurer une hiérarchie entre elles. Ce qui importe, c'est d'offrir la possibilité d'une activité et de la reconnaître, quel que soit son niveau, en tant qu'instrument d'identification et de valorisation, tant personnelle que sociale. C'est pourquoi toute personne handicapée a besoin, et a le droit, de se voir offrir des possibilités d'occupation. Si les activités les plus simples étaient revalorisées par l'aspect gratifiant du travail et donc d'utilité sociale qu'il comporte, le terme "occupationnel" n'aurait plus les connotations péjoratives qu'on lui a trop rapidement imposées et qui ont conduit à le rayer du vocabulaire des intervenants. S'il faut éviter que le travail soit un instrument d'aliénation ou d'exploitation, on ne peut dénier à l'activité de travail d'être un moyen de valorisation et d'autonomisation.

Au sujet des activités à offrir aux personnes handicapées se pose à nouveau une question d'équilibre. S'il convient de respecter les désirs et les choix de la personne relatifs à ses activités, faut-il pour autant rester passif en attendant que ses souhaits s'expriment et que les demandes émergent ? Sans stimulation il ne se passe souvent rien et on se heurte, particulièrement chez

les plus gravement handicapés, à une inertie importante dans la prise en charge de leur vie ou dans la participation aux activités de l'institution ("le personnel est là pour ça"). Il faut pourtant être attentif à ne pas passer d'une passivité exagérée en attendant l'hypothétique formulation d'un quelconque désir à un activisme outrancier. On peut citer l'exemple de foyers où des jeunes ayant déjà une journée de travail derrière eux, se voient entraînés par les éducateurs du foyer dans un hyperactivisme de loisirs, de sports, de culture ou autre et en arrivent à réclamer un peu de tranquillité et le droit au temps libre, personnel, sans activité dirigée ou proposée. La frontière entre la stimulation et l'incitation, bien souvent nécessaires, et l'excès d'activités est assez difficile à tracer car elle est essentiellement fluctuante en fonction des situations et de la personnalité de chaque individu. Il y a donc là un juste, mais difficile, équilibre à trouver entre le respect de la personne handicapée, de ses désirs et de ses capacités et l'intervention à mener pour répondre, au-delà de ses difficultés, au besoin fondamental de tout homme d'exercer, au travers d'activités régulières et de qualité, une maîtrise sur soi-même et l'environnement.

1.2.6. Prévenir le surhandicap

Dépasant l'aide à la vie quotidienne dans laquelle les interventions corporelles constituent une part importante, le besoin de soins médicaux des adultes handicapés est dans tous les cas important, mais pas toujours exprimé ni reconnu. Parfois même, surtout chez les jeunes adultes, les des rééducations qui leur ont été imposées dans l'enfance ou lors de l'accident invalidant, on se retrouve devant un refus de soins qui masque une autre attente : celle de l'adaptation des modalités du soin aux différentes phases de la vie d'adulte. Cette adaptation n'est pas toujours possible ; si la kinésithérapie peut parfois être remplacée par une fréquentation assidue de la piscine, rien ne peut tenir lieu de rééducation respiratoire ou de surveillance urologique.

Il est difficile pour l'adulte handicapé d'admettre que l'objectif de la poursuite indéfinie des interventions médicales n'ait qu'un but préventif de l'aggravation naturelle des troubles. Il s'agira, non seulement de préserver les acquis par l'entretien de l'outil corporel, mais aussi d'éviter les surhandicaps du vieillissement. Les conséquences de la déficience originale

provoquent souvent des troubles associés, mais ces troubles peuvent avoir, eux aussi, des conséquences entraînant un surhandicap. Or, si les conséquences primaires de la déficience sont relativement bien connues et donc susceptibles de prévention, les conséquences secondaires le sont beaucoup moins. Elles sont souvent mal cernées, mal identifiées et les intervenants auprès des adultes en sont, de ce fait, beaucoup moins informés. (Cf. p.95).

La personne handicapée, comme tout adulte, a quelque peine à repérer sur elle-même les conséquences du vieillissement qui s'ajoutent au manque relatif d'activité dû au handicap. Seule une enquête de l'A.P.F., auprès d'adultes handicapés moteurs, a mis en lumière la précocité de l'aggravation des limitations dues à l'âge : c'est à 45-50 ans que le décalage semble se produire, et que le besoin de soins et d'aides plus importantes est ressenti. Mais n'est-ce pas à cet âge que "décrochent les adultes sportifs ?".

Il faudra donc être particulièrement vigilant quant à l'aménagement du vieillissement. L'actualité de la question n'est plus à démontrer en raison de l'évolution des populations prises en charge. L'effort de réflexion et de recherche ne fait que débiter, mais il doit se développer d'urgence pour que tous les efforts produits au cours de la vie de l'adulte, de manière à lui permettre une meilleure autonomie, ne soient pas anéantis précocement soit par un retour au "moyen-âge" des hospices et maisons de retraite, soit par une hypermédicalisation de l'intervention comme celle qu'on a pu constater, parfois, dans le secteur des grands vieillards. Il s'agira, pour reprendre l'excellente expression du Professeur Veillas, "d'ajouter de la vie aux années et non des années à la vie".

I.3. LES MODALITES DE VIE OFFERTES PAR LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

I.3.1. Introduction

Il ne saurait être question ici de décrire toutes les caractéristiques des établissements et services existants pour les adultes handicapés. Nous nous contenterons de les présenter en tant que possibilités théoriquement offertes pour des choix de vie, dont le groupe d'étude considère

qu'ils devraient dans l'avenir pouvoir être plus souvent exercés par la personne handicapée elle-même que par les professionnels ou par les instances de décision.

Avant d'aborder l'analyse dans cette optique des différents types d'établissements et services, il est peut être utile de rapporter les réflexions du groupe d'étude sur les principaux enjeux de la rencontre entre les adultes handicapés et les institutions et services auxquels ils ont recours :

- l'engagement dans la durée,
- l'exercice des responsabilités individuelles ou collectives et la gestion des risques.

° L'engagement dans la durée

Les adultes handicapés se trouvent vivre, comme tout un chacun, dans un environnement donné, dans le cadre duquel on va s'efforcer de répondre, du mieux possible, à leurs besoins. Cet environnement va être déterminé, directement quelquefois, mais pas exclusivement, par le handicap. Les aspects médicaux ou fonctionnels du handicap peuvent imposer, à un moment donné, la vie dans un lieu ou dans un autre (soins, rééducation fonctionnelle ou professionnelle, travail, etc...). Mais ces modalités qui devraient toujours être considérées comme temporaires en regard de la notion non fixée du handicap à laquelle on se réfère, se transforment trop souvent en solutions permanentes, faute d'alternative. De ce fait, le lieu de vie ou d'activité de la personne handicapée dépend actuellement bien plus de nécessités qui s'imposent à elle que de ses propres choix.

Le plus souvent, les contraintes médicales, le besoin d'une assistance permanente, le manque de ressources en milieu ordinaire, imposent des orientations et surtout le maintien dans tel ou tel type de structure, faute d'autres modalités de réponses qui correspondraient mieux aux souhaits de la personne. Le manque de places (hébergement, travail protégé), leur mauvaise répartition géographique, le principe du tout ou rien entre la vie à domicile et l'hébergement complet du fait du manque de structures temporaires ou intermédiaires, sont autant de facteurs aggravants qui font que la personne

adulte handicapée n'a pas encore le choix, à l'heure actuelle, et sauf exception, de ses modalités de vie : ni des lieux dans lesquels elle vit, ni des personnes avec lesquelles elle vit.

Par ailleurs, pour permettre à l'avenir une meilleure maîtrise des choix par l'adulte handicapé lui-même, toute solution de vie devrait être considérée comme temporaire. Cela ne veut pas dire qu'elle doit être limitée précisément dans sa durée. Si le changement, l'évolution, l'adaptation sont des notions qui doivent toujours rester présentes dans toute intervention, il ne faut pas qu'elles viennent introduire une instabilité pour les personnes handicapées, comme pour les personnels d'ailleurs, provoquant des phénomènes d'angoisse insupportables qui auraient des conséquences tout à fait contraires aux effets recherchés. Une certaine durée et une certaine cohérence sont souvent nécessaires pour une action valable. Le temporaire, dans cette optique, ne veut donc pas dire aléatoire, précaire ou incertain ; il signifie seulement qu'aucune solution ne doit être considérée comme définitive.

Cependant, quelle que soit la solution choisie, adoptée, ... ou imposée, l'institution elle-même est une entité vivante qui a sa propre logique, ses contraintes et ses besoins. Ces attentes institutionnelles peuvent être contraires à celles des personnes handicapées et l'équilibre à ménager entre les deux n'est pas toujours simple et facile. La dialectique besoins du client/besoins de l'institution se pose plus souvent en termes de conflit qu'en termes d'ajustement réciproque. Ceci se complique évidemment par le fait que les objectifs institutionnels se décomposent eux-mêmes en différentes attentes qui peuvent, elles aussi, se heurter (les attentes de l'association gestionnaire, du directeur et des personnels ne sont pas toujours, tant s'en faut, en harmonie). Mais nous nous attachons ici essentiellement aux personnels et il n'est donc pas dans notre propos d'entrer dans la dynamique institutionnelle. Il est cependant important de remarquer qu'il faut beaucoup de vigilance à l'institution elle-même pour que, contrairement à ses objectifs, elle ne devienne pas un frein à une évolution satisfaisante des personnes prises en charge, ou au simple exercice de leur liberté de choix et à leur désir d'insertion.

On peut faire dans la réflexion un pas de plus pour assurer la maîtrise de la personne handicapée sur son propre destin : ainsi, on peut aller jusqu'à dire que dans une logique purement théorique et abstraite, toute institution

d'action sociale devrait travailler à son auto-destruction. Créée pour répondre à un besoin, elle devrait oeuvrer à la disparition de ce besoin et donc à sa propre perte. Est-il possible d'aller à l'encontre des réflexes naturels de survie et de perduration inhérents à toute institution qui, dans ce secteur, ont quelquefois pour conséquence une certaine tendance à la chronicisation des personnes accueillies ? Est-il possible d'assumer, et selon quelles modalités, le paradoxe qui voudrait que la permanence et la survie dépendent avant tout d'une remise en question et de réajustements successifs de l'action ?

La solution du paradoxe est sans doute une troisième voie pour sortir de ce tout ou rien, qui associerait les interventions "au-dedans et au-dehors" par une meilleure osmose entre les établissements ou services spécialisés et le milieu social environnant. Cette mise à la disposition du secteur social général des tout ou partie du secteur spécialisé est une idée très séduisante, mais elle demandera encore à être précisée notamment dans les modalités concrètes de sa réalisation. L'occasion en sera sans doute offerte par la mise en oeuvre de la décentralisation. Il s'agira, pour le secteur particulier qui nous préoccupe, de ne pas manquer les opportunités qui vont lui être données de démontrer son utilité sociale générale par l'échange de prestations de service.

Cependant, la réglementation du travail des intervenants peut aussi contrecarrer les évolutions souhaitables de même qu'elles ne favorisent pas toujours la satisfaction des besoins des personnes handicapées. Il n'est évidemment pas question de remettre en cause les acquis légitimes des personnels quant à l'aménagement des conditions d'exercice de leurs professions, on doit pourtant souligner que, cumulées souvent avec les contraintes financières entraînant la limitation de postes, ces conditions de travail peuvent avoir des conséquences préjudiciables. Ainsi, par exemple, un personnel peu nombreux, encadré dans des horaires restreints, obligé de se hâter pour accomplir sa tâche dans un temps déterminé, n'aura que peu de temps et de disponibilité d'esprit pour les personnes auprès desquelles il intervient. Dans ces conditions le résident se sent considéré beaucoup plus comme un être dépersonnalisé, standardisé ou un simple objet de soins que comme une personne humaine individualisée. Comment préserver, particulièrement

avec les plus grands handicapés, la qualité d'une relation individualisée alors que trois ou quatre personnes se succèdent rapidement auprès d'un même individu pour remplir une même fonction ?

Les mutations du travail social, que l'évolution sociale et économique générale exige, aboutiront inévitablement à une transformation des structures. Il reste que ces notions de changement, d'évolution, de temporalité, reconnues pour essentielles dans toute prise en charge, sont encore trop souvent absentes des pratiques enserrées dans des réglementations cloisonnées, sans doute en partie aussi parce qu'elles sont absentes des formations. Rien ne prédispose en effet à la souplesse qui permettrait d'éviter les résistances au changement et la sclérose qui s'ensuit. On est encore loin d'avoir assimilé l'idée, dans bon nombre d'institutions, que la permanence de la structure implique l'évolution en fonction des besoins, de ses conceptions et de ses techniques ; que cette permanence ne repose pas sur la seule permanence de ceux qu'elle accueille, mais peut-être aussi sur des rythmes et des modalités de travail élargies pour les personnels.

° L'exercice des responsabilités individuelles ou collectives et la gestion des risques.

L'entrée dans une institution va inévitablement influencer la vie personnelle de la personne qui y est accueillie. Elle comporte toujours une limitation des possibilités de gestion privée de sa propre vie, du fait de la nécessaire adaptation à la vie collective qu'elle implique. Il conviendra donc de s'efforcer de tempérer au maximum les risques de restrictions des libertés individuelles et de perte d'autonomie personnelle que cette vie collective présente.

Il faut reconnaître que les modalités de fonctionnement actuelles ne facilitent pas la prise en compte de ces problèmes. Les droits et les obligations de chacune des parties, institution et usager, sont déterminés dans un règlement intérieur qui émane la plupart du temps de l'organisme gestionnaire. Cette réglementation unilatérale renforce donc le degré de dépendance des usagers. A la dépendance de fait, créée par la déficience qui

contraint la personne à vivre dans un établissement, s'ajoute une dépendance juridique de subordination à une réglementation qu'elle n'a guère la possibilité d'influencer.

Certes, **l'instauration des conseils de maison**, malgré leur inégale mise en oeuvre, a apporté une amélioration de la participation des usagers, voire même de leur simple possibilité d'expression. Mais leurs modalités de fonctionnement devraient pouvoir être améliorées dans le sens d'une réelle participation aux décisions. Au-delà il importerait que les relations entre chaque usager et l'institution soit clarifiées et qu'un rétablissement d'une meilleure égalité entre les différentes parties soit opéré. Ce n'est sans doute qu'en établissant des relations de nature contractuelle que l'on pourra améliorer de façon sensible la position personnelle de l'usager. Pour ce faire, l'introduction dans ce type de structure de **contrats de résidents** a paru à l'ensemble du groupe d'étude très souhaitable. (La loi Quillot ouvre peut-être des perspectives particulières en ce domaine ; si les études en cours aboutissent, le résident handicapé bénéficierait en foyer des droits contractuels des locataires).

D'autre part, les attentes individuelles et les attentes institutionnelles ou sociales s'opposent encore lorsqu'on aborde des problèmes de risque et de responsabilité qui en découlent. Cette opposition est quelquefois plus perceptible à l'intérieur des institutions mais elle est aussi quotidiennement présente hors de celles-ci. Comment concilier la responsabilité de l'institution avec les impératifs du respect de la personne adulte ayant droit à sa liberté de choix et de décision ? Jusqu'où peut-on aller dans l'autonomisation des personnes handicapées mentales en fonction des risques qu'elle peut comporter pour elles-mêmes et éventuellement pour l'environnement ? Mesure-t-on suffisamment les risques d'abandon liés à une prise d'autonomie forcée par une intégration trop rapide ou mal préparée qui correspond plus aux désirs des intervenants qu'à ceux du bénéficiaire, ou, à l'inverse, les risques que comporte un maintien prolongé, non adapté dans une institution pour maintenir son effectif ? L'équilibre entre la liberté... ou le laxisme générateur de dangers, et la sécurité à tout prix, génératrice

souvent de passivité et de stagnation, est-il possible ? Dans quelles mesure des soins et des traitements peuvent-ils être imposés à une personne qui les refuserait ? Il ne peut y avoir de réponse stéréotypée à ces questions, mais seulement des ajustements individuels évalués périodiquement.

En effet, le problème est relativement simple lorsqu'il s'agit d'enfant (responsabilité des parents, possibilités de faire appel au juge), mais il se pose en des termes différents pour les adultes et il n'est sans doute pas possible de le résoudre par la simple application du principe voulant que la liberté de chacun s'arrête à celle des autres. On doit d'abord constater une évolution générale vers le choix d'une certaine qualité de vie plutôt que d'un respect de la vie à tout prix. La valeur de la personne devient prépondérante par rapport à la valeur de la vie en soi. Il en découle que l'adulte lui-même est avant tout propriétaire de sa vie. Dans le domaine des personnes handicapées, particulièrement des handicapés mentaux, le problème peut se compliquer du fait que l'individu n'est pas forcément seul en cause, mais qu'il peut être, de facto ou légalement, dépossédé de sa liberté de décision (famille, tuteur, etc...) et que des tiers interviennent alors, dont les choix peuvent être différents de ceux de l'individu lui-même.

Il faut certainement considérer deux niveaux différents : celui de l'individu et celui de l'enjeu qu'implique le choix à la fois pour lui-même et pour autrui. Lorsque la personne est seule concernée, sa décision doit évidemment être respectée au risque d'entrave à la liberté individuelle. Mais le cas est finalement assez rare et le plus souvent le problème se pose essentiellement en terme de conflit.

C'est le cas dans les institutions lorsque la liberté individuelle arrive en conflit avec d'autres libertés individuelles ou avec la liberté collective dans son ensemble. Le directeur d'une institution est tout aussi responsable de l'établissement dans son ensemble et de son équilibre que des individus qui composent cet ensemble. Il doit donc sans cesse négocier entre des libertés qui risquent en permanence de s'affronter. Face à ces exigences contradictoires, les responsables d'établissement avaient souvent été entraînés, dans le passé, à un certain élitisme dans le choix des clientèles, évitant les cas les plus lourds ou les plus difficiles, dans l'espoir de diminuer au maximum les risques de conflit. La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 est venue alors rappeler aux établissements leur

mission de service public et les contraintes qui lui sont inhérentes. Face à de telles situations, il semble bien qu'il soit de la responsabilité de l'établissement, par une bonne définition de ses objectifs et de ses moyens, de cerner vis-à-vis de l'extérieur (C.O.T.O.R.E.P.-D.D.A.S.S.) comme de l'intérieur, ses limites et, par là-même, le type de clientèle qu'il peut prendre en charge raisonnablement sans risque excessif pour la "bonne santé" de la collectivité qu'il constitue. Sur le plan interne, une relation contractuelle, individualisée entre les bénéficiaires et l'institution, personne morale, devrait permettre de préciser les conditions de l'accueil et, en offrant à chacune des parties un certain nombre de garanties, de diminuer les risques de conflits.

Nous nous proposons maintenant de faire un rappel succinct des établissements et services (on trouvera en annexe III la définition de chacune de ces structures telle qu'elle apparaît au "Code F.I.N.E.S.S.") auxquels les adultes handicapés peuvent avoir recours en les classant par leur fonction dominante :

I.3.2. Les lieux d'habitation

- ° Les foyers
- ° La vie au domicile personnel ou familial
- ° Les formules intermédiaires

I.3.3. Les lieux d'activité

- ° En amont du travail :
 - Les centres de préparation professionnelle et de réentraînement au travail.
- ° Les lieux de travail :
 - L'activité protégée
 - . en entreprise et à domicile
- ° En aval des lieux de travail :
 - Les services de suite
 - Les services d'accompagnement et de soutien
 - Les équipes de préparation et de suite du reclassement
 - Les relais sociaux ordinaires.

1.3.4. Les lieux de soins

- ° Les centres de rééducation fonctionnelle
- ° L'hôpital psychiatrique

- ° Les maisons d'accueil spécialisées
- ° Les soins infirmiers, à domicile et dans les services de moyens et longs séjours.

Dans chacun de ces trois groupes coexistent des établissements spécialisés spécifiques, offrant la sécurité d'une collectivité plus ou moins importante d'adultes handicapés, et des services de création plus récente destinés à la préparation ou à l'accompagnement individuel de la vie en milieu ordinaire.

1.3.2. Les lieux d'habitation

- ° **Les foyers** sont traditionnellement désignés sous les termes suivants :

. **Les foyers de vie** (environ 6.000 places) qui accueillent les adultes handicapés de manière continue : il s'agit en général d'adultes atteints de sévères déficiences mentales ou motrices qui rendent difficile le travail à l'extérieur et qui impliquent à l'intérieur une présence permanente et une assistance importante dans les activités de vie quotidiennes (donnée par des aides médico-psychologiques ou par des auxiliaires de vie), ainsi que des soins parfois très spécialisés - nécessitant infirmières et intervenants paramédicaux - ce qui les rapproche des M.A.S. Un certain nombre de ces foyers sont gérés par l'Association des Paralysés de France (environ 1.000 places), d'autres par l'U.N.A.P.E.I.

. **Les foyers d'hébergement** (environ 22.000 places) accueillent surtout des adultes moins handicapés, susceptibles d'avoir dans la journée une activité à l'extérieur : ainsi la majorité

d'entre eux sont annexés à des C.A.T. et accueillent des adultes déficients mentaux dans la soirée, pour la nuit, à l'occasion en week-end.

Aucun de ces deux types de foyers ne relève d'une réglementation administrative officielle. Un groupe de travail organisé à la Direction de l'Action Sociale à leur sujet débouchera sans doute sur une clarification de leur fonctionnement et sur une modification de leur prise en charge financière.

. Nous prenons le parti de traiter des **Maisons d'accueil spécialisées** avec les lieux de soins, nous référant à leurs besoins en personnels soignants et à leur prise en charge par la Sécurité Sociale. Mais il est bien évident que les M.A.S. peuvent être aussi considérées comme des lieux d'habitation pour des adultes handicapés sévèrement...

. **Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale** (environ 9.000 places) : réglementés administrativement de longue date, ils sont radicalement différents des deux premiers puisqu'ils sont destinés à l'accueil temporaire d'adultes souffrant de difficultés psychosociales ou socio-économiques transitoires. La visée est celle d'une réadaptation sociale rapide.

° **La vie au domicile personnel ou familial** est l'aspiration la plus vive, commune à tous les adultes handicapés. Sa réalisation est fonction des aides disponibles à la vie quotidienne :

. **celle qui est fournie par les proches** - parents ou conjoints - n'est pas comptabilisable et son prix est indicible. Elle est sans doute heureusement fréquente, mais fragile au vieillissement de l'adulte et de son entourage. Partiellement facilitée, depuis la loi d'orientation, par l'attribution de l'allocation compensatrice, on lui prête quelques rares inconvénients, dans les cas exceptionnels où l'on peut craindre que l'adulte est maintenu à domicile, alors qu'il désirerait et

pourrait s'autonomiser au-dehors. De toutes façons l'aide fournie par les proches doit être appuyée, relayée par celle des services :

- . **Les services d'aide à domicile** sont polyvalents. Ils concernent surtout les personnes âgées, les malades chroniques ou en phase terminale, et ils essaient de plus en plus d'étendre leur action aux personnes handicapées physiques. Ils peuvent réunir dans une même équipe formée au travail en commun, des auxiliaires de vie, des travailleuses familiales et des aides ménagères et parfois du personnel soignant.

Cette polyvalence est particulièrement nécessaire en milieu rural en raison de la dispersion de l'habitat qui diminue l'efficacité et rend intolérable le coût de services spécialisés, cloisonnés, condamnés à couvrir des aires géographiques énormes. Juxtaposer un service de travailleuses familiales, un service d'aides ménagères, un service de soins infirmiers à domicile, un service d'auxiliaires de vie est à la rigueur défendable dans les grandes villes, bien que le cloisonnement ait, là aussi, de graves inconvénients : il multiplie les interventions fragmentaires chez quelques-uns et laisse les autres dans l'isolement.

L'aide à domicile en milieu rural (A.D.M.R.) a créé un réseau d'aides à la personne, original et efficient puisqu'il associe le volontariat à une palette très diversifiée de salariés :

- . **L'aide à domicile en milieu rural**
- . 1900 associations locales, animées par 29.000 responsables bénévoles et regroupées en 78 fédérations départementales, desservent 16.000 communes rurales.

- . 21.500 salariés à temps plein ou partiel
 - 2.100 aides familiales rurales
 - 18.000 aides ménagères
 - 100 infirmières à domicile
 - 50 aides soignantes
 - 23 conseillères en économie sociale dans 4 centres de formation de l'Union Nationale.
 - 800 auxiliaires de vie
 - 16 centres de soins
 - 9 services de soins infirmiers à domicile
 - 370 permanents et secrétaires assurant le fonctionnement des fédérations et de l'Union nationale.

On donnera ici l'exemple d'un service polyvalent d'aide à domicile s'adressant aux personnes non-autonomes, vivant à domicile, qu'elles soient handicapées, âgées, malades ou temporairement en difficulté. Les modalités d'intervention se répartissent selon les pourcentages suivants, sur un total de 5.000 heures de service :

| | |
|--------------------------------|-------------------|
| 10 %, 2 fois par semaine | 12 %, la nuit |
| 27 %, quelques heures par jour | 13 %, 24 heures |
| 18 %, la journée complète | 17 %, le week-end |
| | 3 %, la semaine |

La cessation de l'intervention a, elle aussi, des raisons très variables :

| | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 2 %, guérison | 32 %, décès * |
| 6 %, réhospitalisation | 10 %, raisons financières |
| 9 %, placement institutionnalisé | 41 %, autres raisons |

* Taux élevé car il s'agit surtout, en service polyvalent, de personnes âgées.

La diversité des modalités de l'intervention est suffisamment parlante sans doute pour mettre en évidence les difficultés de ce type de service. L'intervention doit y être modulée en fonction des besoins de la personne, qui peuvent varier d'un cas à l'autre et dans le temps.

. Les services d'auxiliaires de vie

Ils s'adressent quasi-exclusivement aux adultes handicapés moteurs désireux de vivre à leur propre domicile. Leur nombre est encore très restreint malgré l'effort de promotion réalisé par les grandes associations telles que l'Association des Paralysés de France. Leur fonctionnement est plus homogène que celui des services polyvalents d'aide à domicile. Il n'est pas pour autant dénué de difficultés.

Par exemple, lorsque la personne handicapée est dans sa famille, celle-ci pourra avoir besoin d'une auxiliaire de vie pendant le week-end pour lui permettre d'être un peu déchargée, mais elle pourra aussi avoir besoin de quelqu'un en permanence en cas de défaillance temporaire des proches qui font office de tierce personne habituellement. Cela entraîne déjà des difficultés d'organisation très conséquentes avec la nécessité d'un personnel très disponible et suffisamment nombreux. Ces problèmes sont aggravés par l'insécurité financière de ce type de services non encore reconnus juridiquement et donc non encore pourvus de base de financement stable. Les postes créés et financés jusqu'à présent l'ont été sur des crédits ponctuels marquant la priorité accordée à ces types d'intervention et voulant concrétiser la politique de maintien à domicile. Les relais restent pourtant encore à trouver. Dans l'état actuel des choses, une grosse partie du coût reste à la charge de la personne handicapée elle-même. Or l'allocation compensatrice permet de couvrir environ quatre heures par jour d'une aide payée au S.M.I.C. Au-delà le service doit s'interrompre. Pour tous ceux dont les besoins en aide quotidienne dépassent ce temps limité, il ne reste plus, la plupart du temps, comme seule possibilité, que l'entrée en milieu hospitalier ou en

institution spécialisée. Un service d'auxiliaires de vie est certainement coûteux en raison de ses contraintes (distances d'intervention, horaires variables et extrêmes) mais il n'est pas comparable au coût de l'hospitalisation avec, en plus, l'avantage d'être plus conforme aux souhaits des personnes handicapées.

De toutes façons ces services ne peuvent être efficaces que s'ils sont complémentaires des aides du milieu social.

Certes, le développement des services d'aide à domicile ou d'auxiliaires de vie devrait pouvoir rétablir la liberté des choix pour l'adulte handicapé. Mais il ne faut pas perdre de vue que ce choix demeure de surcroît obéré par l'**inaccessibilité** d'un bon nombre de logements qui retiennent abusivement l'adulte handicapé prisonnier de ses propres murs.

Même dans les cas heureux où l'adulte handicapé moteur vit dans un logement accessible, un autre type de service est encore celui des **transports adaptés** qui exige également des personnels entraînés à l'accompagnement. De tels services (dont le prototype a été créé par le groupement pour l'insertion des handicapés physiques (G.I.H.P.) sont encore trop rares dans notre pays. On saisit ici la complexité des aides nécessaires au maintien ou au retour à domicile des adultes handicapés. La difficulté qu'ils ressentent à coordonner l'action de plusieurs services, voire à assurer une stabilité ou une couverture horaire suffisamment régulière à partir de l'intervention de plusieurs personnes appartenant aux mêmes services, explique qu'un certain nombre d'adultes handicapés finissent par renoncer à ce qui est pourtant leur primordial choix de vie : vivre chez soi.

° **Les formules intermédiaires**, de création récente, permettront sans doute de conjuguer la sécurité des équipes permanentes de foyers avec la liberté du vivre chez soi. Elles prennent la forme de "foyers éclatés" ou "foyers soleil" : appartements ou studios aménagés dans des groupes d'immeubles voisins, entre lesquels circule l'équipe des professionnels pour apporter à heure fixe les aides nécessaires. Ces

expériences encore peu nombreuses semblent être un modèle des actions d'insertion sociale de l'avenir, marquée non plus par le rassemblement des handicapés dans des lieux retirés mais par la circulation des personnels à partir de "point-ressource" vers les personnes handicapées et vers le milieu social ordinaire dont la tolérance doit être stimulée et soutenue.

Cependant, qu'il s'agisse de l'une ou l'autre des modalités d'habitation, elles ne peuvent répondre aux besoins, d'une part, des adultes handicapés dont les contraintes évoluent avec le vieillissement, et d'autre part, des personnels que la routine finit par user, que dans la mesure où elles sont articulées localement entre elles en un réseau coordonné.

A cette condition, les adultes handicapés peuvent bénéficier d'un accueil temporaire en foyer pour une période de vacances ou de convalescence ; les personnels, eux, auraient tout avantage pour se ressourcer, comme pour donner plus de cohérence à leur action, à pouvoir conjuguer des actions dans et hors du foyer, voire à domicile. Les services pénétrant dans les établissements et les établissements dans les services, il serait plus aisé de mieux répartir géographiquement les postes parfois si inégalement attribués, de mieux utiliser les compétences parfois prisonnières des institutions ou des réglementations (convention de 1966 ou de 1951, par exemple) et des statuts professionnels (aides médico-pédagogiques ou auxiliaires de vie, par exemple). Cette "circulation" permettrait en outre à tous les lieux d'habitation de prendre plus facilement l'air d'un "chez soi" auquel on s'accoutume progressivement, y retrouvant des visages connus ou des objets personnels au lieu de subir par force des transplantations brutales.

I.3.3. Les lieux d'activité

Ils sont au moins aussi hétérogènes que les lieux d'habitation.

° En amont du travail

Des structures interviennent en amont de l'activité, de manière temporaire, pour préparer l'adulte devenu handicapé par maladie ou accident, à retrouver une activité professionnelle :

- il s'agit des **centres de réadaptation professionnelle** et des centres de réentraînement au travail. Les premiers qui sont les plus nombreux assurent une formation générale et technique complète aboutissant à une nouvelle qualification professionnelle du travailleur handicapé. Certains centres de réadaptation sont en fait des établissements mixtes à la fois sanitaire -assurant la rééducation fonctionnelle - et sociaux préparant la réinsertion professionnelle. Les plus importants d'entre eux sont gérés par les Caisses régionales d'assurance maladie qui ont fait dans les années 1950-1970 un effort considérable dans le domaine de la réintégration professionnelle des malades et des accidentés. L'aspect novateur et l'efficience de ces équipements tient aux réseaux fonctionnels constitués à cette occasion entre l'hôpital, les centres de rééducation fonctionnels et les centres de réadaptation. L'Institut de Réadaptation du Nord-Est en est un des rares exemples.

Par contre, les **centres de réentraînement au travail** n'ont ni l'objectif ni les moyens d'un véritable reclassement professionnel et cherchent à réadapter rapidement l'adulte handicapé au rythme et aux gestes du travail qu'il connaissait avant l'accident ou la maladie.

- Les **centres de préorientation** prévus par la loi d'orientation de juin 1975 dans son article 14, pour préciser les capacités et les choix professionnels des adultes handicapés, en amont de la C.O.T.O.R.E.P., sont restés lettre morte dans presque tous les départements. La fonction qu'ils devraient assurer a été, dans le meilleur des cas, assumée, ici par un centre de réadaptation professionnelle, là à l'occasion d'une formation professionnelle de l'A.F.P.A., ailleurs par une E.P.S.R. ou une équipe technique de C.O.T.O.R.E.P. moins mal équipée que d'autres.

° Les lieux de travail - l'activité protégée

Elle a pour siège l'Atelier protégé, le Centre d'aide par le travail (C.A.T.) ou les établissements de travail protégé pour les personnes en difficulté sociale. Il est souvent constaté que dans les structures à finalité de travail, cet objectif devient exclusif, ceci est normal pour l'atelier protégé mais est regrettable en centre d'aide par le travail.

- **Les Centres d'aide par le travail**, en effet, se caractérisent théoriquement par une double fonction : le travail et l'activité économique d'une part, et le soutien des personnes accueillies d'autre part. Dans l'idéal, ces deux fonctions devraient être équilibrées et non hiérarchisées. La valeur "travail" dans le C.A.T. ne semble pas remise en cause, du moins pour la clientèle traditionnelle du C.A.T., qu'il s'agisse de handicapés physiques ou de handicapés mentaux. Le travail dans cette structure permet de procurer à ceux qui l'effectuent un sentiment d'utilité sociale et est sans doute une voie de réinsertion. Le fait de participer à un travail, de prendre sa place "d'ouvrier" et de s'inscrire dans une relation économique et sociale est un moyen d'identification personnelle fortement revendiqué par les adultes handicapés et soutenu par les équipes.

Mais le travail et la production doivent-ils être l'objectif prioritaire d'une structure comme le C.A.T. ? Ses conditions de fonctionnement et les conditions économiques actuelles de compétitivité ont abouti sans doute parfois à rechercher avant tout la rentabilité et la productivité et à oublier la double spécificité de la structure. Il y a certes des structures productivistes négligeant l'aspect de soutien médico-social, mais il en est aussi d'autres qui, privilégiant ce dernier aspect, éliminent tout aspect professionnel de leurs activités, ce qui est tout autant contraire à la finalité de la structure.

Si l'objectif "travail" devient exclusif, il risque de faire rejeter du C.A.T. les adultes les plus handicapés, dont l'efficience est faible, mais qui trouvaient leur place dans la structure jusqu'alors. Ce risque devient à l'heure actuelle d'autant plus prégnant que les C.A.T. reçoivent de plus en plus de candidats capables d'un bon rendement : chômeurs ou adultes en difficultés sociales, qui faute de trouver leur place dans le milieu ordinaire sont orientés vers les structures protégées. On assiste alors à un glissement de la structure qui, de centre d'aide par le travail, où la dimension travail n'est

qu'un moyen pour parvenir à un objectif de socialisation, tend à devenir centre d'aide par le travail, structure économique parallèle accueillant tous les exclus du circuit économique général, mais excluant aussi, de ce fait, ceux qui ne peuvent répondre aux conditions de rendement exigées.

Il faudrait donc à l'heure actuelle revenir à la double finalité de la structure par un rééquilibrage qui viserait à maintenir cette double approche : le travail et l'accompagnement. Cela devrait se faire en ménageant la possibilité d'exercer les activités de soutien, de soins et d'animation à l'intérieur du cadre du C.A.T. Outre la nécessité d'avoir les personnels qualifiés et spécialisés pour ce faire, cela implique l'aménagement des horaires et des rythmes de travail pour, d'une part, rapprocher ceux des travailleurs handicapés et ceux des personnels, mais aussi pour ne pas allonger démesurément la période d'activité d'ouvriers handicapés souvent fatigables.

Le C.A.T. a besoin des personnels des deux types (technique et accompagnement) pour répondre aux deux fonctions, mais les activités et les rôles de chacun doivent être bien déterminés et cernés au risque sinon de faire disparaître les repères dans le temps et l'espace si nécessaires aux adultes accueillis.

De plus ces personnels s'interrogent depuis peu sur les faiblesses de la préparation professionnelle des travailleurs handicapés et se demandent si à leur double fonction traditionnelle ne devrait pas s'adjoindre une troisième : celle de formation professionnelle qui favoriserait l'efficacité de la réinsertion sociale ?

On ne peut en effet manquer de s'interroger sur les 2 % d'adultes handicapés qui seuls parviennent à se réinsérer en milieu ordinaire de travail après être passés en I.M.Pro et C.A.T.

° **Les difficultés de fonctionnement des ateliers protégés** contribuent à cette stagnation. Leur mauvais support financier oblige pour des raisons simples de survie économique à être très exigeant sur le recrutement et à imposer des capacités de rendement quasi-normales ce qui exclut une grande partie de la population handicapée. De plus, cela oblige l'atelier protégé à une certaine rétention de sa population et notamment de ses meilleurs

éléments, ce qui est tout à fait contraire à son objectif puisqu'il ne devrait être, en principe, qu'une étape visant à préparer la réinsertion en milieu normal de travail. Des ateliers protégés se trouvent vite confrontés à un vieillissement de leurs effectifs qui n'ont plus les mêmes possibilités de rendement. Beaucoup sont alors amenés à créer des sections de C.A.T. pour obtenir un financement complémentaire et absorber cette population. On arrive à un amalgame de structures où il devient difficile de les distinguer. Mais cette impasse actuelle des ateliers protégés est due essentiellement à des modalités de financement inadaptées. Cela ne veut pas dire que sous réserve d'une situation financière plus saine, les ateliers protégés ne soient pas de structures de travail protégé satisfaisantes pouvant offrir une réponse appropriée à des travailleurs peu handicapés.

- D'autres possibilités devraient sans doute encore être développées. C'est le cas des **établissements de travail protégé pour inadaptés sociaux** qui peuvent offrir des possibilités de travail souvent originales et qui correspondent sans doute mieux aux jeunes inadaptés sociaux que celles offertes traditionnellement dans les structures pour handicapés : couplés ou non à des centres d'hébergement, ils travaillent dans l'optique d'une réinsertion sociale rapide, au terme de séjours relativement courts.

Peut-on d'ailleurs encore parler de travail protégé pour ces structures qui allient souvent de multiples modalités d'intervention (rattrapage scolaire, remise à niveau, formation professionnelle, hébergement, soutien psychologique et social, travail créatif, etc...) ? Il reste qu'on y retrouve particulièrement marquée l'intrication dialectique entre le social et l'économique et qu'elles sont basées sur une participation co-active de tous les partenaires (encadrement et bénéficiaires), souvent dans un esprit militant (co-gestion) - et très novateur (souci d'évaluation).

Il ne semble pas nécessaire dès lors d'ajouter d'autres instruments à la palette très diversifiée des structures actuelles de travail protégé (car on pourrait en citer d'autres comme les ateliers thérapeutiques annexés aux centres de post-cure pour malades mentaux...), mais plutôt de favoriser la perméabilité, la mobilité de l'une à l'autre.

Même si les structures sont à redéfinir et à resituer, elles ne peuvent pas aller à l'encontre de la diversification croissante des clientèles et doivent donner à leurs personnels les moyens de s'adapter à ces populations essentiellement changeantes et de leur apporter des réponses aussi individualisées que possible, susceptibles de les conduire plus souvent vers les milieux ordinaires de travail. C'est également dans cette perspective que nombre de ces établissements ont créé leurs "équipes de suite".

° **En aval des lieux de travail** : des équipes de suite, de soutien, de médiations sociales et de reclassement.

- **Les services de suite d'établissements** (E.M.Pro et C.A.T.) souffrent d'une absence de base réglementaire qui leur interdit tout financement propre. Ils sont donc, pour la plupart, financés de façon explicite ou implicite sur le prix de journée de l'établissement d'origine. (I.M.Pro. - C.A.T. ...) De ce fait leur action est souvent limitée tant dans son champ que dans sa durée. Souvent ils ont beaucoup de peine à assurer un suivi suffisant après la remise au travail, ce qui peut faire échouer les tentatives de réinsertion les mieux préparées. Il reste à savoir si le relais dans le suivi devrait être pris par d'autres services, peut-être mieux implantés dans l'environnement social et plus indépendants de l'établissement ou si c'est au service de suite de l'établissement lui-même qu'il appartient d'assurer longuement le suivi de la personne.

Les liens noués avec l'établissement peuvent aller de la rupture totale au maintien de relations privilégiées. L'indépendance complète est souvent impossible pour des raisons financières, comme on vient de l'évoquer. Mais le maintien des liens avec l'établissement d'origine offre aussi une plus grande sécurité tant aux personnes handicapées qui sont mieux connues dans leurs désirs et leurs refus et qui gardent, en cas de périodes difficiles, des possibilités de retour temporaire vers l'établissement, que pour les membres de l'équipe qui gardent un point d'attache stable leur permettant de compenser les difficultés et l'isolement souvent inhérent à une action de suite. L'autonomie du service est sans doute souhaitable, mais il ne semble pas que son indépendance complète le soit, même si on connaît certains services de suite qui, après avoir élargi leur clientèle, se sont transformés avec succès en structures autonomes (souvent en E.P.S.R. de droit privé). L'indépendance

complète risquerait, en outre, par la coupure ainsi instaurée, de privilégier par trop le suivi, en négligeant la préparation de l'autonomie et de l'insertion.

Pour favoriser cette autonomie, les équipes de suite évitent en général la surprotection et se posent plus en médiateur pour solliciter le tissu social dans lequel s'insère le travailleur handicapé, pour établir d'autres points de contacts qui diminueront d'autant l'emprise de l'institution. Il s'agit donc pour ces services de se garder de tout interventionnisme et, sauf en cas de nécessité, de renvoyer les demandes aux services extérieurs susceptibles d'y répondre.

- **Des services d'accompagnement et de soutien dans la vie ordinaire** ont été créés récemment pour répondre aux besoins des personnes handicapées mentales vivant (et travaillant le plus souvent en milieu ordinaire). Ils en sont encore au stade expérimental et il est sans doute un peu tôt pour tirer des conclusions sur leur fonctionnement. Certains émanent de services de suite d'établissements devenus autonomes, d'autres sont des créations directes par des associations constituées à cet effet, souvent à l'instigation de l'U.N.A.P.E.I. Ils semblent bien répondre à une demande et venir combler une lacune dans la palette des services de soutien à l'insertion et au maintien en milieu ordinaire. Leur objectif est de permettre aux adultes handicapés mentaux d'habiter et de vivre au milieu des autres. Comme les services d'aide à domicile, leur action se caractérise par une grande variabilité, selon les personnes concernées et leurs demandes, et par une durée, en principe, indéterminée. Elle peut être très soutenue en début d'insertion et s'effacer ensuite dans le temps. Elle devrait même, logiquement, tendre à disparaître eu égard à l'objectif d'autonomisation de la personne handicapée mentale bénéficiaire. Cela reste évidemment théorique car pour bon nombre des clients de ce type de service, le besoin d'un soutien technique et d'un accompagnement pour éviter la solitude est permanent, et l'existence même du service sera la condition nécessaire à leur vie insérée. Certains de ces services offrent aux personnes prises en charge des possibilités d'hébergement temporaire, sorte de relais entre la vie familiale ou la vie en institution et la complète autonomie personnelle (studios ou chambres loués par l'association et sous-loués aux occupants).

L'action des services d'accompagnement s'apparente à celle des E.P.S.R. En théorie, elle est plus axée sur la vie quotidienne, les loisirs et la vie sociale, alors que l'action de l'E.P.S.R. se porte plus sur la vie professionnelle. Peut-être est-ce aussi les clients qui les différencieraient : d'un côté, une exclusivité aux handicapés mentaux, au sens traditionnel du terme, de l'autre une population beaucoup plus hétérogène, mais à forte dominante d'inadaptation sociale. Certains affirment donc que l'action des services d'accompagnement serait le complément, sur le plan de la vie quotidienne, de l'action effectuée par les E.P.S.R. sur le plan du travail. Cela reste encore théorique en raison du faible nombre des services de soutien comme des E.P.S.R. et de leur inégale répartition géographique. Même si cela était, on ne peut s'empêcher de constater que ce manque, émergeant de l'exclusivité professionnelle de l'E.P.S.R. et à laquelle viendrait répondre le service d'accompagnement, était auparavant comblé par les dites équipes de suite avant leur recentrage opéré par la loi d'orientation...

° **Les équipes de préparation et de suite au reclassement professionnel (E.P.S.R.)**

Bien que relativement jeunes, les équipes de préparation et de suite du reclassement professionnel sont sans doute les structures qui se sont données, les premières, pour objectif une action globale de réinsertion en milieu ordinaire de vie. Il est difficile de parler des E.P.S.R. en général, celles-ci se caractérisant par la diversité de leur conception et de leurs modalités d'intervention. La divergence s'est d'ailleurs aggravée par la juxtaposition des équipes publiques et des équipes privées. Les équipes publiques auraient tendance à appliquer strictement les textes et à se cantonner à la mission de reclassement professionnel. Les équipes privées qui fonctionnent actuellement sont, pour la plupart d'entre elles, d'anciennes équipes de préparation et de suite (au sens de la circulaire de Mme DIENESCH de 1973) et ont gardé, malgré les réajustements qui ont été imposés (notamment au niveau de la composition de l'équipe), l'optique originelle de réinsertion globale de la personne dont le reclassement professionnel n'est qu'une des composantes.

Les populations prises en charge par les E.P.S.R. sont également très diversifiées en fonction non seulement du contexte mais aussi de l'origine de la saisine. La comparaison de l'origine des demandes entre quelques-unes des équipes avec lesquelles le groupe a été en contact est significative :

| Origine des demandes | E.P.S.R. de Rhône-Alpes 1 | E.P.S.R. de Rhône-Alpes 2 | E.P.S.R. de Créteil |
|----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|
| C.O.T.O.R.E.P. | 33 % | 29 % | 2,7 % |
| A.N.P.E. | 19 % | 5 % | 2,7 % |
| Etablissements spéc. | 27 % | 16 % | 3,7 % |
| Services spéc. | 14 % | 40 % | 31,4 % |
| Relations | 7 % | 10 % | 20,5 % |
| Autres | | | 39 % |

Il semble quand même que le dénominateur commun de tous les "clients" des E.P.S.R. est d'être passé par tous les filtres des institutions ou filières habituelles sans y avoir trouvé de projet stable convenant à une réinsertion. Cela les différencie sans doute un peu des deux autres types de services que l'on vient d'évoquer. Ces derniers accueillent leurs bénéficiaires dans une certaine dynamique, soit en relais après une autre structure, soit sur demande directe du client, mais toujours sur un projet qui vise à une amélioration de la vie de la personne handicapée dans un sens plus conforme à ses souhaits. L'E.P.S.R., contrairement à cela, reçoit des clients qui sont presque toujours en situation d'échec ce qui implique des modalités de prise en charge particulières et un nécessaire temps de récupération avant d'envisager une action plus positive...

Au-delà du handicap proprement dit, qu'il soit physique, social ou relationnel, se surajoutent des difficultés d'insertion ou de réinsertion professionnelle insolubles du fait, le plus souvent, du manque de qualification. Avant d'envisager une insertion professionnelle, l'objectif de l'E.P.S.R. est donc le plus souvent de permettre à la personne handicapée de recouvrer une certaine stabilité sociale sans laquelle cette insertion serait irrémédiablement vouée à l'échec.

Le travail des E.P.S.R. se situe à plusieurs niveaux. Au niveau individuel, il prend essentiellement - comme les autres services déjà évoqués - la forme d'un soutien ou d'un accompagnement ; au niveau collectif aussi, il s'agit de lutter contre l'isolement et la solitude en favorisant les relations interpersonnelles, l'insertion dans les groupes sociaux ou d'autres structures relais ; à l'égard des organismes socio-économiques enfin, en facilitant la mise en relation des individus avec ces structures (information, prospection d'emploi, etc...).

On retrouve donc aussi dans l'action des E.P.S.R. une recherche de prise en charge globale de la personne. Pour ce faire, certaines d'entre elles interviennent certainement au-delà des missions qui leur sont imparties par les textes, mais c'est ce qui leur permet de pallier bon nombre de carences dans le dispositif actuel. En effet, les difficultés d'insertion professionnelle sont rarement isolées, elles sont plus souvent manifestations d'autres fragilités qu'il faut nécessairement prendre en compte pour parvenir à une solution durable.

Cependant, des objectifs si complexes se heurtent trop souvent aux restrictions de personnels. Bien des équipes, composées exclusivement d'un éducateur, d'un prospecteur placier et d'un assistant de travail social, en viennent, pour pouvoir faire un travail approfondi, à restreindre leur action à une aire géographique très limitée, laissant découvert le reste du département.

Enfin, pour ces services dont la préoccupation est portée vers la réinsertion professionnelle, on rappelle le grave défaut constitué par le manque de possibilités d'évaluation et de préorientation de la personne en difficulté. Cette possibilité était pourtant prévue par la loi d'orientation. Les centres de préorientation devaient travailler en amont des C.O.T.O.R.E.P. et les E.P.S.R. en aval de ces commissions.

Ce vide fait perdre beaucoup de temps et d'énergie et accroît les risques d'échec dans l'insertion, les services existants n'étant pas équipés, tant en techniques qu'en personnels, pour procéder à ces évaluations préorientatives.

On rapportera ici à titre d'exemple l'expérience intéressante d'une session expérimentale d'orientation professionnelle organisée par le Conservatoire National des Arts et Métiers (C.N.A.M.) à l'instigation des Groupements Interprofessionnels Régionaux pour la Promotion de l'Emploi des Handicapés (G.I.R.P.E.H.). En 1982, cette session avait été conçue à l'intention de 15 adultes handicapés physiques et mentaux âgés de 20 à 45 ans dont le cas, examiné à plusieurs reprises, n'avait pu être résolu par la C.O.T.O.R.E.P. La session avait pour but de produire :

- un choix professionnel motivé et réaliste,
- la capacité de transformer ce choix en une démarche personnelle efficace,
- une bonne compréhension du travail en entreprise.

Etendue sur douze semaines, elle a reposé sur une petite équipe pluridisciplinaire temporaire, comportant en particulier psychologue, conseiller d'orientation, éducateur de la technique Ramain. Elle a inclus un stage de quatre jours au Centre de Réadaptation Professionnelle et Fonctionnelle de Nanteau-sur-Lunain et des stages en entreprise. Le but était de démontrer que la fonction de préorientation ne nécessitait pas d'investissement lourd mais devait s'inscrire dans une durée suffisante pour permettre :

- un travail de groupe favorisant les relations interpersonnelles ;
- la découverte par chacun de ses aptitudes et de ses motivations grâce à l'information et aux discussions ;
- leur mise à l'épreuve à l'occasion d'exercices pratiques, du contact avec l'outillage d'un métier, en situation réelle de stage.

On peut considérer que ces objectifs ont été remplis puisque, pour les 13 stagiaires qui ont suivi la session jusqu'à son terme et qui tous avaient une déficience physique ou relationnelle sévère, 7 ont pu fonder leur orientation vers une activité professionnelle réalisable. Cependant les responsables de cette session expérimentale ont ressenti le besoin d'une suite à deux niveaux :

- le suivi individuel d'un certain nombre des stagiaires chez lesquels les activités d'expression offertes au cours de la session avaient réactivé une souffrance psychique, rendant nécessaire une aide psychothérapeutique.
- D'autre part, une meilleure articulation avec la C.O.T.O.R.E.P. pour que les orientations proposées et ébauchées au cours de la session (inscription à un stage de formation professionnelle par exemple) s'engagent sans délai.

De plus, il ressort de la procédure non sélective de ce stage expérimental basé sur le développement personnel que le processus d'orientation varie d'une personne à l'autre notamment dans sa durée. Celle-ci est rapide chez les handicapés physiques ou les malades mentaux stabilisés alors qu'elle est plus lente (le processus n'a quelquefois pas pu s'achever pendant le stage) en cas d'incapacité évolutive ou lorsque le handicap est trop récent pour qu'un nouvel équilibre psychologique ait encore pu être acquis. Mais il faut insister sur le fait que la durée est un élément fondamental dans le processus d'autodétermination d'une orientation professionnelle et qu'il importe de donner à chacun le droit à un temps d'écoute et de soutien pour formuler son propre projet.

- **Les relais sociaux ordinaires** jouent également un grand rôle dans l'accès des adultes handicapés aux activités.

Citons pour ce qui est de l'activité professionnelle :

- . l'A.N.P.E., par l'intermédiaire des prospecteurs placiers qu'elle spécialise et délègue dans les E.P.S.R. et auprès des C.O.T.O.R.E.P.
- . l'A.F.P.A. (Association Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes) siège au sein des équipes technique de la C.O.T.O.R.E.P., anime et contrôle la pédagogie des centres de rééducation professionnelle agréés par le Ministère du Travail, mais surtout a récemment formé directement 700 stagiaires envoyés par les C.O.T.O.R.E.P. Ces stagiaires handicapés ont été intégrés dans les formations ordinaires de 15 centres de l'A.F.P.A. A l'issue de ces stages, seule une minorité a été réorientée vers le

travail protégé, un tiers a été directement placé en entreprise. Ces résultats encourageants amèneront l'A.F.P.A. à renouveler l'expérience.

- . le G.I.R.P.E.H., que nous venons de citer, paraît mériter par son originalité et son efficience, une place au sein des services concourant à l'activité professionnelle des adultes handicapés. Cet organisme privé, émanant directement des principales entreprises françaises, s'est donné pour tâche de favoriser l'emploi des adultes handicapés dans les lieux ordinaires de travail grâce à des actions de sensibilisation, d'information et de formation au sein des entreprises. Le G.I.R.P.E.H. utilise un certain nombre de ressources puisées dans l'entreprise même : médecins du travail, comité d'entreprise, bureau de recrutement, chefs d'ateliers...
- Pour ce qui concerne les **activités sociales**, de nombreux organismes ont entrepris de faire, depuis les années 1980, une place aux adultes handicapés dans leur action sociale générale. Nous en donnerons ici quelques exemples :
 - . pour les loisirs : les maisons familiales, les villages vacances familles (V.V.F.).
 - . pour la solidarité : le Secours Catholique, le Secours Populaire français.
 - . pour la vie culturelle : le Fonds d'Intervention Culturelle (F.I.C.), le Centre Pompidou, certaines maisons de la culture...

L'impact pourrait en être décuplé grâce à une meilleure information en direction des équipes spécialisées et des associations de personnes handicapées.

1.3.4. Les lieux de soins

Nous verrons successivement quelques-unes des caractéristiques intéressant les adultes handicapés et les personnels dans des structures aussi diverses que :

- les lieux de rééducation fonctionnelle active,
- le secteur psychiatrique,
- les maisons d'accueil spécialisées,
- les soins infirmiers à domicile et en centre hospitalier de moyen et de long séjour.

Les deux premiers types de structure sont des lieux dévolus en principe avant tout aux soins actifs de "récupération". Ils sont destinés à des adultes handicapés considérés comme des accidentés ou des malades qui doivent, grâce à des traitements intenses à dominante médicale retrouver l'état de santé et d'insertion sociale antérieurs. Patients et équipe soignante sont centrés très naturellement sur cet effort et cet espoir, ce qui explique peut-être que peu de place demeure dans l'un et l'autre type de structure pour les actions et les personnels non soignants tels que le personnel d'animation, par exemple ; les réglementations les ignorent et il est impossible, sauf à user de procédures quasiment illicites, d'introduire des animateurs dans ces établissements. Par exemple, un service psychiatrique doit assimiler l'animateur à un infirmier (donc sans possibilité de carrière ou d'accès à la formation continue), alors qu'il n'est sans doute pas nécessaire d'insister sur l'importance de la présence d'un animateur socio-culturel dans tout cadre hospitalier ou dans tout lieu de vie accueillant des personnes pour des séjours de longue durée.

° Les lieux de rééducation fonctionnelle active

Il peut s'agir d'institutions hospitalières publiques spécialisées telles que l'hôpital Raymond Poincaré de Garches ou l'Institut National des Invalides. L'un comme l'autre comporte de nombreux services complémentaires les uns des autres, ayant chacun une dominante : traitement des paraplégies ou des maladies neurologiques évolutives... On retrouvera ces spécificités dans les centres de rééducation, les maisons de réadaptation, ou les centres conjuguant rééducation, réadaptation et formation professionnelle, déjà cités. Tous interviennent immédiatement après la phase aiguë, médicale ou chirurgicale, sur des patients dont la vie vient d'être bouleversée et dont l'état n'est pas fixé : la déficience est d'installation récente, les incapacités en cours de régression et leur traduction dans la vie personnelle, sociale, relationnelle, ne peut être que difficilement abordée tant par le

patient partagé entre les extrêmes de l'espoir et du désespoir, que par des équipes médicales et paramédicales engagées à fond dans une multitude de soins et de rééducations (nutrition, protection de la peau, lutte contre les rétractions, ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie) qui tiennent à grand peine dans l'emploi du temps d'un patient fatigable. L'ensemble du personnel est soucieux de son bien être global, et conscient de sa solitude, mais la multiplicité et la fragmentation des tâches de chacun peuvent faire que personne ne se sente investi de la fonction d'écoute et d'accompagnement vers l'avenir. Cependant, sans doute est-il préférable de ne pas chercher à introduire dans ces équipes déjà nombreuses et diversifiées de nouveaux "spécialistes de la relation" : encore faut-il que se généralisent, dans tous ces lieux de soins actifs, les actions de formation continue de tous les personnels et en particulier des infirmières. La preuve a été faite, à l'Institut National des Invalides par exemple, que ces formations complémentaires, qui sont aussi des rencontres entre des personnels appartenant à des disciplines différentes, permettaient aux équipes internes de réadaptation d'assumer excellentement l'animation et l'accompagnement, sans avoir recours à un surcroît de professionnalisme. A partir de là, ces lieux de soins ont une chance de devenir des lieux de rencontre - avec les familles - les bénévoles - les anciens malades - les autres structures de suite - les services sociaux de secteur - qui chacun à leur manière rouvre devant le patient la porte sur l'extérieur et lui permet d'envisager, sans trop d'angoisse, un avenir différent.

° Le secteur psychiatrique

Transformé par la réglementation de 1974 en maillon d'un réseau de soins multiformes et coordonnés, l'hôpital psychiatrique accueille encore dans la difficulté les malades les plus graves ou le plus souvent déstabilisés. Bien que la sectorisation destinée à transformer la psychiatrie française soit fondée sur l'ouverture et la circulation tant des malades que des soignants, entre le domicile, le dispensaire, l'atelier thérapeutique, le foyer de post-cure, l'hôpital de jour..., l'hospitalisation à temps complet même pour un séjour bref reste marquée par l'image de l'internement d'office et par la crainte partagée par les soignants, les malades et leur famille, de la chronicisation de la maladie, de l'hospitalisation et des intervenants.

La prise de conscience de tels risques est réalisée depuis deux décennies, la lutte est engagée depuis au moins dix ans à travers l'évolution de la formation des infirmiers psychiatriques et des médecins psychiatres. La partie n'est pas gagnée pour autant. Trop souvent encore les équipes hospitalières de secteur ne sont pas unifiées, les malades circulent certes, mais parfois à contretemps, ou dans un va-et-vient trop souvent renouvelé entre l'hôpital et l'extérieur. Les familles, les bénévoles, les professions non psychiatriques, n'ont encore que peu de place dans les structures de soin.

En bref, il existe encore un écart important entre les principes clairement définis d'une psychiatrie à visage humain et les contraintes imposées à l'ensemble de la pratique psychiatrique par l'image historiquement mortifère de la maladie mentale.

Cet écart est sans doute à rapprocher du paradoxe qui fait que les lieux de soins psychiatriques veulent assumer une prise en charge thérapeutique globale du malade tout en refusant d'admettre que le caractère invalidant de la maladie mentale en fait un handicap comme tant d'autres, nécessitant aides et compensations pour la réinsertion dans la vie familiale, professionnelle et sociale.

° Les maisons d'accueil spécialisées

Créées récemment par l'article 46 de la loi d'orientation de 1975, les M.A.S. - lieu d'accueil et de soins des plus gravement handicapés - ont été d'emblée le lieu de paradoxes analogues à ceux de l'hôpital psychiatrique dont on les rapproche souvent, parfois pour les opposer, parfois pour les confondre. Nécessaires pour accueillir et soigner les adultes les plus dépourvus d'autonomie motrice et psychique qui jusqu'alors mouraient chez les parents épuisés ou à l'hôpital psychiatrique dont ils étaient habituellement les "oubliés", les M.A.S. sont encore en nombre insuffisant, près de dix ans après la mise en place de la loi d'orientation. Leur développement, pourtant indispensable, et qui répondrait à l'attente désespérée des parents vieillissants auprès d'adultes sévèrement handicapés, se trouve contrecarré pour de multiples raisons :

- d'abord parce que la réglementation de 1978 a défini la population des M.A.S. comme celle qui est totalement dépourvue d'autonomie et qui ne peut plus progresser. En posant des critères humainement inacceptables, la réglementation condamnait la structure.

- ensuite parce qu'on a pris conscience, en pleine période de pénurie budgétaire du fait que si les M.A.S. doivent remplir une fonction de soin, d'accueil et de soutien pour des adultes polyhandicapés, du personnel nombreux et par conséquent coûteux serait nécessaire, indispensable même, non pour les faire progresser - puisqu'il ne s'agit plus d'enfants - mais du moins pour prévenir l'aggravation menaçante pour le sujet accueilli et pour empêcher l'usure rapide d'un personnel mis en place trop chichement.

- enfin, parce que les professionnels eux-mêmes redoutent de s'engager auprès d'adultes si démunis d'autonomie et de possibilité d'expression. Il faut reconnaître que leur crainte est légitime à partir du moment où on obligerait les M.A.S., même si elles sont de petite dimension et ouvertes sur l'extérieur, à n'accueillir exclusivement que des adultes dépourvus de la moindre autonomie.

Ces freins, certes très puissants, continueront-ils à priver cette seule fraction des adultes handicapés des soins et de l'accueil indispensables dont ils ont d'ailleurs été privés dans l'enfance pour des raisons analogues ?

Il est impossible de répondre aujourd'hui à cette question mais il est possible et sans doute nécessaire de refuser les solutions qui n'en sont pas, telles que les reconversions forcées - pour des raisons économiques - d'établissements sous occupés pour enfants ou de services des hôpitaux psychiatriques.

Il est non moins nécessaire de rappeler que la réglementation de 1978 permet de conserver aux M.A.S. une certaine dynamique en leur donnant deux possibilités d'ouverture permanente sur l'extérieur :

- par l'accueil temporaire des adultes handicapés dans la limite de 10 % des places,

- en jouant un rôle actif dans la formation des personnels, en particulier celle des aides médico-psychologiques.

° Les soins infirmiers à domicile ou en milieu hospitalier

A l'heure actuelle les services de soins infirmiers à domicile, les services hospitaliers de moyen et long séjour sont pratiquement exclusivement créés pour les personnes âgées dépendantes dont il s'agit de favoriser le maintien à leur propre foyer. Cette définition de leur objectif exclut donc dans la plupart des cas les adultes handicapés par une maladie neurologique ou musculaire évolutive qui se voient rejetés de partout au stade terminal de l'invalidation qui précède souvent de très loin la mort.

Nous venons de voir qu'il en est de même pour les polyhandicapés sévères d'origine congénitale, privés de soins et d'accueil en l'absence de M.A.S. En attendant leur développement, l'ouverture des services hospitaliers de moyen et long séjour à ces jeunes dépourvus d'autonomie et dont l'état s'aggrave ou risque de s'aggraver, serait sans nul doute bénéfique pour eux et leur famille, mais aussi pour les personnes âgées et les personnels. La diversité des âges ou des handicaps accueillis dans une même structure de soin, d'accueil ou d'activité est reconnue de plus en plus comme un facteur dynamique pour les résidents comme pour les personnels.

Un autre aspect des soins infirmiers, qu'on ne peut passer sous silence, touche l'hospitalisation fortuite en service de médecine ou de chirurgie générale d'un adulte handicapé atteint d'une maladie ou d'un accident intercurrent. Tous les témoignages entendus par le groupe d'étude sur ce sujet soulignent d'une part l'impréparation des personnels soignants non spécialisés, et d'autre part les malentendus et les pertes de temps et d'efficacité qui en découlent, sans parler de la détresse ressentie par l'adulte handicapé, transplanté, isolé, malade et incompris. Une meilleure coordination entre les lieux de vie habituels et l'hôpital, l'accueil à l'hôpital de ceux qui connaissent et "accompagnent" habituellement le malade handicapé - ses parents ou les éducateurs - seraient nécessaires en attendant que les formations sensibilisent les non-spécialistes avec la rencontre inéluctable du handicap.

En conclusion de cette première partie, on ne peut qu'être frappé de la confrontation entre, d'une part, les attentes des adultes handicapés, centrées sur l'aspiration à exercer soi-même le choix de son propre mode de vie et à se

rapprocher le plus possible de la vie ordinaire, et d'autre part la diversité et la richesse qualitative des modalités de soin, d'activité et d'accueil en même temps que de leur cloisonnement et de leur restriction sur le plan quantitatif.

Cette confrontation fait ressentir avec acuité le besoin d'actions transversales, locales, d'information, de mise en relation, d'interconnexions, qui permettraient l'ajustement permanent de l'offre à la demande.

On peut espérer qu'une rénovation des C.O.T.O.R.E.P., ainsi que la mise en place effective des E.P.S.R. et des équipes de suite favorisera cet ajustement et renforcera la maîtrise de l'adulte handicapé sur son propre destin.

Le panorama succinct des différents milieux de vie dans lesquels peuvent se trouver les personnes adultes handicapées fait ressortir qu'au-delà des catégorisations existantes et des spécificités de chacune des structures, il existe, quelle que soit la solution adoptée, un certain nombre de fonctions essentielles à assumer auprès de ces adultes. Il nous reste maintenant à voir si les personnels existants sont aptes à remplir ces fonctions, si le nombre et la diversité actuelle des professions se justifient face aux tâches à effectuer et si d'autres fonctions ne relèvent pas d'autre chose que du professionnalisme. Cela nous permettra sans doute de définir le profil des intervenants souhaités auprès des adultes et de réfléchir aux capacités qu'ils doivent avoir et auxquelles ils devront être préparés au cours de leur formation.

II - DES PERSONNELS ET DES PERSONNES

AUPRES DES ADULTES HANDICAPES

II - DES PERSONNELS ET DES PERSONNES AUPRES DES PERSONNES HANDICAPEES

II.1. INTRODUCTION : LES PARADOXES DES TACHES A ACCOMPLIR

En regard des attentes des adultes handicapés dont les dominantes, nous l'avons vu en première partie, sont fortement affirmées, aisément repérables, centrées sur l'exercice de ses propres choix et sur une vie aussi intégrée que possible aux milieux ordinaires, les personnels se trouvent confrontés à une multitude de tâches à accomplir que nous regrouperons ici sous quatre aspects :

- aider dans les activités de vie quotidienne,
- soigner et prévenir le surhandicap,
- accompagner et assurer une médiation sociale,
- permettre une activité régulière.

Ces quatre types de tâche présentent, à des degrés divers, des contradictions internes qui les marquent toutes d'un caractère paradoxal dont les professionnels sont de plus en plus conscients.

° Aider dans les activités de la vie quotidienne

Confrontés à cette tâche, les professionnels - aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie, aides ménagères, travailleuses familiales, mais aussi ergothérapeutes, éducateurs spécialisés - se trouvent partagés entre, d'une part, la conviction d'évidence de leur nécessité, de leur quotidienneté, de leurs difficultés souvent et, d'autre part, leur aspiration à n'enfermer ni la personne handicapée, ni leur propre rôle dans ce type d'action humble, facilement routinière, apparemment peu qualifiée. Il faut beaucoup de dynamisme, des soutiens, de la disponibilité, pour être capable d'insuffler dans la toilette, l'habillement, le repas... une qualité d'invention, de bien-être, de fantaisie revalorisante, tout en laissant à l'adulte handicapé l'initiative de ses choix si restreints soient-ils.

Des formations capables de donner un certain savoir-faire (savoir soulever un corps lourd et passif ne s'invente pas), une initiation aux aides techniques facilitant la vie quotidienne sont des ressources possibles qui ne sont ni

toujours fournies, ni même toujours souhaitées ou réclamées par des personnels isolés qui en ignorent trop souvent l'existence et sont cantonnés naturellement à croire que tout doit venir de leur seule bonne volonté. Même dans les équipes les plus complètes, l'accomplissement de l'aide journalière est trop souvent laissé aux professionnels les moins qualifiés, par une négligence naturelle qui dévalorise à la fois la personne handicapée et l'intervenant, mais qui dévalorise aussi les activités elles-mêmes (l'habillement, le repas) alors que celles-ci demeurent dans certains cas les seules qui soient possibles pour meubler une longue journée et pour se rattacher à la communauté des hommes.

Ce n'est pas là un paradoxe négligeable de voir coexister dans ce type de tâche, valeur et dévalorisation, ressource humaine et déqualification. Si de surcroît on se souvient combien l'activité de vie quotidienne engage une relation de proximité, voire d'intimité, le paradoxe se complète de l'insoluble dialectique autonomie-dépendance concrètes, dépendance/contre-dépendance affectives.

° Soigner, prévenir le surhandicap

Les paradoxes de cette tâche ne sont pas tout à fait les mêmes pour ceux qui assurent les soins journaliers et pour ceux qui n'interviennent que ponctuellement.

Pour les premiers - infirmières, aides soignantes, infirmiers psychiatriques selon les lieux et les équipes, la définition de la tâche sera plus ou moins spécifiée ou au contraire extensive. Le plus souvent, en milieu hospitalier, elle est administrativement réduite au soin infirmier, alors que la réduction des équipes soignantes les amène à réaliser envers et contre tout une action polyvalente comprenant l'animation et l'accompagnement. Inversement les rares soignants qu'on trouve dans les institutions sociales (foyers ou même C.A.T.) se voient parfois investis de tâches de "maternage" dont l'intérêt est discutable lorsqu'il s'agit d'adultes.

Pour les seconds, médecins, kinésithérapeutes, les difficultés sont multiples : savoir réduire les interventions au strict minimum, inventer des modes de soins renouvelés qui ne lassent pas l'adulte par d'éternelles

prolongations de contraintes médicales de l'enfance, savoir s'effacer des équipes institutionnelles pour se situer en "banque de ressources", disponible à la demande et non systématiquement imposée.

Bref, ne pas en faire trop, sans abandonner pour autant l'indispensable entretien de l'outil corporel qu'il faut protéger du vieillissement, ces tâches sont délicates à harmoniser entre elles et avec toutes les autres qu'elles ne doivent pas envahir.

Pour tous, il est difficile de distinguer ce qui revient à la tendance naturelle des déficiences à s'aggraver, ce qui tient à l'involution due à l'âge, et enfin ce qui relève de la routine, et du vieillissement propre aux équipes et aux institutions qui émousse la vigilance, l'acuité du coup d'oeil pour dépister une complication nouvelle, ou qui provoque l'engourdissement des gestes thérapeutiques (dont témoignent par exemple les prescriptions médicamenteuses qu'on superpose, sans songer assez à les alléger des drogues devenues caduques).

Pour tous aussi, il est difficile d'oeuvrer ensemble à la tâche de soins et de prévention alors que là, plus que partout ailleurs, le clivage entre les soignants permanents et les intervenants ponctuels est profondément marqué par des inégalités de formation, de statut, de rétribution et de pouvoir.

° Accompagner et assurer une médiation sociale

L'accompagnement et la médiation sont parmi toutes les tâches celles qui soulèvent peut-être l'intérêt le plus neuf mais aussi le maximum de discussions. Il est apparu au groupe d'étude que l'accompagnement et, à moindre degré, la médiation sociale, étaient une tâche centrale incombant à des degrés divers à l'ensemble des équipes des établissements et services. Il a semblé caduque d'en faire le seul privilège des personnels "éducatifs" (aide médico-psychologique, moniteur-éducateur, éducateur) mais cette tâche est dévolue également (nous l'avons vu) aux soignants mais aussi aux personnels administratifs et de maintenance... et bien entendu aux non-professionnels, volontaires pour un certain partage de vie.

L'accompagnement, pour être réel, pour sortir de la simple coexistence bénévoles et pacifique qui laisse à tous un sentiment profond de solitude, demande aux personnels des efforts intenses et renouvelés en permanence,

difficiles à soutenir longtemps. L'accompagnement implique alors en effet l'établissement d'une communication véritable entre l'adulte handicapé et l'accompagnateur. S'écouter, se comprendre, échanger, dans les codes originaux qu'implique le handicap, exige disponibilité, mutualité, confiance réciproque, en toute connaissance et acceptation des différences.

Ce sont là des prémisses difficiles à réaliser et à maintenir, préalables nécessaires à l'établissement de relations ajustées, contrôlées, garantes de la stabilité affective des personnels comme des adultes handicapés, en dehors de laquelle l'accompagnement est souvent menacé de captations puis de ruptures. Le groupe d'étude a constaté à ce sujet la difficulté ressentie par l'ensemble des professionnels, formés ou non par des formations courtes ou longues, pour établir une juste distance relationnelle d'adulte à adulte. Paradoxalement ce sont, semble-t-il, les personnels les plus jeunes, eux-mêmes non encore "chargés de famille", qui ont le plus tendance à établir une relation maternante, possessive, souvent infantilisante avec les adultes handicapés. Plus que les formations, il apparaît que c'est l'expérience humaine de l'âge et des responsabilités familiales qui aident les personnels à établir une relation stable et distanciée avec l'adulte handicapé même très dépendant.

La médiation sociale est une tâche plus neuve et moins bien reconnue par les professionnels (cf. l'annexe II, Enquête auprès des établissements) mais sur laquelle le groupe d'étude a jugé bon d'insister au même titre que sur l'accompagnement ; les deux fonctions proches l'une de l'autre étant essentiellement accomplies par les mêmes personnels, principalement les éducateurs, les A.M.P., mais aussi les animateurs socio-culturels, les infirmiers psychiatriques, les assistants de service social.

La médiation sociale est la tâche la plus vivement controversée, semble-t-il, pour de multiples raisons. Qui dit médiation dit facilitation de la relation entre deux personnes (ou groupes) grâce à l'intervention d'un tiers. Or l'accompagnant se vit plutôt comme l'interlocuteur privilégié de l'adulte handicapé à l'égard duquel il se sent engagé affectivement que comme un relais intermédiaire, désintéressé mais non indifférent, cherchant à faciliter ses relations avec le monde environnant. Souvent l'engagement affectif intense de l'intervenant lui rend difficile la fonction de médiation distanciée.

De plus, le professionnel ressent souvent les cibles habituelles de la médiation - la famille, le milieu social environnant - comme rejetant l'adulte handicapé et avec lui rejetant les intervenants eux-mêmes. Ce sentiment, très largement répandu parmi les professionnels, amène une minorité d'entre eux - considérant que la société doit accueillir naturellement les personnes handicapées - à renoncer à exercer une médiation qu'ils jugent superflue. C'est sans doute faire bon marché des difficultés de communication, du poids des différences, des craintes qu'elles engendrent.

Une attention particulière a été portée par le groupe d'étude à la médiation que les personnels pourraient assumer entre **les adultes handicapés et leur famille** pour favoriser le maintien de liens ajustés au statut de l'adulte comme à l'anxiété des parents vieillissants :

Les difficultés ressenties sur ce point par l'ensemble des personnels semblent considérables. Leur projet d'autonomiser l'adulte handicapé se construit trop souvent sur une mise à l'écart explicite ou implicite des familles dont il est aisé ensuite de faire remarquer l'absence, voire "la carence". De nombreux professionnels sont loin d'accepter une action de médiation, alors qu'ils ne sont pas encore conscients des écrans involontairement installés entre l'adulte handicapé et sa famille à l'abri du projet institutionnel d'autonomisation affective.

Il faut reconnaître que la confrontation des personnels avec l'anxiété de mort exprimée par les parents vieillissants est particulièrement lourde à porter dans ce qu'elle évoque des risques d'involution des adultes et des personnels.

Le développement d'actions de médiation à l'égard de l'environnement social général, y compris sous la forme particulière d'un élargissement de l'équipe professionnelle aux volontaires d'une solidarité de voisinage, apparaît comme un élément favorable au rééquilibrage des inter-relations triangulaires entre la famille, l'adulte handicapé et les personnels.

° Permettre une activité régulière

Cette tâche est au centre des projets des personnels tant en foyer qu'en C.A.T. Il est mis en oeuvre par l'ensemble des professions "éducatives" (de l'A.M.P. à l'éducateur technique et à l'enseignant) mais aussi par les **soignants** (ergothérapeutes, infirmières, infirmiers psychiatriques) et bien entendu par les animateurs, les auxiliaires de vie et les professionnels plus

spécialisés (ergonomes, conseillères en économie sociale et familiale, orienteurs, prospecteurs placiers). En complément de ce qui a été exposé plus haut à propos des attentes des personnes handicapées, nous insisterons ici sur deux points particuliers qui ont été développés dans les réunions du groupe d'étude et dans les réponses de la plupart des institutions à l'enquête :

- En foyer ou à domicile, les personnels se donnent volontiers pour tâche d'offrir des activités concrètes ou créatives d'expression, de culture ou de loisirs aux adultes handicapés. Ils y font preuve d'invention sachant, même pour les plus handicapés privés d'autonomie, les faire participer par le regard, la présence, la proximité à l'activité réalisée par un professionnel dans un véritable esprit de partage. Pour les plus autonomes, on a déjà exposé en première partie comment il est parfois difficile d'éviter de passer de l'activité à l'activisme, mais pour tous il apparaît qu'il est plus difficile encore de situer ces activités dans le dynamisme de l'animation d'un groupe d'adultes plutôt que dans la pérennisation des jeux éducatifs de l'enfance. Le risque est d'autant plus insidieux que sur le plan théorique les professionnels et les adultes handicapés sont bien convaincus actuellement de la nécessité et des vertus de l'"Education Permanente" qui apparaît comme un droit pour tous.

Mais c'est précisément parce que l'éducation permanente est encore jeune et mal connue en dépit de ses développements récents qu'elle reste liée à des objectifs de promotion mais aussi de rattrapage ou de récréation : y faire référence pour les activités des adultes handicapés ne met donc pas à l'abri des risques d'infantilisation. Il n'est qu'à voir avec quelle fréquence le matériel proposé aux activités des adultes handicapés mentaux, par exemple, est fait de cubes et de pâte à modeler, plutôt que d'outils ou d'ustensiles d'usage quotidien.

- En C.A.T. on se heurte, à propos des activités, à la difficulté inverse. Les moyens n'y sont pas toujours donnés d'introduire, à côté du travail productif, les activités de soutien, de détente ou de soins qui demeurent, selon les cas, nécessaires.

De plus, en ce qui concerne l'activité productive elle-même, il existe des paradoxes malaisés à résoudre. Atteindre une rentabilité d'ensemble suffisante sans renvoyer chez eux les plus handicapés qui ne sont pas rentables : cette exclusion dans l'exclusion est une solution de facilité bien tentante en période de crise économique.

L'autre paradoxe est d'avoir à donner, sans tricher, un statut de travailleur à l'adulte handicapé, différent du statut des personnels de l'institution, sans que de part et d'autre ne s'instaurent conflits, rivalité ou confusion.

Chacune de ces tâches à accomplir a son dynamisme qui a motivé et soutenu un choix professionnel. Néanmoins son accomplissement révèle petit à petit telle ou telle contradiction interne, inéluctable puisque l'aspiration ressentie par les personnels comme par les adultes handicapés à obtenir une autonomie maximum journalièrement contredite par la contrainte du handicap. Le fait est qu'une telle difficulté s'inscrit en outre :

- dans la durée indéfinie de l'âge adulte,
- dans la courbe du vieillissement,
- dans la rencontre obligatoire de plusieurs professions autour d'une même tâche,
- dans le renvoi à soi-même des difficultés vécues par l'autre.

Ceci explique que de telles actions ne peuvent être durablement assumées "à l'économie", en l'absence de soutiens.

II.2. LA MULTITUDE DES PROFESSIONS

Si on considère la multitude des professions susceptibles de s'engager auprès d'adultes handicapés, on ne peut qu'être frappés de la richesse de leur diversité. Bien que nous ayons vu en introduction de ce chapitre que de nombreuses professions concouraient à l'exercice d'une même tâche et que

diverses tâches sollicitaient une même profession, nous classerons arbitrairement ici chaque profession dans la fonction dominante qu'elle assume auprès d'adultes handicapés dans les institutions et les services.

De plus, à titre indicatif et pour rompre la monotonie de l'énumération des professions, nous avons classé dans une sous-rubrique :

. "**Intervention continue ou régulière**" : les professions dont les membres sont pratiquement toujours employés à plein temps dans une même institution et dont le temps de présence auprès d'une même personne handicapée a toute chance d'être important et journalier.

. Dans la rubrique "**Interventions ponctuelles**", nous avons rangé les professions dont les membres sont attachés plus souvent à temps partiel à un établissement ou service et dont l'intervention auprès de la personne handicapée est plus rare et plus brève.

2.2.1. Les professions facilitant les activités de la vie quotidienne

- ° en intervention continue ou régulière
 - les A.M.P.
 - les auxiliaires de vie et les autres intervenants à domicile
 - les professions de maintenance en institution
- ° en interventions ponctuelles
 - les ergothérapeutes
 - les conseillères en économie sociale et familiale

2.2.2. Les professions de soins

- ° en intervention continue
 - les infirmiers et aides soignants
 - les infirmiers psychiatriques

- ° en interventions ponctuelles
 - les professions médicales
 - les autres professions de soin
 - les psychologues
 - les kinésithérapeutes

2.2.3. Les professions facilitant l'activité

- ° en intervention continue
 - les éducateurs techniques spécialisés ou non
- ° en interventions ponctuelles
 - les moniteurs de formation professionnelle
 - les éducateurs scolaires
 - divers spécialistes du travail :
 - . conseillers d'orientation, conseillers du travail, psychologues du travail, ergonomes, ingénieurs, agents de commercialisation...
 - le médecin du travail
 - les prospecteurs placiers

2.2.4. Les professions d'accompagnement et de médiation sociale

- ° en intervention continue
 - les éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs
 - les animateurs
- ° en interventions ponctuelles
 - les assistants de service social
 - les professions nouvelles

Il ne saurait de toutes façons être question de se livrer ici à un inventaire de toutes les professions existantes dans les secteurs médicaux ou sociaux pour étudier leur aptitude ou leur préparation à l'intervention auprès d'adultes handicapés. Les imbrications de différentes fonctions nous conduiraient sans doute à trop de redites. Nous nous limiterons donc à

souligner, en regard des fonctions à assumer que nous venons de dégager, quelques problèmes spécifiques à certaines professions ou à certaines interventions. Cela devrait nous permettre de dégager les améliorations à apporter aux formations comme aux pratiques dans le sens de leur meilleure adaptation à l'intervention auprès d'adultes handicapés.

Mais une première observation générale s'impose en préalable. Presque toutes ces professions ont pour dénominateur commun d'avoir été créées en faveur d'enfants ou d'adolescents. Leur conception et leur formation sont donc fortement teintées par cet aspect ce qui produit un inévitable décalage entre la formation reçue et la pratique auprès d'adultes. L'annexe X à la convention collective de 1966 adopte une nouvelle terminologie unifiée pour les personnels pour adultes : moniteur d'atelier en ce qui concerne les activités de travail et, pour ce qui concerne le secteur d'hébergement le terme d'animateur a été reconnu pour désigner la fonction d'accompagnement des adultes handicapés. On peut éviter ainsi les connotations "enfance" qui marquent encore trop la fonction d'"éducateurs". Mais la terminologie n'est pas tout et un simple changement de dénomination ne suffirait pas pour adapter, ipso facto, les personnels au travail auprès d'adultes.

2.2.1. Les professions facilitant les activités de vie quotidienne des adultes handicapés

° en intervention régulière en institution

- les **aides médico-psychologiques** : la profession est de création officielle récente (1972). Elle est définie ainsi dans la convention collective de 1966 :

"Les A.M.P. secondent les éducateurs dans des tâches éducatives, corporelles et matérielles, en vue d'une assistance individualisée auprès de handicapés dont l'état psychique ou physique impose l'intervention d'un personnel nombreux (insuffisance mentale profonde, handicap moteur, infirmité motrice cérébrale, troubles associés importants)".

La formation est assurée uniquement en cours d'emploi et organisée conformément à l'arrêté du 4 septembre 1972. Sa durée est de deux années civiles. Elle est dispensée aux candidats non diplômés recrutés comme élèves aides soignants ou aides médico-psychologiques stagiaires par les établissements accueillant les catégories de handicaps déjà cités.

Les candidats doivent être âgés de 18 ans au moins à la date d'entrée dans le cycle de formation.

Aucun diplôme scolaire n'est exigé mais les candidats doivent posséder un niveau scolaire équivalent à celui de la 3ème pour pouvoir suivre la formation.

Les candidats doivent avoir satisfait à des épreuves d'aptitude dans le délai de trois mois à dater de leur recrutement. Cette aptitude est appréciée par l'équipe médico-psychopédagogique du centre de formation ou par une commission de sélection agréée. Il s'agit plus d'une aptitude à la formation que d'une aptitude à la fonction, ce qui n'est pas sans poser de problèmes. La formation s'étale sur 300 heures en deux années dont 210 heures de formation théorique. Elle débouche sur un certificat d'aptitude aux fonctions d'A.M.P. après des épreuves théoriques et pratiques.

La profession comporte environ 4.500 A.M.P. diplômés, dont les 3/4 sont des femmes. Environ 20 % des A.M.P. travaillent auprès d'adultes handicapés surtout dans les foyers. Auprès d'adultes handicapés moteurs, leur rôle se confond pratiquement avec celui des auxiliaires de vie, certains foyers ayant recours exclusivement à l'un ou à l'autre type de personnels, peut-être en fonction des possibilités de formation existant localement. L'originalité de cette formation réside dans une étroite coopération entre l'établissement où travaille l'A.M.P. et un centre de formation agréé.

Mais la formation ne résoud pas tous les problèmes spécifiques qui peuvent se poser : par exemple lorsqu'il s'agit de personnels jeunes, ce qui est fréquent, il arrive qu'ils aboutissent à de véritables impasses dans le "maternage" d'adultes beaucoup plus âgés qu'eux, d'autant plus que les A.M.P. sont considérés encore trop souvent comme "le degré zéro" de la profession éducative et qu'ils soient en tant que tels peu soutenus par les trop rares éducateurs spécialisés en poste auprès d'adultes. Les A.M.P. plus âgés ayant eux-mêmes l'expérience de parent sont en général beaucoup plus à l'aise à la fois dans les activités de vie quotidienne et dans les interactions avec les adultes handicapés et avec les équipes auxquelles leur expérience humaine peut servir de repère sécurisant.

- les auxiliaires de vie et les autres intervenants à domicile (travailleuses familiales et aides ménagères)

La définition de la fonction d'auxiliaire de vie ainsi que les modalités de sa formation font actuellement l'objet d'une concertation entre les représentants des personnes intéressées.

L'auxiliaire de vie intervient spécifiquement auprès de grands handicapés. Son rôle, tel que le définit la circulaire de mars 1982 est de les "aider par une action ponctuelle et répétée à accomplir les actes essentiels de la vie courante ce qui exclut théoriquement les actions de soutien et d'accompagnement à temps complet".

La formation des auxiliaires de vie : Il n'existe pas de formation spécifique préparatoire à l'exercice des fonctions d'auxiliaires de vie. La formation de ces personnes est généralement assurée après l'embauche "sur le tas", en cours d'emploi (à noter que lors de l'embauche aucun diplôme n'est exigé).

Cette formation n'a pas encore fait l'objet d'une réglementation. Toutefois la circulaire de mars 1982 recommande que "les personnes recrutées pour exercer les emplois d'auxiliaires de vie bénéficient d'une durée minimum de formation et de préparation. Cette formation pourra être généralement acquise au sein d'établissements accueillant des grands handicapés, au cours de stages pratiques complétés de sessions d'information et de synthèse".

Actuellement cette formation est, en principe, obligatoire et assurée par les associations qui recrutent les auxiliaires de vie. L'organisation de la formation doit figurer dans la convention passée lors de la création du service. De même, le rapport annuel sur le fonctionnement du service doit comporter la description précise des modalités d'organisation de la formation.

La durée de la formation théorique s'étale actuellement de 40 à 210 heures. Elle se fait en général par unités de formation et est souvent complétée par des stages et des visites d'établissements.

Un groupe de travail, réuni en 1982-1983 au Ministère de la Solidarité, recommande le rapprochement des professions intervenant à domicile : un tronc commun de formation s'adressant aux auxiliaires de vie, aides ménagères et travailleuses familiales, pendant un minimum de 400 heures, pourrait concourir à ce rapprochement. Il serait complété par une spécialisation secondaire à l'intervention auprès des mères de famille, des adultes handicapés ou des personnes âgées.

En attendant que ces propositions de déclassement des interventions à domicile passent dans la réglementation, professions et formations restent distinctes et chacune tient à son originalité même si la conscience de ce qu'elles pourraient avoir de commun progresse.

La grande majorité des auxiliaires de vie - dont le nombre n'a pu être connu avec précision, mais dont nous avons dit déjà qu'il est en pleine croissance - intervient à domicile auprès d'adultes handicapés moteurs. Une minorité est recrutée et formée pour travailler en foyers. Ces derniers bénéficient en général de formations plus approfondies. Les exemples exposés au groupe d'étude au sujet des auxiliaires de vie sont corroborés par une récente enquête réalisée par "Réadaptation" auprès de huit services. Les problèmes soulevés au sein de cette profession jeune appelée à se développer encore avec le maintien à domicile des personnes handicapées et des personnes âgées sont multiples :

- Il s'agit tout d'abord de préciser son champ et son type d'intervention. Proches des aides ménagères et travailleuses familiales, les auxiliaires de vie s'en distinguent néanmoins par le fait que l'intervention des aides ménagères se fait au long cours, sans guère de formation, et presque exclusivement auprès de personnes âgées, et qu'au contraire les travailleuses familiales interviennent brièvement auprès de familles en difficulté temporaire (mère malade ou en maternité), mais qu'elles bénéficient en général pour ce faire d'une solide formation (en huit mois dont quatre mois de stages diversifiés). Cependant le fait que des travailleuses familiales, des auxiliaires de vie et des aides ménagères soient de plus en plus souvent regroupées au sein de services polyvalents rend bien entendu la définition des tâches beaucoup moins tranchée dans la réalité, au bénéfice d'ailleurs de la souplesse du service rendu localement.

- Un autre domaine de l'action des auxiliaires de vie et des autres intervenants à domicile demande une réflexion approfondie. Il s'agit de l'engagement affectif inévitablement établi entre la personne handicapée et l'intervenant et qui peut être d'autant plus lourd à porter que les deux partenaires sont beaucoup plus isolés encore qu'en

institution et qu'ils ont en général tous deux tendance à dénier les affects mis en jeu dans les activités de vie quotidiennes. Les formations, la disponibilité, l'encadrement et les soutiens extérieurs peuvent concourir d'une part à dédramatiser ce non-dit, et d'autre part aider ces intervenants à comprendre et à coopérer avec l'environnement familial de l'adulte handicapé qui, dans bien des cas, ne peut ni ne doit à lui seul assurer toute la fonction de tierce personne.

- Mais plus encore que ces aides, s'impose une réflexion sur l'engagement des personnes dans ces professions. La plupart des responsables des services d'aide à domicile sont attentifs aux risques relationnels encourus par l'adulte handicapé comme par l'intervenant isolé et tentent d'éclairer les candidats sur leurs motivations et leurs possibilités d'assumer les contraintes personnelles qui découlent de ce type de travail afin qu'il soit choisi et assumé et non pas subi sur un mode passif ou défensif.

- Des contraintes matérielles multiples viennent d'ailleurs alourdir ces difficultés : efforts physiques excédant les possibilités des femmes déjà âgées qui s'engagent dans ces professions, faiblesse et retards de paiement des rémunérations (110 % du S.M.I.C), longueur des déplacements, contraintes d'horaires... Ces professions garantes du maintien à domicile sont en dépit de ces difficultés prises dans le dynamisme de cette forme nouvelle intégrée et solidaire d'action sociale ce qui laisse espérer que les pouvoirs publics, les promoteurs des services et les formateurs trouveront des solutions pour aplanir ces multiples difficultés.

- Les professions de maintenance en institution apportent aussi une facilitation à la vie quotidienne des adultes handicapés : cuisiniers, lingères, économes, femmes de

service... sont tout d'abord responsables de la qualité de la vie en institution. Même pour des adultes handicapés dépendants - et sans doute surtout pour eux - la qualité du repas, du linge, du cadre mobilier est signe de sécurité et moyen de revalorisation. Les défaillances graves souvent observées dans ce domaine amoindrissent le dynamisme et perturbent l'équilibre des résidents comme des personnels et contribuent à leur isolement social. De plus, on a très souvent remarqué au cours des travaux de groupes d'étude que ces professionnels pouvaient nouer des relations privilégiées sécurisantes avec certains des résidents parmi les plus démunis de contacts sociaux ou familiaux.

- ° En interventions ponctuelles deux professions concourent puissamment à la facilitation des activités de vie quotidienne.

- **Les ergothérapeutes** qui ne sont malheureusement pas habilités jusqu'à présent à intervenir individuellement à domicile jouent à cet égard un rôle prépondérant. Environ 2.000 ergothérapeutes exercent en France dans le cadre de cette profession relativement jeune règlementée depuis 1971, date à laquelle elle a été définie comme l'utilisation thérapeutique du travail. Très rapidement la pratique professionnelle s'est complétée par la recherche des moyens concrets permettant de redonner à la personne handicapée pouvoir sur soi-même et sur l'environnement dans les activités de vie quotidienne, professionnelles ou créatives.

La formation au diplôme d'Etat se fait en trois ans après le baccalauréat. Elle comporte neuf mois de stage et est actuellement en cours de révision pour faire plus de places aux techniques nouvelles susceptibles d'aider les personnes handicapées (aides informatisées et matériaux synthétiques pour petit appareillage par exemple).

Environ 1/3 des ergothérapeutes travaillent auprès d'adultes handicapés (surtout en centre de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle), 1/3 travaillent auprès des personnes âgées. Les besoins ne sont pas tous couverts.

Les objectifs de ces professionnels en général jeunes et dont les 9/10 sont des femmes, sont actuellement centrés sur l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées par l'aménagement concret de leur cadre de vie. Objectif majeur qui est contrecarré par l'impossibilité administrative d'intervenir directement à l'extérieur de l'institution pour aménager le foyer par exemple à la sortie du service hospitalier ou du centre de réadaptation fonctionnelle. L'identité professionnelle des ergothérapeutes est bien dessinée, bien assumée en dépit de l'évolution rapide de leurs objectifs. Ils sont donc, dans les équipes pluridisciplinaires, bien acceptés pour leur compétence clairement délimitée (une ébauche de rivalité avec les kinésithérapeutes s'est fait jour récemment en ce qui concerne le petit appareillage facilement préparé par les uns ou les autres grâce aux matériaux plastiques nouveaux). En milieu psychiatrique le rôle des ergothérapeutes se différencie suffisamment en principe de celui des infirmiers psychiatriques animant des ateliers thérapeutiques pour que chacun trouve sa place sans conflit.

Le seul problème est celui du petit nombre de professionnels formés chaque année en France (environ 200) qui ne suffit pas à répondre à la demande des établissements pour adultes pour lesquels cependant leur formation les prépare directement.

- Les conseillères en économie sociale et familiale

Cette profession pourrait théoriquement concourir à la facilitation de la vie quotidienne des adultes handicapés non pas tant par l'intermédiaire des équipes pluridisciplinaires d'établissements et de services spécialisés dans lesquels les conseillères en économie sociale et familiale ne sont guère représentées mais plutôt par l'intermédiaire des centres sociaux auxquels ils apportent un soutien technique d'enseignement et de conseil. Il s'agit là plutôt

d'une aide potentielle qui ne deviendra opératoire qu'à partir du moment où les adultes handicapés auraient libre accès à la communauté sociale de voisinage. C'est donc plutôt dans un esprit prospectif que nous faisons mention de cette profession sur laquelle il ne semble pas utile de s'étendre plus avant.

2.2.2 Les professions de soins

° En intervention continue :

- **Les infirmiers et les aides soignants** : La profession d'infirmier et d'infirmière (il y a environ 100.000 infirmiers diplômés d'Etat en France) créée, réglementée, reconnue de longue date, a été élargie dans son champ d'application par la loi du 21.V.78 aux actions de prévention et d'éducation de la santé, sans que soit créée pour autant une spécialisation "d'infirmière en rééducation", cependant si souhaitable auprès d'adultes handicapés.

Par contre la réforme intervenue en 1979 dans le programme de formation en portant la durée des études à 3 ans a permis d'ouvrir la formation théorique à des disciplines non médicales de sciences humaines aboutissant à une meilleure compréhension du handicap. L'élargissement de la pédagogie mise en oeuvre dans la plupart des écoles d'infirmières à des visites d'institutions et à des groupes de discussion sur les situations vécues en stage permet une prise de conscience des attitudes et des affects préparant mieux à la rencontre avec le malade et avec la personne handicapée. Les problèmes qui demeurent posés sont néanmoins importants :

- Le recrutement des infirmières, difficile en général, l'est plus encore en service hospitalier de rééducation où la tâche de l'infirmière est moins technique que dans les services hospitaliers traditionnels (soins moins fréquents à partir d'un certain moment, plus grande demande de prise en charge psychologique des patients, moindre rotation, etc...). Dans

les autres établissements (foyers...) où le recrutement des infirmières est plus difficile encore, leur intervention se pose souvent en termes de continuité ou de permanence auxquels elles ne sont guère préparées. Leur statut et leur isolement dans les équipes induisent des demandes qui vont bien au-delà du soin (conseils sanitaires en matière de sexualité, demande de relation affective de type maternel). Le temps "infirmier" dans les institutions est souvent beaucoup trop réduit ou trop morcellé pour apporter une réponse à ces demandes et oblige à se limiter à l'urgence.

D'autre part :

- la pratique libérale des infirmières concerne peu les adultes handicapés à domicile. Ceux-ci n'y sont soignés que par l'intermédiaire de "l'hospitalisation à domicile" succédant à un séjour hospitalier pour maladie intercurrente. L'équivalent des "services de soins infirmiers" pour personnes âgées n'existe guère, comme nous l'avons dit plus haut, pour les jeunes adultes handicapés désirant vivre à leur propre domicile en dépit d'un état somatique nécessitant des soins infirmiers journaliers (par exemple une aspiration bronchique). Il est vrai que, dans ces cas là, la nécessité de soins n'est pas la seule contrainte et que la réponse la plus appropriée est celle des foyers éclatés ("foyer soleil" de l'Association pour le Logement des Grands Infirmes (A.L.G.I.), par exemple) qui disposent des installations adaptées aussi bien que de toute la gamme des prestations nécessaires.

- Les aides soignants (dont le nombre égale celui des infirmières) ont en principe des fonctions totalement différentes : seule la pénurie d'infirmières amène parfois à les charger d'exécuter des soins techniquement difficiles.

Théoriquement, elles ne doivent travailler que sous la direction d'infirmières diplômées pour assurer les soins d'hygiène et de confort.

Dans la pratique, en milieu hospitalier de rééducation, cette tâche est complétée par du travail d'entretien des locaux. Inversement dans les institutions sociales (foyers) leur fonction d'accompagnement devient prépondérante et leur rôle est exactement superposable, ainsi qu'on l'a dit, à celui des A.M.P. ou des auxiliaires de vie. De plus, depuis 1978 leur recrutement a été autorisé en hôpital psychiatrique, ce qui risque d'aboutir à une certaine confusion des rôles, alors que la formation des aides soignants est beaucoup plus légère et radicalement différente de celle des infirmiers psychiatriques.

En effet, la formation (règlementée en 1982) est donnée en 12 mois (mi-stage, mi-formation théorique) et exige une instruction générale du niveau de la 3ème des collèges. Elle aboutit au certificat d'aptitude d'aide soignant.

Le nombre d'aides soignants travaillant auprès d'adultes handicapés n'a pu nous être précisé. La profession est là encore fortement féminisée et, comme nous l'avons vu, extrêmement polyvalente, voire indifférenciée.

- **Les infirmiers psychiatriques** : Cette profession apparaît comme beaucoup plus spécifique, dotée d'une forte identité et d'une formation longue, insérée dans la pratique.

Il n'en demeure pas moins que la profession reste porteuse des difficultés de la mutation du secteur psychiatrique.

La formation comporte trois années d'études en cours d'emploi. Elle n'est ouverte qu'aux stagiaires en poste dans l'établissement hospitalier qui assure lui-même tout ou partie de la formation, ce qui la dote d'une originalité là encore non exempte de conflits. L'examen d'entrée inclut des épreuves générales au niveau de fin d'études secondaires

ainsi que la vérification des aptitudes psychologiques à l'exercice de la profession. La formation comporte huit modules ; un examen de passage a lieu à la fin du premier. L'examen final est à la fois théorique et pratique, mais la formation est très, voire trop, pluridisciplinaire et fortement centrée sur les sciences humaines, ce qui l'éloigne de la pratique. De plus le diplôme d'infirmier psychiatrique n'est pas un diplôme d'Etat, et comme tel n'est pas reconnu dans la communauté européenne.

Comme pour l'ergothérapie, la profession offre le paradoxe d'une forte identité basée sur une formation longue et originale, contrebattue par une faible reconnaissance du diplôme. Il n'en reste pas moins que la spécificité du rôle de l'infirmier de secteur psychiatrique, déjà contenue dans le titre de son diplôme, est manifeste en plusieurs points :

- l'importance théoriquement accordée aux soins,
- la prise en compte globale de la personne présentant des troubles psychiques, à la fois dans ses dimensions somatique et psycho-affective,
- "l'usage" de la relation avec la personne souffrante, par le verbe mais aussi dans tout l'accompagnement du patient, spécialement du psychotique, dans les actes de la vie quotidienne, institutionnelle ou non-institutionnelle, dans les médiations relationnelles et dans l'ouverture sur la communauté.

Définir ainsi la profession d'infirmier psychiatrique, c'est définir l'orientation moderne du secteur psychiatrique dans son effort pour mettre un terme aux querelles corporatistes qui ont longtemps opposé les hiérarchies aux fonctions à accomplir. Il semble qu'on soit actuellement en train de venir à bout des clivages :

- à l'intérieur même de la profession, entre les infirmiers travaillant à l'hôpital et ceux du secteur,
- et dans les équipes psychiatriques, entre les différents corps professionnels,

° En interventions ponctuelles :

- **Les professions médicales**

Aux idées reçues qui amènent très habituellement à considérer les médecins comme formant un seul corps professionnel auquel on prête à la fois beaucoup de savoir et beaucoup de pouvoir, il faut, dans le domaine des adultes handicapés qui est celui du groupe d'étude, apporter de nombreux correctifs :

- Les médecins, dans leur ensemble, ne reçoivent au cours de leur longue formation "de base" pratiquement aucune information sur ce que sont et ce qu'attendent les personnes handicapées. Ils terminent donc ces études en sachant tout de la maladie, mais ignorant les contraintes qu'elle inscrit dans la vie relationnelle et sociale des malades. En ignorant également les aides que peuvent leur apporter les structures, leurs équipes, la législation... Cette carence laisse le médecin généraliste et les services hospitaliers non spécialisés d'autant plus démunis pour soigner les maladies intercurrentes des personnes handicapées qu'ils sont de surcroît profondément troublés par le caractère permanent, inguérissable de la déficience handicapante. Ces barrières invisibles entre les médecins et les personnes handicapées expliquent bien des ruptures et des insuffisances dans la protection de la santé de ces derniers, bien des malentendus entre les médecins et les adultes handicapés ou leur famille.

Ceci vaut surtout pour la médecine générale. Cependant de nombreux médecins coopèrent régulièrement et sous des formes diverses aux établissements et services pour les adultes handicapés : médecins généralistes attachés à un foyer, médecins de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, psychiatres privés ou de secteur, chirurgiens orthopédistes, phoniatres... Leur diversité même amène à parler des professions médicales plutôt que d'un corps unique. Il faut reconnaître cependant qu'il leur reste en commun beaucoup de choses :

- D'avoir, pour travailler auprès de personnes handicapées, fait un choix qui les distingue quelque peu de leurs pairs et leur vaut souvent des questions soupçonneuses sur leur motivation.

- D'avoir fait l'effort de sortir de l'ignorance soit par une formation spécialisée complète (certificat d'études spécialisées de psychiatrie, de réadaptation...), soit "sur le tas" en rassemblant transversalement les connaissances pluridisciplinaires nécessaires à une action auprès des personnes handicapées.

- D'avoir assoupli l'exercice duel de la médecine, le colloque singulier médecin-malade protégé par une déontologie traditionnelle, pour s'aventurer dans un travail de groupe - d'équipe dans le meilleur des cas - auquel l'adaptation ne se fait pas sans peine. La formation et le statut social du médecin l'y investissent souvent d'une fonction de synthèse tout à fait intéressante, mais toujours aussi d'un pouvoir excédant la nécessité de la fonction et trop souvent conflictuel. Il lui faut donc apprendre à respecter le rôle spécifique de chacun, comme à renoncer au prestige du "secret médical" pour synthétiser puis redonner l'information utile à la personne handicapée, à sa famille,

et à l'équipe à propos d'une action qui déborde souvent le soin proprement dit : orientation professionnelle, relogement, attribution d'une aide financière...

La distribution des rôles au sein des professions médicales n'est pas non plus toujours aisée :

- Le **médecin généraliste**, par définition, n'aura pas à traiter la déficience en tant que telle. Il s'agit plutôt d'une prise en charge de la santé générale de la personne handicapée qui devrait être complémentaire de la prise en charge spécialisée qui s'opère dans les institutions. Il semble que dans ce domaine les rôles ne soient pas clairement distingués entre les spécialistes et les généralistes. Il arrive que des généralistes agissent en spécialistes, de même que les spécialistes interviennent dans des situations relevant de médecine générale. Il serait donc souhaitable de parvenir à une meilleure répartition des rôles, le spécialiste devant prendre en charge tout ce qui a trait au handicap lui-même et le généraliste se chargeant des problèmes généraux de santé avec coopération, articulation et information réciproque.

La prise en charge des problèmes généraux de santé dépend apparemment à la fois du type de handicap et du type d'institution. Ainsi par exemple elle posera moins de problèmes dans des établissements pour handicapés moteurs qui bénéficient souvent d'un plateau technique important et chez lesquels la demande de soins peut s'exprimer quelquefois plus facilement que dans les établissements pour handicapés mentaux profonds où elle n'est pas ou peu envisagée par l'encadrement technique, jusqu'à se trouver parfois gravement négligée.

La nature de l'institution influence elle-même beaucoup la réponse apportée à la demande de soins. Il y a quelquefois sur ce point un difficile équilibre à trouver entre l'hypermédicalisation et l'abandonnisme. Hors institution si l'adulte handicapé demeure dans sa famille, il y a quelques risques d'hypermédicalisation, la famille considérant le handicapé comme un malade. A l'inverse, certaines

institutions se laissent entraîner à un abandon complet du handicapé sur le plan de la prise en charge de sa santé générale et de la prévention du surhandicap du vieillissement. C'est le cas des structures qui se veulent en rupture avec les structures de "soins" et les refusent donc systématiquement excluant tout personnel soignant, ce qui peut être aussi dangereux à long terme que l'attitude opposée, d'autant plus que l'adulte lui-même, surtout s'il est handicapé mental peut ne rien réclamer.

Ceci entraîne souvent une intervention trop tardive : l'exemple caricatural est celui des soins dentaires pour les handicapés mentaux profonds ; le désintérêt pour leur hygiène dentaire tant de la part des personnels des établissements que des dentistes entraîne des interventions in extremis et la plupart du temps excessivement mutilantes. Lorsque la demande de soins ne peut pas s'exprimer directement, il est indispensable qu'elle le soit par un médiateur qui fera le lien entre le malade et le soignant. Ce peut être la famille, mais aussi les médecins généralistes qui devraient jouer ici un rôle prépondérant dans la formation et la sensibilisation des personnels à ces problèmes de santé générale des personnes handicapées, puisque c'est à ces personnels que revient le plus souvent ce rôle de médiation qui ne peut être assumé que par une présence et observation attentives et permanentes.

- **Les médecins spécialistes** ont en principe été plus accoutumés à l'approche du handicap dans leur formation complémentaire et dans leurs pratiques :

- **Le médecin de réadaptation fonctionnelle :**

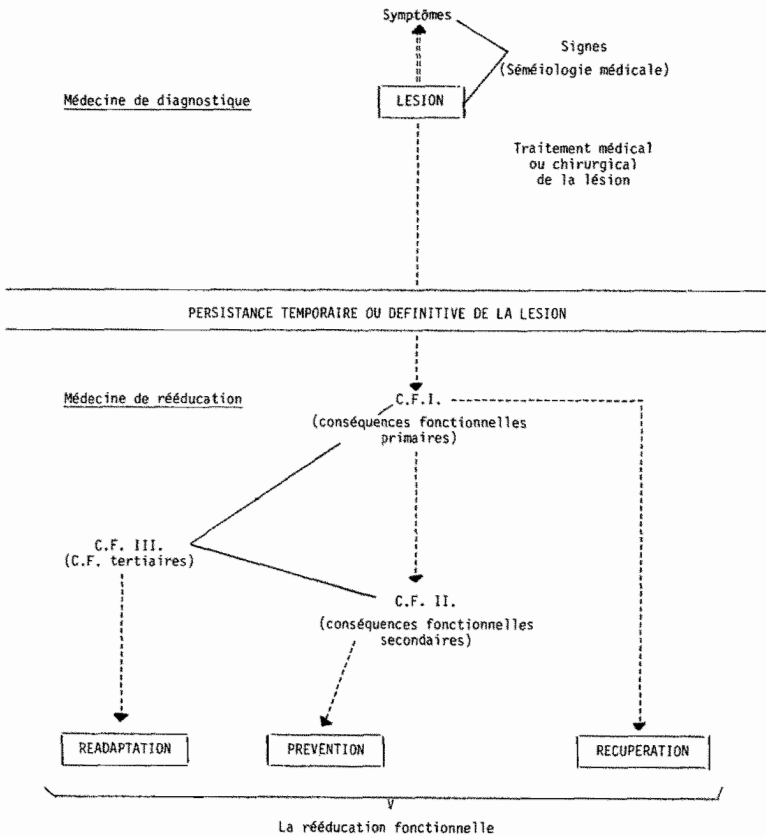
° La médecine de rééducation a beaucoup évolué. Il ne peut plus s'agir pour elle de se contenter de l'application d'une somme de techniques mais elle va maintenant bien au-delà du traitement de la lésion et de ses conséquences fonctionnelles. Il s'agit aussi de prévenir les conséquences secondaires, voire tertiaires, de cette lésion pour appréhender l'économie générale du patient et sa

réadaptation professionnelle et sociale. La très jeune spécialisation de la médecine physique et de rééducation prépare à ces objectifs. Mais les spécialistes en sont encore trop peu nombreux.

De ce fait le séjour dans le service de rééducation fonctionnelle ne devrait pas être un passage isolé dans la vie du sujet. La suite, à la sortie du service, en est une préoccupation majeure souvent mal assumée faute de liaison avec l'extérieur. Une meilleure distribution des services de rééducation et peut-être une implantation des centres de rééducation dans les hôpitaux régionaux permettrait déjà d'éviter les coupures géographiques.

Il reste, dans le domaine particulier des handicapés adultes, quelques problèmes spécifiques face à cette spécialité de rééducation fonctionnelle. Notamment les handicapés congénitaux refusent souvent la rééducation ou expriment vis à vis d'elle une grande lassitude ("à quoi ça sert, pour si peu de résultats"). Il s'agirait alors d'inventer d'autres modalités d'exercices corporels pour recréer une stimulation et une motivation (par exemple compétitions sportives, piscine, équitation...). De plus, l'inscription de ces pratiques sportives dans une démarche beaucoup plus globale ayant un but bien précis, pourrait certainement favoriser l'acceptation de leur poursuite, peu persévérante, nécessaire pour limiter les régressions du vieillissement.

UN SCHEMA PERMETTRA PEUT-ETRE DE SITUER LE ROLE DE LA MEDECINE
DE READAPTATION FONCTIONNELLE



En rééducation la lésion existe toujours même si elle est temporaire :

Les C.F.I. sont celles directement en rapport avec l'établissement de la lésion (ex. lésion : section d'un nerf, C.F.I. : paralysie des muscles).

Les C.F.II. sont celles qui sont consécutives au C.F.I. (paralysie des muscles == C.F.II : raideur des articulations commandées par ces muscles).

Les C.F.III. sont tout le retentissement sur l'économie physique et mentale des 2 points précédents (ex. ne plus pouvoir écrire).

Ce modèle n'a pas un intérêt d'abord théorique mais c'est surtout un modèle pratique qui permet d'analyser d'emblée les problèmes posés et de créer un langage commun autour d'un patient. Sinon le "découpage" du patient est immédiatement fait (non pas en fonction des besoins mais des techniciens : infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste...) tant le découpage institutionnel est prenant. (C'est le découpage de l'espace, du temps, des professions).

- Le médecin psychiatre :

Le champ d'intervention du psychiatre dans les établissements sociaux a, lui aussi, évolué. Il intervient moins auprès des clients de l'institution qu'auprès de son équipe, ce qui n'est pas toujours facile à assumer. Là encore les choses ne sont pas très claires et les rôles pas précisément distingués. Le poids des dogmes et l'histoire des institutions font que le psychiatre apparaît parfois, encore plus que les autres médecins spécialistes, comme un potentat. La clarification de ses attributions passe par une double démarche. D'abord par la précision de son champ d'intervention auprès des clients ou auprès de l'équipe - ou les deux. Il semblerait que si "le psychiatre des clients" peut favoriser l'accès à l'analyse institutionnelle de l'équipe, il n'est pas souhaitable qu'il y procède lui-même, ce qui provoque inévitablement une confusion des rôles. Les possibilités financières de l'établissement devraient permettre de faire appel à un analyste extérieur. Il reste sans doute encore beaucoup de chemin à faire pour parvenir à de telles solutions, d'abord pour conduire les équipes à souhaiter et à supporter cette analyse institutionnelle, ensuite pour convaincre les pouvoirs publics de son caractère indispensable si l'on veut maintenir le dynamisme du personnel. Le risque d'usure commence à peine à être perçu en France alors qu'il est déjà bien étudié aux U.S.A. On ressent pourtant déjà que sans un soutien ou une aide extérieure, les personnels, particulièrement ceux

qui interviennent auprès des cas les plus lourds, ne peuvent assumer une certaine durée dans la prise en charge sans se rigidifier ou se détruire.

A côté de cette action de santé mentale institutionnelle, le médecin psychiatre a un rôle spécifique d'animateur à jouer pour favoriser l'interpénétration :

- entre l'hospitalisation et le secteur,
- entre la psychiatrie publique et l'environnement : la population, les équipements locaux, les établissements, les familles.

Lorsqu'on songe au poids de ces actions de désenclavement de la psychiatrie et des "psychiatrisés" qui se traduisent en temps de formation, de réflexion, de rencontres, voire de recherches, on ne peut que partager l'inquiétude ressentie par les médecins psychiatres, trop peu nombreux dans le secteur public, devant la portion congrue dévolue aux soins des malades eux-mêmes.

Dans les établissements privés (foyer, C.A.T., centres de réadaptation) si la même difficulté existe pour équilibrer les tâches de soin avec celles d'animation et de soutien des équipes ou des familles, c'est plutôt en raison de l'exiguité du temps de présence dévolue aux psychiatres.

- Les autres professions de soin intervenant ponctuellement :

La composition des équipes "paramédicales" intervenant dans les soins discontinus auprès des adultes handicapés est éminemment variable en fonction du handicap (bien entendu le rôle du kinésithérapeute est prépondérant pour les handicapés moteurs) mais aussi en relation avec l'importance de l'établissement. Les grands services hospitaliers, les C.A.T. ou les foyers aux effectifs dépassant la centaine, finissent par s'attacher une constellation importante de spécialistes comprenant selon les besoins des orthophonistes, des psychomotriciens, des prothésistes.. et bien entendu des ergothérapeutes qu'on peut considérer tout autant comme des soignants que comme des facilitateurs de la vie quotidienne. La multiplication continue de ces spécialistes,

l'alourdissement des prix de journée, mais surtout l'esprit d'ouverture et de souplesse croissant dans les institutions comme dans les réglementations, amènent à souhaiter que leur lien avec les institutions soit plus fonctionnel qu'organique : des "prestations de services" de la part de spécialistes du service public dans les petites institutions (telles que les M.A.S. par exemple) auprès desquelles ils agiraient en tant que "banque de ressources" techniques, sont de plus en plus souvent envisagées sinon encore réalisées.

Devant l'impossibilité de décrire ici toutes les professions "paramédicales" citées, nous nous bornerons à situer deux de celles qui interviennent le plus fréquemment auprès des adultes handicapés.

- Les psychologues

La place des psychologues a été particulièrement abordée par le groupe d'étude dans sa relation avec celle des psychiatres. Leurs actions d'aide, tant auprès des clients qu'auprès des personnels sont en effet très proches l'une de l'autre. Leurs interventions de soutien auprès des équipes sont assez similaires et semblent pouvoir être exercées indifféremment par l'un ou par l'autre des praticiens ; par contre, elles se différencient beaucoup plus auprès des clients. Il est des cas où la formation médicale du psychiatre est indispensable dans l'approche de la maladie mentale. Il est des types de déficiences ou d'institutions où l'apport du psychologue est plus souhaitable et insuffisant à l'heure actuelle (par exemple dans les foyers de vie, les centres de rééducation, les ateliers, les C.A.T., etc...). En outre, il semble que l'apport des psychologues soit utile aux autres spécialistes même s'il n'est pas encore assez reconnu ni souhaité actuellement.

Tous les psychologues travaillant auprès d'adultes handicapés ont reçu une formation clinique approfondie mais il est impossible à notre avis de donner à l'heure actuelle une indication quantitative et qualitative précise sur la démographie de la profession dans son engagement auprès d'adultes handicapés. Sans doute est-elle moins féminisée que d'autres. Sans doute aussi la formation des psychologues travaillant auprès d'adultes est-elle acquise assez souvent après une qualification de base différente. Il peut s'agir d'éducateurs spécialisés, de psychomotriciens, qui sont devenus aussi des psychologues. Si cette

impression se confirmait, cela favoriserait la présence auprès d'adultes handicapés de psychologues plus âgés, plus expérimentés techniquement et surtout humainement, et donc mieux aptes à apporter durablement un soutien, sinon une thérapie, adapté aux personnes handicapées et aux équipes. La place du psychologue clinicien tant à l'hôpital psychiatrique que dans les centres de réadaptation et les foyers, semble en effet être particulièrement difficile à définir et à tenir.

En tant que psychotechnicien, il a affaire à peu de demandes de tests d'aptitudes ou de tests projectifs, et a d'ailleurs en général de moins en moins envie de se cantonner à cette fonction.

En tant que psychothérapeute susceptible d'apporter une aide individuelle ou collective aux adultes handicapés ou au personnel, il se trouve confronté d'une part à un besoin plus souvent qu'à une demande, et d'autre part au risque de conflits dans le partage des tâches avec les médecins psychiatres ou avec d'autres membres des équipes qui s'investissent à tort ou à raison de la même fonction.

- Les kinésithérapeutes

La masso-kinésithérapie est une profession ancienne (1946) à forte démographie et dont l'identité est très spécifique.

Le diplôme d'Etat est préparé en trois ans à partir du baccalauréat dans les écoles publiques ou privées soumises à un quota d'inscription depuis 1981. La profession est en effet pléthorique depuis quelques années, bien qu'elle autorise une pratique libérale florissante et une pratique salariée beaucoup plus restrictive, et donc généralement moins attractive.

Bien que tous les kinésithérapeutes soient par définition formés pour travailler auprès d'adultes déficients moteurs, seuls travaillent dans les institutions pour enfants (auprès d'infirmes moteurs cérébraux surtout) ceux qui se sentent prêts à s'engager profondément dans la durée, dans une action à visée aussi pédagogique et relationnelle que rééducative et dans un travail en équipe. Ceux-là s'y préparent en suivant volontairement une formation complémentaire relative à l'infirmité motrice cérébrale durant un an. Une toute petite fraction de cette cohorte peu nombreuse s'engagera auprès d'adultes infirmes

moteurs cérébraux. C'est dire que les foyers pour adultes infirmes moteurs cérébraux en province et même en région parisienne sont pratiquement toujours dépourvus de kinésithérapeutes spécialisés. Dans les centres de réadaptation fonctionnelle et dans les services hospitaliers de rééducation, la situation est loin d'être aussi difficile sans être pour autant aussi aisée et stable que la pléthore de la profession pourrait le faire croire. Le conflit qui oppose souvent les médecins de rééducation et les kinésithérapeutes désireux d'affirmer une plus entière autonomie est sans doute pour quelque chose dans ces difficultés de recrutement. On peut espérer que dans l'avenir cette situation de crise se dénouera grâce en particulier au développement de la formation continue interdisciplinaire qui peut rapprocher les membres d'une même équipe autour d'un même savoir, pour le plus grand bénéfice des adultes handicapés : cela leur faciliterait l'acceptation de poursuivre les fastidieuses mais nécessaires kinésithérapies.

2.2.3 Les professions facilitant l'activité

° En intervention continue

- **Les éducateurs techniques spécialisés ou non** : Cette profession sociale, relativement jeune (elle a été réglementée en 1976) est sans jeu de mot la "cheville ouvrière" de l'activité professionnelle des adultes handicapés en C.A.T.

L'originalité de ce corps professionnel, quantitativement restreint (environ 5.000 éducateurs techniques spécialisés formés sont en poste en 1982 dont la moitié oeuvre auprès d'adultes), repose sur la double fonction et sur la double qualification de ces personnels. La fonction est double puisque c'est pratiquement sur les seuls éducateurs techniques spécialisés que repose d'une part la formation professionnelle des adolescents et surtout des adultes handicapés et que, d'autre part, c'est aussi eux qui rendent possible leur activité professionnelle en C.A.T. par l'adaptation permanente des postes et du rythme du travail.

Leur qualification est double également puisque l'éducateur technique doit avoir une qualification et une expérience professionnelle de base de 3 à 5 ans (C.A.P. et pratique d'ajusteur, de menuisier..., par exemple) avant de pouvoir suivre la préparation du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Educateur Technique Spécialisé (C.A.F.E.T.S.).

Le C.A.F.E.T.S. se prépare exclusivement en cours d'emploi. La formation s'étend sur 3 ans - en 1030 heures de formation concernant 6 axes :

- *Formation personnelle et développement des capacités d'expression*
- *Etude des institutions politiques et administratives*
- *Etude des inadaptations*
- *Etude des moyens et méthodes utilisés dans l'action éducative spécialisée*
- *Action psychopédagogique de l'éducateur technique spécialisé*

L'examen final est très axé sur la pratique : étude de cas, monographie sur l'expérience professionnelle, entretien, appréciation du travail du candidat dans son établissement de rattachement ; ces modes d'appréciation étant cohérents avec la fonction même de l'éducateur technique.

Cette formation au C.A.F.E.T.S. est dispensée pratiquement toujours par les écoles d'éducateurs. Son enracinement dans le concret, l'origine professionnelle et l'expérience humaine des élèves en général plus âgés que la moyenne, ont apporté aux écoles un renouveau pédagogique et social appréciable.

Malheureusement tous les éducateurs techniques en poste n'ont pas encore bénéficié de la formation (20 % d'entre eux ne sont pas diplômés).

L'éducateur technique se trouve aussi capable de contribuer à l'évolution nouvelle du C.A.T. vers un meilleur équilibre entre sa fonction productive basée sur l'intérêt valorisant du travail pour l'adulte handicapé et sa fonction de soutien et d'autonomisation. Car l'éducateur technique a acquis dans sa formation de base une compétence professionnelle qui lui permet de faire travailler les adultes dans de bonnes conditions d'efficacité et de rendement, sans pour autant les exploiter, la seconde corde à son arc étant la formation pédagogique qu'il acquiert ensuite par le C.A.F.E.T.S. : il sait qu'il s'adresse à des personnes qu'il fait travailler mais qu'il respecte et dont il va aussi promouvoir le développement, l'efficacité et l'autonomie. Sa formation semble donc bien adaptée à condition qu'elle ne fasse pas écran à la dimension adulte du compagnonnage de travail avec laquelle l'éducateur technique aborde en général le C.A.F.E.T.S.

L'éducateur technique, titulaire du C.A.F.E.T.S., apparaît donc comme mieux adapté à répondre aux besoins des adultes handicapés que le moniteur d'atelier préparé rapidement par l'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (A.F.P.A.) (3 années de formation pour l'un, 16 semaines pour l'autre) qui ne peut certainement pas couvrir tous les aspects du travail de l'éducateur technique auprès des adultes.

L'éducateur technique est aussi, par rapport aux éducateurs spécialisés, porteur d'une image sociale différente, plus mature, détenteur d'un métier et d'un savoir-faire perceptible dans le concret et d'un statut de travailleur qui entraîne de fait une meilleure reconnaissance. Les deux types d'intervention sont certainement différents et celle des éducateurs techniques peut sembler plus facile du fait, justement, de la matérialité du travail à partager. Sans doute les éducateurs spécialisés peuvent-ils regagner à leur contact une partie du savoir-faire vers lequel il serait souhaitable qu'ils reviennent.

° En intervention ponctuelle :

- **Les moniteurs de formation professionnelle** : Les moniteurs de formation professionnelle de centres pour handicapés sont formés par l'A.F.P.A. en 12 semaines complétées après une expérience de 6 à 8 mois par une reprise de formation pendant 4 semaines. Leur formation est maintenant commune avec celle des moniteurs A.F.P.A. qui se destinent aux sections de formation professionnelle A.F.P.A. Ils ont en principe une action plus ponctuelle que les éducateurs techniques spécialisés, car ils interviennent dans les centres de réadaptation et de réentraînement au travail principalement pour l'orientation des adultes handicapés en fonction des aptitudes constatées en situation réelle de travail en atelier : ils jouent également un rôle dans leur mise à niveau et leur formation professionnelle. Ils n'interviennent que rarement en atelier protégé et en C.A.T.

- **Les éducateurs scolaires** : 650 enseignants et éducateurs scolaires, soit 10 % environ de ce corps professionnel, travaillent auprès d'adultes, surtout dans les centres de réadaptation professionnelle où une remise à niveau s'avère indispensable pour la reconversion professionnelle des adultes devenus handicapés. Or, dans bien des foyers et même en C.A.T., la présence, ne serait-ce qu'à temps partiel, d'enseignants ou d'éducateurs scolaires, est souhaitable et souhaitée pour entretenir les notions de culture générale, acquises à grand frais dans l'enfance et qui ont une tendance naturelle à s'évanouir rapidement. Laissés à eux-mêmes, trop de jeunes adultes handicapés finissent par redevenir illettrés et à ne plus maîtriser le plus simple maniement de l'argent, ce qui contribue, qu'on le veuille ou non, à leur enfermement.

Au contraire, là où éducateurs scolaires ou enseignants ont été présents pour maintenir une activité intellectuelle et culturelle dans des modalités acceptables par des adultes, on est surpris de voir combien ceci est apprécié par les personnes handicapées, et comment certains d'entre eux qui n'avaient que

peu profité de leur scolarité dans l'enfance, sont capables d'acquérir tardivement à l'âge adulte des capacités de lecture et de calcul simples et pratiques, quand ils en ont compris la valeur intégrative et sociale.

- **Divers spécialistes du travail** : De nombreuses professions concourent de manière ponctuelle à faciliter pour les adultes handicapés :

- . le choix et la préparation professionnels ;
- . l'accès à un lieu de travail ordinaire ou protégé ;
- . l'adaptation à l'activité et la rentabilisation de la production.

Conseillers d'orientation, conseillers du travail, psychologues du travail, ergonomes, ingénieurs, agents de commercialisation... interviennent à un ou plusieurs de ces niveaux. Ces professions ont en commun de ne pas comporter de formation spécifique au départ préparant à l'intervention auprès de personnes handicapées (à l'exception sans doute des conseillers d'orientation qui bénéficient au cours de leurs deux années de formation - venant en complément d'un cursus de base - d'une semaine de sensibilisation aux difficultés spécifiques des enfants et des adultes handicapés).

Au sein de ces corps professionnels, diversifiés et cloisonnés, peu nombreux sont ceux qui se dirigent, en général au hasard de leur carrière, vers ce domaine. La plupart de ceux-là se sont formés alors secondairement, souvent de manière empirique, "sur le tas". Depuis quelques années le Laboratoire Brigitte FRYBOURG du C.N.A.M. et des Associations comme L.A.D.A.P.T. (Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail) organisent à leur intention des formations complémentaires à travers des rencontres pluridisciplinaires. Ces spécialistes sont relativement nombreux dans les centres de réadaptation et de préparation professionnelle.

C'est ainsi, par exemple, que cinq **conseillers du travail** sont attachés au Centre de Réadaptation de Gondreville qui fait partie du vaste complexe de réadaptation géré par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Est. Ils y organisent les ateliers de réentraînement au travail et les relations avec les entreprises en vue de la réinsertion professionnelle.

- **Les psychologues du travail**, autre exemple, sont formés par le C.N.A.M. : soit en formation continue sur plusieurs années, à partir d'un niveau de baccalauréat par un cursus totalement différent de celui de la psychologie clinique, l'axe de formation étant "le travailleur", soit en recevant de l'A.F.P.A. une formation complémentaire brève (3 mois) à partir de la maîtrise de psychologie clinique.

530 psychologues du travail (autrefois désignés sous le terme plus vague de psychotechniciens) sont en poste à l'A.F.P.A. auprès de jeunes valides ou d'adultes handicapés. Pour ces derniers ils interviennent dans les processus de préorientation, d'orientation et de rééducation professionnelle en réalisant une évaluation psychotechnique des aptitudes et des motivations des travailleurs handicapés. En principe un ou plusieurs psychologues du travail sont présents, dans les équipes techniques des C.O.T.O.R.E.P. ainsi que dans les centres de rééducation professionnelle où ils assurent un suivi psychopédagogique des stagiaires handicapés.

Mais ces spécialistes : ergonomes, conseillers d'orientation, conseillers du travail, psychologues du travail... sont pratiquement absents et même ignorés dans les ateliers et dans les C.A.T. De plus, ils devraient jouer un rôle fondamental dans les centres de préorientation si ceux-ci sont amenés à se développer.

Dans trop de ces établissements, les fonctions d'accès et d'adaptation au travail sont assurées par le Directeur, alors surchargé et tiraillé entre les impératifs opposés de rentabilité et de souplesse, qu'il serait trop facile de réconcilier en excluant les travailleurs les plus handicapés.

Les mêmes spécialistes du travail auraient à jouer évidemment un rôle décisif dans les entreprises ordinaires pour adapter les postes de travail ou l'organisation d'une équipe d'atelier, à l'activité d'un travailleur handicapé. Leur rareté et leur méconnaissance explique peut-être en partie le taux faible de réinsertion professionnelle en milieu ordinaire.

- **Le médecin du travail**, attaché à l'entreprise, peut jouer un rôle facilitateur et sécurisant : s'il est informé de la spécificité des problèmes posés par la déficience, il peut s'opposer à une approche globalisante expéditive du handicap qui annulerait l'ensemble des capacités du travailleur au nom d'une déficience particulière, sectorielle. En attendant que la formation en médecine du travail soit adéquate, des organismes tels que le G.I.R.P.E.H. soutiennent l'effort des médecins du travail qui refusent d'être le paravent derrière lequel l'entreprise s'abrite pour refuser le risque, la responsabilité... et le travailleur handicapé.

- **Les prospecteurs placiers pour les travailleurs handicapés (P.P.T.H.)**

Les P.P.T.H. jouent un rôle irremplaçable de lien entre l'adulte handicapé et les lieux d'embauche en milieu ordinaire. Malheureusement ces agents de l'A.N.P.E., volontaires pour l'action spécialisée sont très peu nombreux (1 par département, auprès de la C.O.T.O.R.E.P., et 1 dans chaque E.P.S.R. publique) depuis que l'A.N.P.E. a préféré, dans un esprit de déségrégation, ne pas développer le nombre de P.P.T.H. dans ses agences, pour intéresser l'ensemble des personnels aux adultes

handicapés demandeurs d'emploi. Pour soutenir le développement de l'insertion professionnelle des adultes handicapés, l'A.N.P.E. a mis en place une double formation :

- un stage d'une semaine de sensibilisation, d'information destinée à tous les membres de l'A.N.P.E. concernés à un titre ou à un autre par le reclassement socioprofessionnel des personnes handicapées.

- un stage d'une semaine (exclusivement pour les P.P.T.H. en activité dans les E.P.S.R. et délégués auprès des C.O.T.O.R.E.P. centré sur les circuits de la réadaptation professionnelle et sur l'insertion dans les entreprises ordinaires (aménagement de postes de travail...) L'organisation de ces formations se fait au niveau national, leur déroulement est régional, à la demande.

Certains prospecteurs placiers, issus de l'A.N.P.E., deviennent des agents placiers attachés aux centres de réadaptation professionnelle. Mais plus souvent dans ces centres la fonction de "placement" professionnel revient à des agents peu préparés pour ce faire : assistants de service social, voire médecins de réadaptation...

Qu'ils interviennent dans la continuité ou ponctuellement, l'ensemble des professions facilitant l'accès au travail pour les adultes handicapés tiennent une place à part. Elles ont à assumer un rôle clef dans leur insertion sociale. La réussite de cette action dépend en grande partie de leur cohérence interne (savoir concilier une formation technique générale avec un rôle action sociale spécialisée) et de leur propre intégration au monde du travail auquel ils appartiennent. Connaître dans le détail les entreprises, leurs possibilités d'ouverture, l'expérience réussie de tel ou tel chef d'atelier,

la position de tel comité d'entreprise, les marchés de sous-traitance proposés à tel endroit... savoir parler le même langage que les travailleurs ordinaires, sont des outils de l'intégration professionnelle qui ne s'acquièrent pas tant en formation que dans le monde du travail.

2.2.4 Les professions d'accompagnement et de médiation sociale

° En intervention continue :

- **Les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs** : Ils sont relativement peu nombreux à s'engager auprès des adultes handicapés. Par exemple, l'étude de l'A.G.F.I. SSS précise qu'en 1982 :

- . environ 3.500 éducateurs spécialisés travaillent auprès d'adultes, soit environ 10 % des effectifs, mais les 2/3 ne sont pas diplômés ;
- . environ 1.000 moniteurs éducateurs sont en poste auprès d'adultes, soit 10 % des effectifs, alors que l'ensemble des personnels pour adultes représente 15 % des personnels éducatifs en activité. Il y a donc auprès des adultes handicapés moins de personnel éducatif qualifié qu'auprès des enfants - 55 % d'entre eux sont des femmes.

Les éducateurs sont néanmoins considérés comme les personnels privilégiés de l'accompagnement même si, comme on a déjà eu l'occasion de le dire, beaucoup d'autres professionnels participent à cette fonction. On attend d'eux, en effet, qu'ils sachent partager les moments de la vie quotidienne de l'adulte handicapé, l'accompagner, l'écouter, le comprendre. Car ce sont eux qui définissent leur propre action comme un "vivre avec". Toute la difficulté, au sein d'une profession déjà ancienne et encore en quête d'identité, sera de situer ce partage de vie dans les termes qui conviennent à des adultes et non plus à des enfants grands.

Leur action visera alors à continuer de développer chez les adultes handicapés leurs capacités à se situer de façon active et autonome par rapport aux difficultés de tous ordres auxquelles ils sont confrontés ; sans chercher d'une manière acharnée à obtenir des résultats, elles reposent en grande partie sur la présence, l'écoute et la qualité de la relation. Il s'agit alors d'un véritable "travail relationnel" d'adulte à adulte, permettant de comprendre les problèmes de l'adulte handicapé dans les termes où ils se posent dans une existence singulière et de l'aider à évoluer personnellement dans le sens de sa meilleure adaptation sociale. Une telle définition donne à leur travail un sens thérapeutique.

Si la pratique de la relation d'aide a ses techniques, il n'en existe pas pour autant de méthode infaillible permettant une communication totale et il existe de ce fait un degré de singularité propre à chaque rencontre qui se situe dans cette mouvance et ce perpétuel effort d'ajustement réciproque.

Une vigilance constante est demandée à l'éducateur pour que ne se réinstaure pas insidieusement dans la rencontre les attitudes de protection, de captation, de paternalisme auxquelles la dépendance de l'autre l'incite en permanence. C'est pourquoi formation initiale, formation continue et soutiens sont justifiés pour maintenir la juste distance d'une relation vivante d'adulte à adulte.

FORMATION

Les formations, réglementées en 1972 et 1973, comportent à partir du niveau du baccalauréat et d'une sélection d'aptitude personnelle à l'exercice de la profession :

- . une formation en voie directe en 3 ans.
- . une formation en cours d'emploi en 4 ans. Des dispenses d'un an sont possibles, constituant des passerelles avec d'autres formations psychologiques ou sociales.

L'une comme l'autre comporte trois volets : théorique, technique et pratique (en stages) dont les épreuves finales au diplôme d'Etat tiennent inégalement compte - à travers un écrit théorique, des entretiens et un mémoire.

- . la formation au Certificat d'Aptitude de moniteur-éducateur se fait en voie directe ou en cours d'emploi à partir d'un niveau de 3ème et après sélection. Elle s'étend sur une période de 2 ans et est sanctionnée par une épreuve écrite d'étude de cas et des entretiens.

Actuellement, toutes ces formations sont le lieu de réflexions, de réajustements, voire de réformes liées en grande partie à la crise d'identité des professions éducatives et plus largement des professions de travail social.

Le groupe d'étude a perçu longuement les échos des interrogations que les professionnels et les formateurs portent sur leurs objectifs, leurs outils théoriques et l'utilisation de leurs moyens d'action. Ici il importe de rappeler deux aspects des paradoxes auxquels la profession éducative se trouve confrontée lorsqu'il s'agit d'adultes handicapés :

- d'une part, l'identité professionnelle, parfois mal perçue, l'immaturité d'une certaine fraction du corps professionnel des éducateurs ne facilitent pas l'établissement d'une relation d'adulte à adulte. Si l'éducateur est mal intégré dans le tissu social, peut-il faciliter l'intégration de l'adulte handicapé ? De plus, la fragmentation du travail, entretenue par les Conventions Collectives aggrave ces incertitudes ;

- d'autre part, si le vieillissement récent de la profession est favorable au travail des éducateurs auprès des adultes handicapés, par contre le fait que les formations continuent d'être centrées sur les enfants et les adolescents l'est beaucoup moins.

- Enfin, la dénomination de la profession sous le terme d'"éducateur" renforce l'image de l'enfance aux yeux des intervenants comme des adultes handicapés, ce qui a motivé la promotion du terme d'animateur dans l'annexe X de la Convention Collective. Cependant ce simple changement de terme risque d'être un leurre : il n'encouragera pas les éducateurs spécialisés qualifiés à s'engager en plus grand nombre auprès des adultes handicapés ; il ne fera pas avancer la réflexion sur l'identité professionnelle et enfin il risque de faire oublier les actions d'"éducation permanente" auxquelles les adultes handicapés ont droit, au même titre que tout autre dans une société convaincue qu'on n'en finit jamais d'apprendre et de développer ses potentiels.

- **L'animateur** : Une profession ou une fonction auprès d'adultes handicapés ?

La profession d'animateur socio-culturel est protéiforme, exubérante et dynamique, mais parmi les 30.000 professionnels concernés, combien ont quelques rapports avec les adultes handicapés ? Sans doute très peu d'entre eux. Il serait intéressant de pouvoir répondre avec plus de précision à cette question avant de dire s'il faut ou non considérer comme des animateurs les quelques 20.000 éducateurs (diplômés ou non) travaillant auprès d'adultes handicapés.

Le rôle social de l'animateur s'étend du loisir pour tous au soutien et à la réinsertion de jeunes marginalisés. A ces deux pôles opposés, culturels et sociaux, préparent différents types

de formation tout à fait disparates, qui ont subi et subissent encore des remaniements et qui peuvent s'enchaîner les unes aux autres :

. *Tout à fait à part, et à ne pas confondre avec les autres formations, Le Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (B.A.F.A.), puis aux fonctions de directeur de centres de vacances et de loisirs, formations légères et d'ordre pratique, préparant des jeunes à encadrer les loisirs d'autres jeunes.*

. *D'autre part trois formations plus longues à des fonctions d'animation socio-éducative ou socio-culturelle :*

- *Une formation universitaire assez théorique aboutissant en 2 ans après le baccalauréat à un Diplôme Universitaire Technologique d'Animation, délivré par le Ministère de l'Education. Le D.U.T. couvre une grande partie de la formation théorique du D.E.F.A. (Diplôme d'Etat aux Fonctions d'Animation).*
- *Une formation professionnelle, le D.E.F.A., réservée à des adultes justifiant de 3 ans d'activité professionnelle en principe continue dans quelque secteur que ce soit et bien entendu dans l'animation socio-culturelle, bénévole ou non, sanctionnée ou non au préalable par le B.A.F.A. ou le D.U.T. : le D.E.F.A. est délivré conjointement par les Ministères de la Santé et du Temps Libre.*

Le D.E.F.A. se prépare en 3 ans au moins, en cycles continus ou discontinus comportant d'abord 800 heures de formation théorique et un stage pratique de 4 à 8 mois. La 2ème partie de la formation est en quelque sorte une mise à l'épreuve : 9 mois d'expérience pratique + 240 heures de formation complémentaire d'adaptation à la formation..

- Enfin le diplôme supérieur de l'animation socio-culturelle prépare des animateurs diplômés en exercice à des fonctions d'encadrement dans l'éducation populaire.

Quelle est la place de cette profession et de ces formations diversifiées d'animation auprès des adultes handicapés, et quelle est celle des professions éducatives dans la fonction d'animation puisqu'aussi bien le titre d'animateur a été reconnu depuis peu dans la Convention Collective de 1966 comme terme générique des intervenants auprès des adultes ? L'adoption de ce terme correspond, on l'a vu, à une volonté d'approche "adulte" par rapport à l'"éducatif". Pourtant cette profession est encore peu présente dans le secteur des handicaps par rapport à son champ social d'intervention qui est beaucoup plus large (culture, loisirs, sports, animation locale, éducation populaire, etc...).

En fait, il apparaît au groupe d'étude que les animateurs ont un rôle à jouer sensiblement différent de celui des éducateurs spécialisés. Mais les frontières entre les deux fonctions restent encore assez imprécises dans la pratique quotidienne des institutions, car si les professions et les formations restent distinctes, les formations ont tendance à se rapprocher.

Tous deux ont certainement la même fonction de médiation, mais celle-ci se situe à deux niveaux différents. L'éducateur est le médiateur entre l'individu et son environnement social alors que la fonction de médiation de l'animateur s'exerce de groupe à groupe. La dimension thérapeutique de l'intervention de l'animateur n'est ainsi que très secondaire et éventuellement conséquente à son action dans le groupe, alors que l'éducateur la considère comme prioritaire. L'éducateur se situe dans la relation individuelle et de groupe alors que l'animateur a une action collective. L'éducateur a en principe pour lui d'être formé au handicap, tout en ayant dans sa formation une certaine

approche de l'animation des lieux de vie. Le manque d'information et d'apport de connaissance sur les handicaps dans la formation des animateurs est patent et se fait sentir au début de leur pratique en institution, même si leur intégration dans une équipe pluridisciplinaire et leur formation personnelle sur le lieu de pratique en atténue vite les conséquences.

Par contre l'animateur, par sa formation même et par son expérience est directement préparé à intervenir auprès d'adultes. Son ouverture plus large vers le milieu social général, la façon d'appréhender son action, l'approche des individus en tant que sujet participant, sont autant de valeurs données dans cette formation qui lui permettront sans doute d'inculquer un souffle nouveau dans l'action auprès des adultes handicapés. D'autant plus que l'animateur, dans un milieu d'adultes handicapés, est souvent mieux perçu par les résidents que l'éducateur, tant il y a de résistances à considérer que l'éducation a une valeur permanente, et que l'adulte qui s'éduque n'est pas pour autant un enfant...

Reste à savoir s'il est nécessaire d'intégrer systématiquement des animateurs dans toutes les structures pour adultes handicapés alors que l'opinion actuelle voudrait plutôt que tous, personnels comme usagers, soient impliqués dans l'animation, ce qui est évidemment contraire à l'idée de confier celle-ci à une seule personne. On s'efforce aussi de s'ouvrir au maximum vers l'extérieur en évitant de reproduire à l'intérieur d'une institution ce qui existe déjà à l'extérieur en milieu ordinaire. L'animateur, dans cette optique, devient plus un "chef d'orchestre" de l'animation, c'est à lui qu'il appartient de réaliser cette ouverture à l'extérieur et de rompre la monotonie de la routine et de l'organisation institutionnelle. Sur ce point, les expériences d'animateurs présents à mi-temps dans la structure et gardant une activité

extérieure semblent intéressantes : les professionnels sont souvent "phagocytés" par l'institution et l'animateur présent en permanence dans les murs court ce risque comme tout autre.

° En intervention ponctuelle :

- **Les assistants de service social** : Profession ancienne, douée d'une forte identité, presque exclusivement féminine, les assistants de service social semblent faiblement représentés dans les établissements recevant des adultes handicapés. Leur présence serait relativement plus dense dans les services de création récente : les E.P.S.R., les services de soutien, les équipes techniques des C.O.T.O.R.E.P... Dans les uns comme dans les autres, le chiffre exact des assistants de service social n'est pas connu. Il faudrait y adjoindre d'ailleurs l'ensemble des professionnels (30.000 assistants en activité en 1981) qui dans tous les services sociaux d'entreprise ou de secteur sont à un moment ou à un autre en contact avec les adultes handicapés ou leurs familles pour résoudre avec eux un des obstacles qui s'opposent à leur insertion ou à l'exercice de leurs droits sociaux.

La définition officielle de la profession en montre d'ailleurs l'intérêt fondamental pour l'intégration sociale des adultes handicapés :

"La profession est une activité professionnelle contribuant par des interventions spécifiques à accroître la capacité des personnes, des groupes, des communautés, à assumer et à améliorer leurs situations sociales et leurs conditions de vie dans une société en changement."

Leur formation (en 3 ans après le baccalauréat) a de plus l'intérêt d'être très fortement armée sur le plan théorique et méthodologique mais aussi de préparer directement les assistants de service social aux interactions d'adultes à adultes, dans un très fort souci de contrôle des comportements et des attitudes.

Ce sont là des facteurs positifs favorables à la reconnaissance d'un rôle de médiation sociale bien précisé, clairement reconnu comme complémentaire de celui des autres membres des équipes.

Cependant ces prémisses théoriquement positives sont en partie contredites dans la pratique des institutions.

La très forte identité professionnelle des assistants de service social illustrée par la défense de leur déontologie et parfois par un certain corporatisme ne facilite pas leur acceptation dans les équipes. De plus, on assiste depuis quelques années à une interpénétration des fonctions des assistants de service social et des éducateurs spécialisés et le partage des tâches entre ces deux catégories de professionnels n'est plus aussi affirmé.

Alors que les éducateurs spécialisés ont eu tendance, ces dernières années, à côté de leur fonction éducative, à remplir et à revendiquer une fonction sociale qu'on a déjà évoquée en jouant les médiateurs entre l'individu et son environnement social, les assistants de service social ont suivi le chemin inverse et tendent de plus en plus à exercer à côté de leur fonction sociale une tâche éducative. Il convient donc de réfléchir aux spécificités de chacune de ces professions et de les préciser.

La spécificité du travail des assistants de service social est différente selon le type de handicap (moteur, psychiatrique...). Vis-à-vis des handicaps physiques acquis, lorsque la personnalité est mise à l'épreuve par la maladie ou l'accident, l'assistant de service social peut être celui qui aidera à faire face.

De même, dans l'hôpital psychiatrique comme dans l'hôpital de jour, l'assistant de service social est souvent celui à qui on se confie : on n'en a pas peur (comme du médecin), et on n'a pas à lui faire plaisir (comme à l'infirmier), et on ose lui dire

"qu'on ne veut pas aller travailler", discours différent de celui qu'on tient avec les autres intervenants. L'assistant de service social est donc parfois est plus proche du malade, de sa réalité parce qu'il prépare sa sortie. Il peut aussi l'aider à comprendre le rôle des autres intervenants. Il a un rôle à jouer dans l'équipe pour situer l'évolution exacte du malade vis-à-vis de sa famille, notamment pour les jeunes adultes handicapés. Il joue là un rôle important de médiateur car les familles ont peur de la technicité de l'éducateur spécialisé ou du médecin, mais se confient plus volontiers à l'assistant de service social, qui leur est par ailleurs plus familier.

Tout ce qui concerne la réglementation, les relations avec l'administration et les équipements reste très spécifique aux assistants de service social : par exemple pour la réinsertion sociale des handicapés, la préparation de la sortie des centres de rééducation ou le changement d'établissement, ou encore pour permettre aux adultes de rentrer en jouissance de leurs droits et de bénéficier de tous les avantages financiers auxquels ils peuvent prétendre. Ainsi leur rôle est-il double : contact avec l'adulte handicapé et relation avec le milieu familial et l'environnement.

Leur rôle dans l'institution est perçu par le reste de l'équipe très différemment selon que l'assistant de service social fait partie de l'établissement ou non. Dans le premier cas, l'assistant de service social est parfois ressenti comme relativement en marge de l'institution ; il fait le lien entre le monde extérieur et le handicapé. Il y est porteur de son projet d'insertion. La situation est différente lorsqu'il s'agit d'un assistant extérieur : assistant d'entreprise ou de secteur. Venant de l'extérieur il peut être perçu comme menaçant par l'institution, du fait du non-contrôle de cette dernière sur son action et de la méconnaissance réciproque des structures.

Certains établissements reconnaissent ne pas utiliser d'assistants de service social pour des raisons budgétaires mais cette fonction est alors confiée à un autre professionnel et plus souvent au directeur. Sa fonction essentielle médiatrice est donc reconnue comme nécessaire mais d'autres professionnels n'auraient-ils pas tendance à se l'approprier ?

- Des professions nouvelles pour la médiation sociale ? ou plutôt de nouvelles formations complémentaires ?

L'aspiration si forte des adultes handicapés à vivre en milieu ordinaire, l'objectif si affirmé des établissements et services à s'ouvrir et à faciliter le passage des adultes handicapés vers d'autres modes de vie, et enfin la mise en oeuvre d'instances d'aides et d'orientation - les C.O.T.O.R.E.P. - dans le cadre de la loi d'orientation, renforcent le besoin de médiations sociales exercées pour partie par des spécialisations récentes telles les P.P.T.H. Nous avons vu plus haut que la Direction du Travail a depuis très peu de temps tendance à revenir sur cette spécialisation récente et à redistribuer à l'ensemble des prospecteurs placiers de l'A.N.P.E., les fonctions spécifiques des P.P.T.H. Restera à évaluer l'efficacité du service rendu aux adultes handicapés après cette réforme intégrative et pour partie par l'ensemble des professionnels, dans la mesure où leur seraient offertes des formations complémentaires nouvelles : c'est pour cela qu'ont été créées récemment des formations universitaires appliquées telles qu'un D.U.T. (Diplôme Universitaire de Technologie) de la communication ou une M.S.T. (Maîtrise des Sciences et Techniques) d'orientation et d'insertion professionnelles des handicapés mentaux. C'est aussi pour éviter la création de professions nouvelles que doivent se développer des actions pluridisciplinaires de formation continue.

Ces formations complémentaires parviendront à terme à fonder non pas une profession nouvelle de médiation sociale mais une fonction nouvelle. Car il est préférable sans aucun doute

qu'elles donnent aux nombreuses professions existant auprès d'adultes handicapés le goût et la capacité de favoriser l'évolution de leurs modalités de vie vers plus de mobilité, d'augmenter la perméabilité sociale des structures et d'éclairer l'élaboration des orientations autour, et non plus à la place, de la personne handicapée.

Le groupe d'étude considère qu'il ne faut ni ajouter, ni retrancher au riche éventail des professions que nous venons de passer en revue, mais qu'il importe de les mieux préparer, ensemble, en formation continue à oeuvrer auprès des personnes handicapées.

II.3. L'APPORT DES NON PROFESSIONNELS

L'énumération fastidieuse que nous venons de faire de la multitude des professions engagées auprès d'adultes handicapés laisse néanmoins sur une double insatisfaction. Un goût de trop plein naît de la mosaïque des spécialités en même temps que le sentiment d'un manque de liberté. La professionnalisation, par sa richesse même, a eu quelques excès pointillistes dans l'extrême distinction des statuts et des formations pour en définitive ne remplir que des tâches très proches les unes des autres, sinon tout à fait semblables. Et cependant elle n'a pas réussi jusqu'à présent à rendre moins précaires l'insertion dans la vie sociale ordinaire, le maintien à domicile, le recours souple et temporaire à des équipements décroïsonnés, la médiation sociale... Mais surtout l'exercice de ses choix par le citoyen adulte, fut-il handicapé, peut-il n'être qu'une affaire de professionnels plus ou moins spécialisés ? Le professionnalisme n'apporte sûrement pas toutes les réponses à tous les besoins de la personne handicapée, dans la mesure où on est convaincu que les contraintes du handicap ne peuvent ni ne doivent plus résumer la personne elle-même.

Le groupe d'étude a donc reconnu dans l'apport des non-professionnels un modèle différent, nécessaire pour répondre aux attentes fondamentales des adultes handicapés. Mais cette reconnaissance n'est pas une évidence. Il n'existe pas en France, comme en Angleterre par exemple, 300 associations de volontaires intervenant auprès d'adultes handicapés, en institution ou à domicile. Celles qui existent sont fort peu nombreuses. Le choix des mots même pour parler de leur action est difficile ; désigner sous le terme négatif de "non professionnel" l'action gratuite des bénévoles, des volontaires, des militants, des parents et amis des personnes handicapées est une approximation significative des résistances qui s'opposent encore à leur action, d'ailleurs très diversifiée.

On a, en effet, tendance à confondre sous les mêmes termes des engagements tout à fait distincts les uns des autres :

- ° **Les actions spontanées et isolées** des membres de la famille, des amis, du voisinage, qui apportent une aide dans les actes de la vie quotidienne, une compagnie régulière ou sporadique. Leur importance est très variable. Elle va de la visite ponctuelle de voisinage à la charge écrasante assumée par la mère ou l'épouse réalisant seule et en permanence la fonction de tierce personne au foyer ; lourde charge trop souvent exercée dans l'isolement sans préparation ni support, ni relais, auprès d'adultes très handicapés, dans l'angoisse partagée de la défaillance qui conduira brutalement à l'entrée redoutée en institution.

- ° **L'aide collectivement organisée** et soutenue par des organismes de volontaires est exceptionnelle en France. Organisées sur le modèle anglo-saxon par des associations le plus souvent internationales, ces actions volontaires apportent une aide à domicile (la Fondation Pompidou), en institution (la F.A.V.A. - Association des Volontaires pour la Coopération Franco-Américaine au Service des Inadaptés Mentaux), en communauté (l'Arche). Elles apportent à leurs participants une formation et une reconnaissance sociale, ainsi qu'un soutien de solidarité aux adultes handicapés ; elles leur offrent la sécurité d'une action régulière dans laquelle l'intervenant habituel peut être relayé par d'autres si besoin est.

° Enfin, le troisième type d'action volontaire est celui des **associations promoteurs et gestionnaires** des établissements et services. Historiquement, les associations de parents (l'U.N.A.P.E.I. par exemple) ont été parmi les premières : pour partie, l'action sociale est née de l'action bénévole. Elle a rassemblé autour d'intérêts communs un certain nombre de promoteurs sensibilisés aux besoins qui ont transformé en action collective des tentatives qui étaient au départ individuelles. L'évolution sociale a entraîné la transformation de ces actions bénévoles en actions professionnelles et, de ce fait, a provoqué l'appel lancé par les promoteurs à des techniciens. Mais cette évolution a entraîné aussi le passage, accentué dans le relais pris ultérieurement par les pouvoirs publics, d'une solidarité jusque là volontaire à une solidarité obligatoire, indirecte et anonyme, aboutissant certainement à une démobilisation, puis à l'exclusion des bénévoles par un transfert des charges sur les professionnels. La coexistence entre les bénévoles et les professionnels va donc sans doute au-delà de la simple question de concurrence ou de complémentarité entre deux types différents d'intervenants.

Les conflits entre les promoteurs bénévoles d'une action sociale et les professionnels ne sont pas que des conflits entre employeurs et employés et se posent aussi en terme de relais. Comment accepter la professionnalisation d'un travail autrefois réalisé bénévolement ? Comment parvenir à une reconnaissance réciproque des actions ? Ce relais ne s'est pas toujours effectué de façon satisfaisante, soit que les gestionnaires bénévoles n'acceptent pas les exigences des professionnels et, transformés en administrateurs, s'ingèrent trop dans le travail technique, soit que, au contraire, intimidés par la technicité des professionnels, ils démissionnent et s'effacent complètement. La création de structures de concertation telles que **les conseils de maison** a récemment permis, malgré certaines réticences au départ, une reprise de dialogue entre les différents partenaires pour une meilleure efficacité de l'action.

La coexistence actuelle des volontaires et des professionnels reste empreinte de cet aspect historique et le passage de la concurrence à la complémentarité dans l'action n'est pas toujours facile - l'utilisation du

volontariat dans le projet professionnel rencontre beaucoup de résistance et il reste encore pas mal de chemin à faire de part et d'autre pour parvenir à une véritable action complémentaire où chacun trouve sa place.

Le regard neuf, naif, non prévenu que les non-professionnels portent sur les jeunes handicapés induit parfois chez eux des comportements plus autonomes qui surprennent les spécialistes. De plus les motivations du volontariat, l'engagement personnel, total ou partiel mais ni mesuré ni cadré, le dynamisme, la gratuité, sont autant d'interrogations pour le professionnel sur son action, d'autant plus qu'il est de plus en plus conscient que l'augmentation de la technicité ne va pas forcément de pair avec une plus grande efficacité. Tout cela l'entraîne vers une remise en cause parfois douloureuse et toujours difficile de sa propre action.

Si les bénévoles ont dû reconnaître et comprendre la nécessité de la professionnalisation, la réciproque reste encore à réaliser et l'action bénévole, sa nécessité, sa complémentarité et l'apprentissage du travail en commun, restent encore à intégrer dans les pratiques professionnelles. Cette méconnaissance entraîne inévitablement des réactions de défiance, des rivalités implicites ou ouvertes, des craintes, des remises en question et ainsi des blocages à la collaboration. Il est vrai que l'action bénévole, de par ses caractéristiques, implique une remise en cause de l'action professionnelle.

Pour le groupe d'étude, il s'agit de concevoir les deux types d'action en tant que complémentarité et non d'empiètements ou de rivalité, exclusives des unes par les autres. Si les non professionnels doivent se garder d'empiéter sur le terrain des professionnels et garder une grande simplicité pour ne pas vouloir couvrir des champs d'intervention qui ne sont pas les leurs, on n'a pas non plus à demander aux professionnels, au seul nom d'un métier social, un engagement personnel total. Si les uns et les autres étaient conscients de ces problèmes, bien des conflits entre des administrateurs bénévoles au charisme indiscutable et des professionnels soucieux de préserver leurs conditions de travail, pourraient être évités. Mais l'effort ne fait que débiter pour trouver les voies d'une action complémentaire dans une reconnaissance et un respect mutuel.

Si l'action non professionnelle auprès des adultes handicapés est reconnue comme pouvant enrichir et épauler celle des professionnels, elle exige une certaine discipline. Bénévolat, volontariat, militantisme, peu importe le terme employé pour ce type d'intervention... mais en aucun cas il ne doit se confondre avec "amateurisme". Aussi un soutien, un encadrement, une formation ou du moins une information s'imposent, pour le volontariat comme pour le professionnalisme. Là encore il ne faut pas mélanger les rôles et les fonctions. Il ne s'agit pas de faire des volontaires des pseudo-professionnels. Cela ne ferait qu'aviver, à juste titre, les réticences des salariés vis-à-vis de ces intervenants et serait, d'ailleurs, tout à fait contraire à la nature même de cette intervention. Un minimum d'information est pourtant à apporter très tôt pour tout type d'intervention auprès des adultes handicapés. Cette information se définit en partie par la négative ; il s'agit avant tout d'informer sur ce qu'il ne faut pas faire, sur les erreurs à éviter, et sur les limites de l'action ; il n'est pas utile ici de revenir sur les catastrophes que peut entraîner une "bonne volonté" mal contrôlée, qu'on risque de rencontrer aussi bien chez les volontaires que chez les stagiaires ou chez les trop nombreux salariés non qualifiés. Cette information doit donc apporter les notions essentielles et indispensables relatives à l'adulte handicapé, à sa vie, aux contraintes que lui imposent la situation de handicap, aux possibilités qu'elle lui laisse, pour que des relations saines et équilibrées entre les deux partenaires, hors de tout interventionnisme excessif ou altruisme outrancier, puissent s'établir.

La nécessité et l'intérêt d'une formation pour éclairer l'action des volontaires sont illustrés par la formation au soutien interparental organisé par l'U.N.A.P.E.I. depuis quelques années.

C'est donc sans doute par la formation que les bénévoles avanceront sur la voie de la rencontre avec les professionnels. Elle apparaît indispensable à tous ceux qui s'engagent totalement, ou à temps partiel, momentanément ou de façon durable dans une action auprès d'adultes handicapés. Elle se fera au départ essentiellement par le travail en commun et avec le soutien des professionnels. L'acceptation des limites du professionnalisme par les professionnels eux-mêmes est un préalable indispensable au développement de l'action volontaire dans notre pays. Cette acceptation ne pourra se faire que s'il est bien clair dans l'esprit de tous que l'action des volontaires

n'est pas motivée par la crise économique. Les volontaires ont des actions distinctes, peu technicisées, ils ne sont pas là pour remplacer des absents qu'on refuserait d'inscrire dans le prix de journée mais pour apporter une présence différente, un regard neuf dans des fonctions neuves : accompagnements à l'extérieur, loisirs, activités sportives, contacts à domicile, activités culturelles, entretien des connaissances, accueil de week-end, de vacances... Le fait que le volontariat est là pour agir "en plus" et non à la place de... doit apparaître clairement dans le projet institutionnel.

Mais il est souhaitable aussi que les professionnels puissent s'en sentir directement enrichis :

- d'une part, certes grâce à l'aide reçue, aux échanges nouveaux, à l'ouverture offerte sur l'extérieur ;
- d'autre part, du fait que les volontaires attendent d'eux soutiens, encadrement, information, voire formation et leur offrent donc des tâches de responsabilité nouvelle ;
- enfin, parce que les volontaires offrant de leur temps - et non de l'argent, comme du temps des charités anciennes - signifient par là aux professionnels qu'eux-mêmes sont aussi quelque chose de plus qu'un salarié.

En fait quand un professionnel accepte la coopération d'un volontaire c'est qu'il est au clair sur la part de don qu'il a mis dans sa propre orientation. En tant que professionnel, accepter le volontariat, c'est accepter la solidarité des autres, c'est donc se reconnaître solidaire avec les autres.

II.4 DENOUEUR L'ECHEVEAU DES TACHES, DES STATUTS, DES FONCTIONS ET DES ROLES

Le poids des tâches à assumer, la diversité des professions coexistant dans les institutions avec des formations et des statuts inégaux pour remplir des fonctions similaires, la nécessaire coexistence entre des professionnels excessivement différenciés, des volontaires réels ou potentiels - souhaités et repoussés - , la nécessité de "composer" entre soi, mais aussi avec les adultes handicapés dont on se sent à la fois proche ("entre travailleurs" au C.A.T., par exemple) et radicalement différents ("le handicapé, c'est l'autre"), l'obligation de partager avec les familles la fonction protectrice et donc un certain pouvoir et un territoire affectif (tout en étant son employé dans les établissements et services dont les associations de parents sont gestionnaires)... toutes ces obligations et contradictions constituent un écheveau serré souvent conflictuel dans lequel la pratique institutionnelle a tenté d'établir quelques repères structurants.

- . L'un de ces repères repose théoriquement sur la fonction de direction.
- . L'autre est la régulation potentielle par un travail d'équipe et une fonction de référent.

2.4.1 La fonction de direction

La gestion d'un établissement ou d'un service pour adultes handicapés comporte-t-elle des répercussions spécifiques sur l'action et sur la formation des directeurs ? On doit constater que la seule formation spécifique définie actuellement est celle de directeur de C.A.T. Elle comporte une formation originale technico-commerciale importante, ce qui explique aisément qu'elle ait été structurée en priorité. L'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes assure la formation des directeurs actuellement en fonction, non seulement dans les C.A.T. mais aussi dans "les structures d'habitat", ainsi que dans les établissements spécialisés pour enfants inadaptés.

L'évolution se fait actuellement d'une part vers une décentralisation de la formation des directeurs, d'autre part vers la conjonction d'un tronc commun avec trois options secondairement possibles (direction de C.A.T., de foyers,

d'établissements pour enfants). La création de ce tronc commun repose sur l'idée que la gestion d'un établissement reste de la gestion, que cet établissement reçoive des enfants ou des adultes. Pourtant on sait aussi que les directeurs n'ont pas qu'un rôle de gestionnaire. En particulier, dans les structures de petites dimensions, la fonction de directeur oblige à assumer des tâches autres que celles de la gestion. Au-delà des tâches matérielles, d'animation, voire de formation, le directeur est aussi à la tête d'un établissement, composé d'adultes auprès desquels interviennent d'autres adultes : les personnels. S'il veut avoir une influence sur le fonctionnement de la structure et sur le personnel, le directeur doit sans nul doute être très motivé et témoigner d'un engagement personnel. Il a également à répondre aux besoins de ces personnels, notamment aux désirs de réflexion collective et d'évaluation qui sont souvent exprimés. C'est ainsi que le directeur se trouve être le pivot de toutes les mutations d'une structure : en particulier, de sa propre ouverture sur l'extérieur dépendra en grande partie la capacité intégrative de l'établissement.

Les directeurs doivent aussi maîtriser tous les problèmes des adultes handicapés : la mixité dans les structures d'hébergement, la vie affective et sexuelle des adultes, les relations avec les familles vis-à-vis desquelles ils doivent jouer un rôle de relais sans se substituer à elles, les rapports avec la tutelle et avec les associations de parents ou de handicapés, qui peuvent être également gestionnaires.

"Le métier de directeur" peut être considéré actuellement comme un des métiers de l'impossible : veiller à tout à l'intérieur de l'institution, tout en la maintenant ouverte à l'extérieur, maintenir aux yeux de tous les partenaires la clarté des objectifs dans une optique contractuelle, obtenir les moyens matériels et humains de les réaliser, animer, coordonner, diriger sans impérialisme, exercer une véritable autorité sur les personnels tout en étant que le relais des deniers publics...

A ces contraintes rencontrées dans la direction de n'importe quelle institution sociale s'ajoutent des contraintes spécifiques aux établissements pour adultes handicapés :

- . En C.A.T., concilier les deux objectifs opposés, de rentabilité et d'accueil aussi large que possible des plus handicapés, exige de lui les capacités d'un capitaine d'industrie en même temps que des qualités humanistes.

- . En foyer, organiser la vie des équipes et des résidents de manière à respecter à la fois l'animation, la sécurité collective et l'autonomie personnelle, surtout dans les choix de vie affective et sexuelle, demande qu'on soit capable d'innover : l'exemple de certains foyers où la vie des résidents est réglée sur la base d'un contrat signé entre chacun et le directeur, paraît être une bonne voie de clarification d'une relation d'adulte à adulte. Cela demande du directeur une grande confiance en lui-même, dans l'équipe, dans l'homme fut-il handicapé. De plus, sont nécessaires une disponibilité et un solide équilibre personnel joint à une expérience humaine et professionnelle longue et réfléchie. Il faut de surcroît avoir pu accéder à une des modalités de formation actuellement offertes mais qui sont loin d'être toujours utilisées. Trop nombreux sont en effet les professionnels qui exercent directement en titre ou par délégation une fonction de direction sans avoir suivi de formation à la fonction.

- Les formations de directeur

A l'Ecole Nationale de la Santé de Rennes, les formations, jusqu'à une période très récente, suivaient le schéma suivant :

Formation de directeur d'établissement pour inadaptés

La durée de la formation initiale réalisée à l'Ecole Nationale de la Santé Publique (E.N.S.P.) de Rennes est de 760 heures sur un an (600 h. de théorie, 80 h. de travaux personnels et 80 h. de stage).

La formation théorique s'articule autour de trois grands axes qui sont découpés en unités de formation de 36 à 40 heures chacune. Chaque unité de formation est validée en cours de scolarité avec présentation pour chacune d'entre elles d'un document écrit.

Axe 1 : Gestion - droit - administration : 200 h.

Axe 2 : Le handicap et sa prise en charge, élaboration et mise en oeuvre d'un projet pédagogique : 160 h.

Axe 3 : Méthodes et pratiques de la direction d'une institution : 240 h.

Formation de directeur de C.A.T.

La formation accomplie à l'E.N.S.P. comprend 350 heures théoriques, 4 semaines de stages pratiques et 2 semaines de travaux personnels.

Un certificat de formation est délivré aux stagiaires ayant satisfait aux épreuves organisées au cours de la formation théorique et des stages et ayant présenté avec succès un mémoire de fin d'études.

La formation en cours d'emploi a pour objet de permettre à des directeurs en fonction d'acquérir en cours d'emploi le Certificat d'Aptitude délivré par l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Cette formation en cours d'emploi se présente sous la forme suivante :

Sa durée est de 680 heures, réparties en 600 heures de théorie et 80 heures de travaux personnels pour la préparation du mémoire, soit 15 semaines étalées sur une période de 3 ans.

La formation est dispensée par des centres agréés par le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale et est placée sous le contrôle pédagogique de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

La formation est facultative pour les directeurs en fonction qui ne possèdent pas le Certificat d'Aptitude. Cependant, tout directeur nouvellement recruté et non titulaire du Certificat d'Aptitude aux fonctions de directeur devra s'engager à suivre cette formation en cours d'emploi dans un délai de 3 ans après sa prise de fonction.

Ces formations qui ont chacune leur intérêt ne suffisent pas toujours à permettre au directeur de résoudre, dans les établissements pour adultes, la gestion des pouvoirs :

- les difficultés tiennent souvent à des modalités particulières de pouvoir bicéphale :
- dans les services hospitaliers, psychiatriques ou de rééducation, la double direction administrative et médicale est historiquement conflictuelle, pérennisant dans trop de cas un écart considérable entre les objectifs de réinsertion sociale et la réalité des moyens.
- dans les petites institutions de création récente, foyers ou C.A.T., gérés en réseau par une seule et même association gestionnaire pour des raisons évidentes d'économie, le pouvoir est également bicéphale : officiellement exercé de loin par un directeur général et pratiquement exercé sur place par un des membres de l'équipe qui a un pouvoir réel sans responsabilité reconnue, cela risque d'aboutir à pérenniser les conflits et les malentendus. En effet la transmission des informations entre les directions, les adultes handicapés, les familles, les équipes, la tutelle et l'association subit dans ces cas-là trop de distorsions à travers de trop nombreux relais.

Ces difficultés spécifiques ont poussé certaines structures innovantes (structures intermédiaires, foyers d'hébergement social...) à inventer de nouvelles formes de direction : par exemple un foyer de la Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale (F.N.A.R.S.) fonctionne avec une direction collégiale, la fonction de directeur étant tournante pour assurer les coordinations vers l'extérieur. Mais dans d'autres lieux, les directeurs ne font que passer, rapidement transformés en bouc émissaire des tensions irrésolues dans les équipes. Le problème n'est plus celui de l'excès de pouvoir, mais de la direction introuvable, impossible.

2.4.2 Le travail d'équipe et la fonction de référent

Le travail d'équipe comporte-t-il quelque spécificité dans les établissements et services pour les adultes handicapés ? Le groupe d'étude en a analysé quelques-unes :

° En premier lieu, auprès d'adultes, les personnels apparaissent quantitativement restreints par rapport aux établissements pour enfants, ce qui impose un certain nombre de contraintes spécifiques dans le travail d'équipe (rappelons qu'on ne trouve globalement que 15 % des personnels auprès d'adultes pour animer 20 % des équipements). Cette restriction amène chacun à dépasser les limites de sa profession pour exercer des tâches polyvalentes. Les seules contraintes économiques n'expliquent pas à elles seules cette tendance à la polyvalence, également motivée par un souci de lutter contre le morcellement des tâches et des relations interpersonnelles. De plus, la multiplicité des tâches, voire des fonctions est sans doute un facteur d'équilibre pour les personnels menacés par la routine auprès d'adultes, pour lesquels les repères du temps qui passe ont tendance à s'émousser : par exemple, il peut être bon qu'une même aide médico-psychologique prenne part dans la même journée aux soins corporels, à l'accompagnement, à l'animation, à une activité extérieure, à l'entretien des locaux... Les efforts matériels, l'attention, les relations engagées dans différentes tâches apportent des stimulations différenciées qui rythment le temps de travail, multiplient les contacts avec les résidents comme avec les autres membres de l'équipe. Mais ces avantages ont des limites. La polyvalence dans l'extrême pénurie ne peut conduire qu'à l'épuisement. Elle n'est donc positive que si l'équipe est suffisamment nombreuse, ce qui est loin d'être le cas souvent dans les structures les plus récentes, créées au temps de la crise économique. Dans ces cas, le personnel est voué à une véritable "course d'obstacles" et les résidents sont oubliés dans leur solitude, masquée par la multiplicité des tâches matérielles à accomplir rapidement. Dans les moments extrêmes de restriction des personnels (vacances, week-end...), on peut arriver à de véritables négligences corporelles et à une absence totale de communication, qui dégradent individuellement et collectivement les résidents et les personnels.

Par ailleurs, une confusion des rôles poussée trop loin est insécurisante et dévalorisante pour tous : donnant aux personnels un sentiment de dévalorisation professionnelle, d'inutilité sociale et aux adultes handicapés l'impression d'être négligés, de ne pas être compris et reconnus, et de ne pas mériter des aides différenciées.

C'est pourquoi le groupe d'étude pense que le nécessaire décloisonnement des professions, des fonctions et des rôles dans le travail d'équipe, doit s'accompagner d'un certain nombre de précautions :

- . connaître et maîtriser suffisamment son territoire professionnel pour pouvoir en sortir sans perdre son identité, ni laisser à l'abandon sa fonction. Et nous avons vu sur ce point, plus haut, que toutes les professions ne possèdent pas un même niveau d'identité.

- . créer un langage commun, une attitude harmonisée, s'engager sur les mêmes objectifs dans une même équipe permet d'aller plus loin dans le partage des tâches, tout en évitant la confusion des rôles.

- . offrir à chaque adulte handicapé des repères stables : qu'il soit informé de la spécificité professionnelle de chacun pour qu'il puisse y avoir plus aisément recours.

- . Enfin, le laisser maître des relations privilégiées qu'il peut désirer nouer avec tel ou tel membre de l'équipe qui lui servira d'interlocuteur préférentiel, de référent dans la vie journalière comme dans les interactions affectives. Ce dernier point qui implique un engagement différencié d'un des membres de l'équipe est loin de faire l'unanimité :

Le travail d'équipe est souvent fondé sur une idéologie égalitaire - d'ailleurs plus utopique que réaliste - mais qui s'oppose à ce qu'un projet fasse place à une fonction de référent, dont le choix d'ailleurs devrait rester à l'adulte handicapé et non aux personnels. De plus, chacun sait que le rôle de référent ne peut se cantonner au seul engagement fonctionnel, et qu'il implique forcément un certain attachement réciproque. Or, nombreuses sont les équipes qui pensent qu'une relation d'adulte à adulte doit être totalement

aseptisée. Dans bien des lieux, on n'est plus en droit de parler d'amitié ou d'affection, sans doute pour éloigner le risque d'investissements affectifs (ou sexuels) incontrôlés. Mais cet effort, fait dans trop d'endroits, pour oublier que les personnels sont aussi des personnes, est vain. D'ailleurs, si la fonction de référent ne fait pas partie du projet institutionnel, cela n'empêche pas pour autant que se nouent des relations privilégiées qui risquent alors d'être vécues par les autres résidents et les autres membres de l'équipe sur un mode défensif, légitimé par des rivalités implicites ou explosives.

Le groupe d'étude considère qu'il est donc préférable d'inclure dans le projet de l'institution une fonction de référent qui puisse être exercée par n'importe quel membre de l'équipe, à l'initiative des adultes handicapés exerçant des choix en fonction de leurs affinités. Cette fonction permet d'éviter les investissements affectifs massifs et d'établir des relations préférentielles, régulées par la caution de l'équipe. De plus, dans des équipes aux effectifs restreints, aux horaires morcelés, prévoir que chaque adulte handicapé peut avoir un référent permet une utilisation plus efficace des moyens en personnel ; ainsi l'adulte handicapé sait à qui parler pour être entendu - et les personnels sentent que, si leur attention et leurs forces sont requises par tous dans les diverses tâches, leur responsabilité est plus nettement engagée à propos de quelques-uns. Cette dialectique relationnelle, soutenue par un projet permet au "climat émotionnel" de l'institution de se situer dans une sérénité chaleureuse en évitant les extrêmes de l'abandonisme ou de la captation.

Un travail d'équipe est également nécessaire dans les services (auxiliaires de vie - E.P.S.R. - services d'accompagnement), faute de quoi les interventions isolées de chacun risquent de s'enliser dans la routine ou dans les impasses d'une relation mal contrôlée.

Partout, en institution comme dans les services, c'est un effort permanent de l'équipe sur elle-même qui l'autorise à renoncer au confort du cloisonnement des rôles, pour redonner avec souplesse et ouverture, à l'adulte handicapé lui-même, la maîtrise des aides qui lui sont nécessaires.

III - LES SOUTIENS ET LES FORMATIONS

III - LES SOUTIENS ET LES FORMATIONS

III.1. INTRODUCTION : L'USURE DES PERSONNELS

Toutes les personnes - professionnels ou non, salariés ou bénévoles - qui s'engagent dans une action sociale, courent un risque d'usure dont on a longtemps voulu ignorer l'existence.

Ce sont surtout les auteurs américains (Freudenberger en particulier) qui ont étudié ce phénomène et l'ont décrit au cours de la dernière décennie sous le terme de "Burnout".

Ayala Pines est un des chercheurs de pointe aux Etats-Unis sur ce sujet. Elle explique : *"La meilleure définition de "Burnout" est un état d'épuisement physique, émotionnel et mental. Il se manifeste par un épuisement physique et une fatigue chronique, par un sentiment de découragement et d'isolement et par le développement d'une vision négative de soi et d'attitudes négatives vis-à-vis du travail, de la vie et des autres... Cet état est toujours causé par des tensions émotionnelles. Il est le résultat d'un engagement intense, pendant une longue période, dans des situations qui sont émotionnellement exigeantes. Un tel engagement intense se rencontre très fréquemment dans de nombreuses professions d'aide"*.

Le groupe d'étude a reconnu que les risques d'épuisement étaient particulièrement élevés pour les personnels - et les personnes - entourant les adultes handicapés, pour des raisons spécifiques qui tiennent aux personnes handicapées et aux structures.

° *En ce qui concerne les personnes handicapées, leur accession à l'âge adulte détruit les illusions que les personnels, comme les parents, entretenaient inconsciemment d'une amélioration magique au sortir de l'enfance. De même pour ceux dont le handicap est acquis tardivement à l'âge adulte, la perte de tout espoir d'un retour à l'état antérieur après le stade aigu de l'accident ou de la maladie, les projette dans un temps indéfini où*

eux-mêmes et les personnels se trouvent assaillis par la monotonie. Ce que d'aucuns appellent "la chronicité" du handicap est reconnu par tous comme un facteur majeur d'usure.

La charge émotionnelle des personnels s'accroît ensuite des craintes liées au vieillissement de ces adultes, aux risques de régressions qui demandent une mobilisation supplémentaire des forces, et à l'angoisse de la mort. Les répercussions du vieillissement des personnes handicapées sur l'équilibre émotionnel des personnels paraissent être intenses et en tant que telles constituent un facteur spécifique d'usure.

° Les structures comportent, elles aussi, des facteurs spécifiques d'usure que nous citons à nouveau brièvement : l'isolement de l'intervenant à domicile, l'insuffisance quantitative des équipes de foyers et leur sous-encadrement, la double fonction de travail productif et de soutien à assumer en C.A.T. avec peu de moyens, la rareté de fait des bénévoles, les cloisonnements professionnels, le morcellement des présences, contraires à la fonction d'accompagnement qu'on se donne, la clôture de certaines institutions s'opposant à l'insertion sociale des personnels et des personnes handicapées, toutes ces contraintes structurelles accélèrent spécifiquement l'usure des personnels auprès d'adultes.

Par contre, les manifestations du "Burnout" n'ont rien de particulier : elles sont, comme dans les établissements pour enfants, et comme dans tous les métiers interactifs dans les milieux ordinaires (les avocats, les enseignants... par exemple) faites de comportements défensifs assez variés :

- le dénigrement du travail, le découragement ou la fuite dans le refus de s'impliquer, l'absentéisme, la maladie.

- ou bien, inversement, la rigidification des actions, le surinvestissement, le sentiment de toute puissance professionnelle conduisant à prendre des risques, l'allongement indéfini du temps de travail sans gain de productivité...

On retrouve les mêmes manifestations d'épuisement chez les personnels travaillant auprès d'adultes handicapés qu'auprès de tous les autres. Moracco, chercheur américain, qui a étudié le "Burnout" chez les conseillers familiaux et dans les organismes sociaux, en parle en ces termes : *"Un des dangers réels des travailleurs sociaux qui ont craqué réside dans le fait qu'ils peuvent être incapables d'évaluer leur propre capacité à résoudre les problèmes des clients... ils développent souvent une attitude démontrant qu'ils sont convaincus qu'eux seuls sont capables de régler tous les problèmes... parce que leur aptitude à faire confiance aux autres a été gravement atteinte. En ce cas, le professionnel en état de stress peut commencer à prendre trop de risques avec ses clients"*.

Le groupe d'étude rejoint tous ces spécialistes pour considérer que si l'épuisement, l'usure, ne sont pas évitables, deux remèdes peuvent en repousser l'échéance et en réduire la gravité. Ce sont les soutiens et les formations.

Avant d'en examiner les modalités et l'adaptation au champ particulier du travail auprès d'adultes handicapés, on ne peut qu'insister sur la généralité du phénomène d'usure des personnels qui explique de nombreux dysfonctionnements dans l'action sociale, s'étonner qu'il n'ait pas été pressenti, et en tous cas pas pris en compte au moment de l'élaboration des Conventions Collectives du travail, et affirmer la nécessité absolue d'un effort pour en limiter l'impact tant sur les personnels que sur les personnes handicapées par la mise en oeuvre des soutiens et des formations.

III.2. LES SOUTIENS

Avant d'insister sur les soutiens spécifiques que le groupe d'étude propose pour les personnels travaillant auprès d'adultes handicapés, il est peut-être utile de rappeler brièvement l'apport, a-spécifique mais très stimulant pour la réflexion, fourni par les auteurs anglosaxons :

Ils ont exploré sur un mode quasi expérimental la valeur préventive de la diminution quantitative de la charge de l'intervenant social - ils ont ainsi démontré que seuls d'énormes réductions du nombre des cas (de l'ordre tout à fait irréalizable des 3/4) rendaient perceptibles une atténuation de l'usure, une diminution de la moitié des cas en charge n'apportant pas de différence significative ! Cette expérience a une forte valeur indicative sur laquelle il faut éviter tout malentendu : le nombre des personnels doit certes être augmenté dans les trop nombreux foyers où il a été gravement sous-estimé au départ, en particulier dans les M.A.S., pour assurer la qualité des soins et de l'attention nécessaires. Mais quand il s'agit de diminuer le risque d'usure, les soutiens à mettre en place sont d'ordre qualitatif et non quantitatif.

° **Les soutiens préconisés aux U.S.A. :**

Les propositions de soutien qualitatif offertes par les auteurs anglosaxons sont extrêmement diversifiées :

- les unes concernent les personnels en tant que personnes : la pratique de l'humour, l'activité physique, le temps libre réservé à soi-même, sont des remèdes sans nul doute efficaces mais peut-être culturellement difficiles à importer d'Outre-Atlantique...

Cependant le groupe d'étude considère qu'ils doivent être portés à la connaissance et à la réflexion des travailleurs sociaux, car ils semblent valables, en tant que soutien contre l'usure, aussi bien pour les personnels que pour les adultes handicapés eux-mêmes ;

- les autres propositions a-spécifiques concernent tous les professionnels :

. renforcer leur autonomie dans les prises de décisions professionnelles, sur le plan individuel, et collectivement en renforçant l'autonomie des institutions ;

. fournir des précisions détaillées et réalistes sur les tâches à accomplir, au moment de l'embauche et tout au long du travail ;

- . renforcer l'efficacité du soutien mutuel qu'apporte le travail d'équipe en ne le cantonnant pas à la recherche de palliatifs aux difficultés journalières de l'institution, mais en l'ouvrant à une réflexion prospective sur les politiques sociales ;
- . prendre du recul en changeant de tâches, à l'intérieur ou en dehors de l'institution, par l'instauration de pauses, par la pratique des congés sabbatiques et par la mobilité professionnelle habituelle en pays anglo-saxons, mais aussi en diversifiant les rythmes de travail : 4 jours sur 7, 4 semaines sur 5, 3 mois sur 4 : de tels conseils seront-ils un jour compatibles avec les conventions collectives ?
- . recruter autant de bénévoles que possible pour partager et la tâche, et la réflexion...

Ces propositions assez originales - qui ont en commun l'établissement d'une juste distance entre le travailleur social et la tâche journalière - ne font que compléter les deux soutiens essentiels partout reconnus comme fondamentaux dans la lutte contre l'usure :

- . améliorer les compétences dans les formations de base et par des recyclages périodiques ; ceci sera développé plus loin.
- . améliorer la qualité et l'importance de la supervision.

Parmi toutes ces propositions, le groupe d'étude a retenu et approfondi celles qui sont applicables en France, au titre soit des soutiens internes à l'établissement ou au service, soit des soutiens qu'il faut rechercher avec l'aide de l'extérieur.

° Les soutiens internes :

- La mobilité, le changement, remèdes naturels contre l'usure engendrée par la routine, posent des problèmes particuliers lorsqu'il s'agit d'adultes handicapés : le changement peut en effet se réaliser de deux manières qui l'une et l'autre doivent être correctement maîtrisées au risque de devenir déstabilisateur plutôt que porteur :

- . D'une part, il s'agit de la mobilité des adultes handicapés dont on considère à juste titre qu'elle pourrait être pour eux-mêmes, comme pour les personnels, stimulante : pouvoir faire alterner la vie à domicile avec un séjour collectif de vacances ou de soins, passer d'un foyer à un autre pour se rapprocher d'amis ou de parents, faire des stages en entreprises pour rompre la routine du travail en C.A.T. est certes utile, et d'ailleurs de plus en plus pratiqué, bénéfique à condition que l'adulte handicapé ou sa famille garde la maîtrise des décisions et ne devienne pas l'objet d'une succession de ruptures dont on attendrait magiquement qu'elles annulent la permanence du handicap, ou l'enkystement des personnels et des institutions.
- . L'autre mobilité est celle des personnels qui mérite - comme la première - d'être à la fois développée et réfléchie : trop souvent en effet on a l'impression que les personnels et les institutions qui "bougent" le moins sont aussi ceux qui "déplacent" le plus les adultes handicapés dont ils s'occupent, oubliant que cohérence et stabilité leur sont aussi nécessaires que le renouvellement du cadre et des stimulations.

La mobilité pour les personnels peut se réaliser de différentes manières :

- le changement est possible dans le groupe grâce à la souplesse des horaires, à la polyvalence des tâches et en fonction de sa composition : si le groupe est hétérogène, les besoins, les aspirations, les capacités diversifiées des adultes handicapés qui le composent empêcheront que la routine ne s'installe, dans la mesure, bien entendu, où les personnels seront prêts à individualiser leur action en fonction de l'originalité de chacun.

- la mobilité à l'intérieur de l'institution par passage d'un groupe à un autre, ou d'une fonction à une autre, doit aussi faire partie du projet d'un établissement soucieux de lutter contre la routine : l'inscription dans le projet annuel de fonctionnement d'une mobilité interne raisonnée, prévue en fonction de l'ancienneté, des nécessités des formations, des admissions et des sorties... est stimulant et rassurant à la fois car il peut éviter aux équipes les modifications brutales enclenchées comme "des passages à l'acte" sous la pression de l'anxiété, du découragement ou des conflits interpersonnels.

- Pouvoir exprimer ses émotions est un autre type de soutien spécifiquement requis et entravé dans le travail auprès d'adultes handicapés à cause de l'isolement total dans les services d'intervention à domicile, à cause du cloisonnement et de la pesanteur des hiérarchies dans les services hospitaliers, à cause de la restriction des équipes dans les foyers et C.A.T. Or, le travail auprès des adultes provoque chez les personnels des affects non moins intenses que ceux qui se développent auprès d'enfants ; privés de l'aura d'illusion propre à l'enfance, ils sont souvent plus anxiogènes et déprimants. La nécessité de les exprimer s'impose à l'intérieur des équipes pour que leurs membres se sentent plus solidaires et moins étrangers les uns aux autres.

Pouvoir se dire "le découragement, l'inquiétude, ça arrive donc aux autres aussi...". C'est le niveau minimum du "soutien social" nécessaire à la poursuite de la tâche, pour limiter le risque d'épuisement. Cette chance de simplement s'exprimer n'est pas offerte partout. Plus fréquente encore est l'absence de supervision individuelle ou collective, interne à l'établissement, pour un meilleur ajustement des relations dans l'équipe ainsi qu'entre les adultes handicapés et les personnels ; cette supervision interne sera, selon les cas, assurée par le médecin psychiatre attaché au service ou à l'établissement, par le psychologue ou par le directeur. Nous avons vu précédemment, à maintes reprises, combien la superposition hiérarchique ou fonctionnelle des tâches était lourde à assumer et combien elle pouvait être source de malentendu. C'est pourquoi, quand faire se peut, il peut être utile de recourir plutôt à une supervision externe.

° Les soutiens externes :

Ils reposent, selon les cas, sur la supervision extérieure, la mobilité, l'ouverture, ainsi que sur l'évaluation et la recherche.

- La supervision extérieure

Peu d'organismes privés ou publics, peu de psychiatres et de psychanalystes, sont capables d'apporter aux services et établissements pour adultes handicapés une supervision collective institutionnelle, car ils sont trop souvent étrangers, totalement ignorants des spécificités de leur pratique. Théoriquement, les équipes psychiatriques de secteur devraient pouvoir assumer ce type de tâche si elles en avaient la disponibilité et si

l'ouverture et la confiance réciproques étaient suffisantes. Dans la pratique la supervision collective est encore rare et les supervisions individuelles semblent à peine plus développées, réservées aux médecins psychiatres, aux psycho-thérapeutes et aux assistants de service social qui s'y engagent de leur propre initiative et à leurs propres frais.

- La mobilité externe d'une institution à l'autre devrait être périodiquement proposée aux personnels : le passage du C.A.T. au service de suite, ou de l'intervention à domicile vers un foyer peut redonner son dynamisme à l'éducateur technique ou à l'auxiliaire de vie menacé par la routine. Cette mobilité est en principe favorisée par le regroupement de diverses institutions et services au sein d'un même organisme gestionnaire, mais il est surprenant de constater que cette facilité est en fait peu exploitée par les personnels comme par les gestionnaires qui trop souvent considèrent les différents éléments du réseau comme des unités étanches, cloisonnées sinon rivales.

Aux directeurs d'établissement, privés, au nom des responsabilités institutionnelles, de toute vie familiale et personnelle pendant des années, des changements plus radicaux encore devraient s'offrir : évolution vers les carrières de la recherche ou de la formation des travailleurs sociaux. Mais cette mobilité extra-institutionnelle demande que les réglementations soient assouplies : équivalence de diplôme, reconnaissance de l'ancienneté acquise sous d'autres régimes conventionnels, etc...

- L'ouverture sur l'extérieur est une autre forme importante de soutien pour la prévention de l'usure des personnels : l'ouverture aux familles, au voisinage, aux bénévoles, devrait donner aux personnels le sentiment qu'ils ne sont pas seuls responsables de tout, que la tâche est partagée, que des relais sont possibles. Or trop nombreuses sont les équipes qui refusent le partage et donc l'allègement des tâches. Elles se créent et renforcent ainsi un sentiment d'exclusion qui ne fait qu'aggraver l'exclusion sociale des adultes handicapés.

La dynamique inverse se développe quand une équipe se donne pour but d'insérer l'institution dans son environnement social en multipliant les occasions de travailler à la fois dans l'établissement et au dehors : soit en prestations de services pour d'autres établissements, soit en organisant le suivi des adultes handicapés qui s'insèrent à l'extérieur, ou en contribuant à la formation d'autres personnels. Si théoriquement les possibilités d'ouvertures sont nombreuses et variées, dans la pratique elles sont restreintes par la rigidité des réglementations, et par la tendance naturelle au repli qui s'installe précocement au sein des équipes surchargées.

- Enfin, l'évaluation, voire la recherche mises en oeuvre pour les équipes avec l'aide indispensable d'aides extérieures, peuvent constituer un soutien de qualité dans la lutte contre la routine et l'usure.

L'évaluation, comme la recherche, nécessite des apports extérieurs de la part des universités, des organismes de recherche, et des tutelles pour apporter aux équipes et à leurs responsables :

- . un support technique, méthodologique ;
- . un regard distancié permettant l'objectivation de la pratique ;
- . la reconnaissance des actions menées tant sur le plan d'une certaine théorisation de la pratique sociale que dans le domaine beaucoup plus concret d'un ajustement qualitatif, sinon toujours quantitatif, des moyens (en personnel, en équipement...) aux besoins évolutifs mieux perçus à la suite d'une analyse évaluative ou d'une recherche.

Lorsqu'il s'agit d'établissements et d'équipes travaillant pour les adultes handicapés, ces moyens sont certes désirés mais particulièrement difficiles à mettre en oeuvre pour de multiples raisons : parce que ce secteur est des plus neufs sauf pour ce qui est des C.A.T. et des hôpitaux, parce qu'il est quantitativement insuffisant (sauf encore pour ce qui est des hôpitaux) ; ces deux premières raisons font que les équipes sont trop astreintes par l'urgence des tâches à découvrir et à remplir, pour pouvoir prendre le recul nécessaire à l'évaluation, la réflexion et la recherche.

Cependant, il ne faudrait sans doute que peu d'incitations venant de l'extérieur pour que la jeunesse même de ces équipements les pousse à une démarche réflexive.

Là on se heurte aux difficultés méthodologiques de l'évaluation et de la recherche, plus aiguës sans doute en ce qui concerne les adultes que dans les autres secteurs d'activité : la disparité des déficiences, congénitales ou acquises, le poids mal connu de l'âge, l'éventail plus large et plus cloisonné des institutions, le manque de qualification d'une fraction plus importante des personnels, la restriction des équipes, rendent l'évaluation et la recherche actuellement plus aléatoires. Et pourtant le miroir réfléchissant qu'elles constituent est un des meilleurs soutiens potentiels des personnels.

L'ensemble de ces soutiens : mobilité, liberté d'expression, supervision, ouverture, réflexion, ont en commun leur pouvoir de rétablir un espace de liberté pour que les personnels ne se retrouvent pas dans une situation de contrainte partagée avec les adultes handicapés. L'exclusion dont sont victimes les adultes handicapés poussent les personnels au repli - d'autant plus facilement que certains d'entre eux sont d'eux-mêmes marginalisés les soutiens sont indispensables pour rompre ce cercle vicieux : les adultes handicapés ont droit à l'aide de personnels bien insérés, seuls garants en retour de leur meilleure intégration. Ces personnels à leur tour ont donc droit à l'attention et à la coopération des universités, des organismes de recherche et de formation, des tutelles administratives et des élus locaux pour pouvoir participer à la réflexion du corps social.

III.3 LES FORMATIONS

Les travaux du groupe d'étude ont démontré précédemment que la complexité des tâches à accomplir auprès d'adultes handicapés rendaient nécessaire pour les professionnels comme pour les non-professionnels, une formation qui peut se faire selon des modalités très diverses.

L'objectif premier serait qu'elle puisse avoir toujours valeur de soutien. Il apparaît également souhaitable que les formations soient non pas des cadres rigides qui enferment l'intervenant dans un statut et une fonction fixés pour

la durée de toute une carrière, mais qu'elles soient conçues comme des outils de changement facilitant l'adaptation des personnes et des personnels, aux besoins en évolution des adultes handicapés et des équipements.

Le groupe d'étude s'est donc longuement interrogé sur :

- . l'état actuel des formations,
- . les adaptations nécessaires.

3.3.1. L'état actuel des formations

Nous avons vu l'extrême diversité des formations aux différentes professions oeuvrant dans les établissements et services pour adultes handicapés : elles sont disparates par leur niveau, leur ancienneté, leur durée, leur modalité pédagogique et leur contenu... Les diplômes qui les sanctionnent ne sont pas tous des diplômes d'Etat et débouchent sur des statuts professionnels plus ou moins autonomes mais dans l'ensemble très cloisonnés, offrant peu de possibilité de passerelles entre les niveaux d'une même profession et surtout d'une profession à l'autre.

Dans l'ensemble l'éclairage apporté par les différentes formations sur les problèmes qui se posent au sujet des adultes handicapés sont radicalement différents selon qu'il s'agit de former des "généralistes" pouvant être occasionnellement en contact avec eux (par exemple : les animateurs socio-culturels, les médecins généralistes...) ou qu'il s'agit, au contraire de la formation de spécialistes (auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques, médecins psychiatres...). Dans le premier cas, dans l'état actuel des choses, aucune information sur les handicaps n'est inscrite dans le cursus de base, pas même une sensibilisation de contact (sauf pour la préparation du diplôme d'Etat d'Infirmières, depuis la réforme de 1980). Ces professionnels ne peuvent donc avoir recours qu'à une formation "sur le tas" ou à la formation continue, lorsqu'ils veulent mieux répondre aux besoins des personnes handicapées rencontrées dans leur pratique.

Pour les spécialistes, il ne saurait bien entendu en être de même, mais tous les problèmes de formation ne sont pas résolus pour autant. Le groupe d'étude les a analysé en détail à propos des formations aux professions socio-éducatives d'accompagnement.

Avant d'examiner certains des problèmes relevés par le groupe d'étude, nous rapportons brièvement ici les résultats d'une enquête qu'il a fait par questionnaire auprès des écoles de service social et des écoles d'éducateurs spécialisés :

"4 écoles de service social sur 18 contactées ont répondu, 2 font une formation spécifique depuis 15 à 20 ans, obligatoire, comportant pour l'une 30 heures et pour l'autre 60 heures d'interventions diversifiées : cours, table-ronde, visites, stages. Les aspects médicaux, sociaux et législatifs relatifs aux handicaps sont couverts pour les enfants et les adultes.

Les 2 autres écoles ne font, sur le plan théorique, qu'une simple sensibilisation. Des possibilités de stages très diversifiées y sont cependant ouvertes, allant de 2 à 5 mois.

32 écoles d'éducateurs sur 46 ont répondu, 22 centres (les 3/4) font une préparation spécifique au travail auprès des adultes, un l'a mise en place antérieurement à 1970, 6 entre 1970 à 1974, 12 entre 1975 et 1979 et 3 postérieurement à 1980. Sans doute on peut saisir là l'impact de la loi d'orientation de 1975, mais aussi le fait que les établissements pour adultes handicapés se développent plus significativement depuis 1975 et cette loi. Les formations se font principalement en voie directe, 10 en cours d'emploi, 4 en formation continue.

Les modalités pédagogiques sont très diversifiées : séminaires, unités de valeur ou de formation, ateliers, recherches, réflexions... On remarque la rareté des apports théoriques. Ces formations sont à peu près à égalité obligatoires ou optionnelles. Ces caractéristiques reflètent la diversité pédagogique des écoles et la part prépondérante des pédagogies actives par rapport au théorique.

L'ouverture aux problèmes spécifiques des adultes a souvent été provoquée par les formations en cours d'emploi ou par le C.A.F.E.T.S., voire par les formations d'A.M.P. La sensibilisation des écoles s'est donc faite à partir de la création d'équipements pour adultes handicapés et de leurs personnels à former en cours d'emploi.

La formation est souvent intégrée dans un ensemble et rarement isolable. Il semble donc que la formation concernant les adultes handicapés n'ait pas encore une place reconnue à part entière dans le cursus complexe et diversifié à l'extrême des écoles d'éducateurs. Ceci tient bien entendu au caractère récent et restreint des équipements spécialisés. Mais il ne faut pas oublier que d'une manière plus générale la formation sur les handicaps de l'enfant est encore dans la plupart des écoles relativement restreinte par rapport à l'enseignement concernant l'inadaptation sociale.

Interrogées sur le nombre d'heures d'enseignement théorique consacré aux adultes handicapés, les 10 écoles qui ont pu répondre avec précision au sujet d'un enseignement isolable du reste indiquent une répartition variable de 30 à 100 heures, ce qui, comparé aux 800 heures d'enseignement théorique prévues au cours des 3 ans de formation est de toute façon assez restreint. La restriction est un peu moins nette en ce qui concerne la formation pratique.

Pour les stages, en effet, 18 écoles affirment leur existence, les autres sont organisés en cas de demande des candidats ou lorsque ceux-ci travaillent auprès d'adultes.

L'absence d'incitation réglementaire joue certainement comme un frein au développement normal de cette formation. En effet, les écoles qui n'organisent pas de formation spécifique précisent souvent que celle-ci n'est pas prévue par les textes réglementant le Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé (D.E.E.S.). Elles reconnaissent cependant être actuellement sensibilisées à ces problèmes par l'intermédiaire des stages essentiellement, et sans doute, grâce à la multiplication récente des professions (A.M.P., Educateur technique) et grâce à la diversification des actions de formation instaurées depuis 1974 dans les écoles d'éducateurs pour répondre à la fois à ces besoins nouveaux des jeunes professions et aux contraintes économiques créées par l'instauration des quotas pour les éducateurs spécialisés.

On remarquera que seule une minorité des écoles souligne, pour s'y opposer, la multiplication des professions éducatives : cette opposition semble paradoxale eu égard à la portion congrue faite à la formation concernant les adultes handicapés dans certaines écoles d'éducateurs spécialisés et à la diversification des formations entreprises par beaucoup d'autres. Elle est sans doute également significative des incertitudes concernant la place de l'éducation spécialisée au sein des équipes travaillant auprès d'adultes handicapés. En effet, à la lumière de ces réponses à l'enquête, il ressort que le débat à l'intérieur même des écoles d'éducateurs est loin d'être épuisé entre ceux qui refusent, par principe, la présence des éducateurs spécialisés auprès des adultes dans la volonté de limiter tout ce qui a rapport à l'éducation et tout ce qui rappelle l'enfance et ceux qui pensent qu'au contraire, et sous réserve d'une adaptation des formations, les éducateurs spécialisés sont les intervenants privilégiés auprès des adultes.

Il reste que les écoles sont conscientes que, volontairement ou non, les éducateurs spécialisés sont et seront de plus en plus amenés à travailler auprès des adultes du fait des mutations actuelles de la population des handicapés et qu'il leur faut donc les y préparer.

Le groupe d'étude a complété les données de cette enquête par une réflexion sur certains aspects des pratiques actuelles de la formation aux professions socio-éducatives d'accompagnement ; la plupart de ces réflexions valent aussi bien pour la préparation d'une action auprès d'enfants en difficulté. Un certain nombre d'entre elles dépasse le cadre des professions éducatives et concerne l'ensemble des professions intervenant auprès d'adultes handicapés.

° **La résurgence des personnels éducatifs non formés :**

Rappelons que l'étude de l'A.G.F.I. SSS montre qu'en 1982 le taux des personnels non formés, en poste dans les établissements pour adultes, est considérable, surtout dans les établissements d'hébergement, plus considérable que dans les autres établissements et services spécialisés :

| Personnel "éducatif" | non diplômés | Total des personnels éducatifs diplômés et non diplômés | % des non diplômés |
|-------------------------------------|--------------|---|--------------------|
| Hébergement des adultes | 800 | 2.090 | 40 % |
| Travail protégé | 992 | 4.778 | 20 % |
| Réinsertion professionnelle | 92 | 521 | 18 % |
| Sous-total auprès d'adultes | 1.884 | 7.389 | 25 % |
| Total auprès d'adultes et d'enfants | 9.959 | 50.141 | 20 % |

Le groupe d'étude a réfléchi sur les raisons de cet état de fait, tout à fait regrettable, moins d'une décennie après la fin des actions d'adaptation et contraire à toutes les réglementations : il semble que les raisons principales tiennent au fait que les professionnels diplômés sont attirés d'abord vers les services ouverts (peu nombreux quand il s'agit d'adultes) et ensuite par les enfants, pour lesquels ils se sentent mieux formés et plus efficaces. De plus, il semble que le recrutement pour les établissements pour adultes soit surtout local et s'adresse donc à des personnes à la recherche d'un emploi, au départ dépourvus de qualification spécialisée : qu'il s'agisse d'une aide à la vie quotidienne ou d'un technicien d'atelier, la formation des uns (A.M.P., Auxiliaire de vie) ou des autres (C.A.F.E.T.S., moniteur d'atelier) ne peut se faire, après une certaine expérience, qu'en cours d'emploi. Or, cette formule, pédagogiquement intéressante, est soumise à une triple contrainte : la sélection sur laquelle nous allons revenir, la capacité limitée des Centres de formation depuis l'instauration de quota restreignant la plupart des formations, et surtout le poids insupportable des formations en cours d'emploi : les institutions, tout particulièrement les foyers d'hébergement, ont des équipes trop restreintes pour pouvoir faire face aux départs en formation sans que ce soit au détriment des adultes handicapés : certains

foyers ont calculé qu'il leur faudrait plus de 10 ans pour former l'ensemble des personnels, compte non tenu des ruptures de contrats, après obtention de diplômes...

° La sélection

Celle-ci ne sera sans doute jamais totalement fiable dans la mesure où elle restera pour beaucoup de l'ordre du subjectif. Si les problèmes de la sélection sont réels, il faut sans doute, par rapport à la formation proprement dite, les relativiser. Il faut d'abord constater la grande variété des modalités de sélection. Celles-ci varient non seulement d'une profession éducative à une autre (elle n'existe pas, et on peut le regretter dans toutes les professions sociales), mais aussi en fonction des différentes écoles et centres de formation. La sélection est également influencée par la formation en vue de laquelle elle est faite. En fonction du nombre de places disponibles en formation, elle peut aller du concours d'admission très serré et "quantitatif", à un examen beaucoup plus qualitatif. On ne dispose pas de critères précis et standardisés de sélection ; il semble que celle-ci s'opère plus souvent dans une optique d'appréciation des aptitudes à la formation plutôt que pour un dépistage des contre-indications à l'exercice d'une profession sociale. Or, nous avons vu le poids de l'exercice professionnel sur la personnalité à laquelle aucune formation ne pourra jamais donner les indispensables qualités de cohérence, de stabilité et d'ouverture ; les meilleures formations ne pouvant que renforcer et soutenir les qualités individuelles.

On doit aussi différencier les problèmes de la sélection selon qu'il s'agit d'une formation initiale ou d'une formation en cours d'emploi. Or, bon nombre de professionnels engagés auprès d'adultes handicapés n'ont pas eu de formation initiale et n'accéderont à une formation que postérieurement à l'exercice de l'emploi (A.M.P. - Auxiliaire de vie). C'est alors l'employeur qui finalement opère la première sélection lors de l'embauche et, évidemment, selon des critères qui lui sont propres et sont totalement subjectifs certes, mais qui ont l'avantage en général d'être fondés sur l'observation d'une pratique journalière - plutôt que sur des tests ou sur des épreuves de culture générale. Lorsque la sélection d'école est contraire à la sélection d'embauche, le dilemme est parfois cruel pour le candidat comme pour son employeur : renoncer à la fonction ou à la légalité ? De telles contradictions

contribuent sans doute à l'éternelle reproduction des personnels non formés... et non sélectionnés ; problème qui ne pourrait être résolu que par une réflexion approfondie sur la mise au point d'outils plus fiables de sélection... ou par la suppression pure et simple des sélections. La pratique actuelle de sélection imposée à certaines professions (éducateurs) et non à d'autres (psychologues, psychiatres...) avec des procédures variables et souvent peu adéquates, semble en tous cas peu adaptée à des formations comme à des pratiques de qualité.

° L'impact des formations

Il est apparu au groupe d'étude que même dans les formations aux professions éducatives dans lesquelles théoriquement la part des stages et des techniques dépasse celle de la formation théorique, le passage en formation, en voie directe et même en cours d'emploi, opérait souvent un renversement des valeurs et des intérêts au détriment des pratiques, et plus encore du sujet handicapé : ce constat n'est bien entendu pas à généraliser, mais il a été fait à plusieurs reprises et a été formulé de plusieurs manières : "Les écoles sont trop extérieures aux terrains..., la formation éloigne l'éducateur de la pratique... l'équilibre entre théorie et pratique n'est pas respecté..." ... De nombreux responsables d'établissements finissent par redouter d'envoyer leurs personnels en formation ou de recruter du personnel diplômé. Ils souhaiteraient que la formation aboutisse à un travail qualitativement meilleur et à une meilleure adaptation au poste de travail, en somme à une meilleure efficacité. Or la formation est avant tout un agent de changement. Le nouveau regard qu'elle apporte entraîne des exigences nouvelles et une remise en cause du travail effectué antérieurement qui ne sont pas sans répercussions au niveau de l'institution dans son ensemble. Les craintes des responsables des établissements sont donc assez légitimes du fait de la double responsabilité qu'ils ont à assumer : ils sont tenus d'une part de favoriser et d'envoyer les gens en formation tout en étant d'autre part responsables du bon fonctionnement de l'institution dont ils savent qu'il risque d'être perturbé par ces formations. Les interpellations qu'elles provoquent ne sont pas toujours adaptées à la réalité journalière des institutions, surtout en ce qui concerne les adultes handicapés trop souvent ignorés des formateurs.

° La formation des formateurs

En effet, si trop d'écoles ont recruté en trop grand nombre des formateurs universitaires insuffisamment pourvus d'expérience professionnelle, le manque de référence à la pratique est particulièrement criant en ce qui concerne les adultes handicapés : le caractère récent de la plupart des équipements, la relative rareté de l'encadrement diplômé, expliquent qu'il soit exceptionnel actuellement de trouver dans les écoles d'éducateurs des formateurs ayant eu une expérience professionnelle auprès d'adultes. Sans doute le temps est-il venu pour qu'une génération de praticiens vienne en modéliser une autre, après avoir bénéficié d'une formation universitaire, d'une formation de directeur ou d'une formation supérieure au travail social. Le Diplôme Supérieur en Travail Social (D.S.T.S.) est malheureusement de création trop récente (1978) pour que de nombreux formateurs aient pu en bénéficier. Le groupe d'étude constate cet état de fait avec un double regret : la formation est trop souvent théorique parce qu'elle est donnée trop souvent par de jeunes théoriciens ; l'accès des professionnels expérimentés (directeurs de C.A.T. et de foyers) à la carrière de formateur n'est actuellement pas assez ouvert, alors qu'une telle évolution est non seulement souhaitable pour les élèves éducateurs, mais nécessaire pour ces professionnels pour lesquels, nous l'avons vu, il est indispensable de changer un jour ou l'autre de contrainte : passer de celle d'une responsabilité d'institution à une responsabilité de formation est une des meilleures formes de renouvellement.

3.3.2 Des adaptations nécessaires pour les formations

Pour faire en sorte que les formations constituent des soutiens pour les professionnels et les non-professionnels et deviennent des outils de changement adaptés aux pratiques auprès d'adultes handicapés, le groupe d'étude s'est prononcé sur un certain nombre d'options :

° des adaptations réglementaires sont nécessaires.

On a vu à propos de la formation des infirmières que seule une réforme du diplôme d'Etat a pu entraîner une modification rapide et généralisée, non seulement du contenu mais aussi des modalités pédagogiques de la formation, favorisant l'adaptation de la profession aux soins et aux relations avec des malades chroniques et des personnes handicapées.

Il est prévisible par conséquent que les efforts faits par quelques-uns pour mieux préparer les médecins à cette même tâche ne trouveront une efficacité que si cette préoccupation est inscrite dans la réforme des études médicales : ce qui n'est pas encore le cas.

Des dispositions similaires sont nécessaires pour adapter d'autres formations de "généraliste" : animateur socio-culturel, aide-soignant, assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, travailleuse familiale... Dans le même ordre d'idée, il serait souhaitable que le programme du diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé inclue officiellement une formation théorique et pratique, concernant les adultes handicapés pour être au moins incitatif et non plus dissuasif à cet égard.

Les autres modifications réglementaires souhaitables concernent les financements : pouvoir financer la formation des non-professionnels, au besoin en les faisant bénéficier de la loi de 1971 sur la formation continue, ce qui n'est actuellement possible que s'ils sont salariés par ailleurs ; financer **effectivement** le remplacement des personnels formés en cours d'emploi, la réglementation existant à ce sujet semblant tomber en désuétude faute d'application ; inciter par voie réglementaire à une meilleure utilisation des fonds de la formation continue pour qu'ils s'appliquent en priorité à des perfectionnements pluridisciplinaires dans le domaine des adultes handicapés... ne sont que quelques options parmi d'autres.

- Dans les formations de base, une sensibilisation :

° Pour les non-spécialistes, une sensibilisation, comportant au minimum un stage de contact auprès de personnes handicapées suivi de discussions, devrait permettre au professionnel en formation de tester ses réactions dans la rencontre du handicap et d'éclairer ainsi son éventuelle orientation dans ce domaine, ou son repli prudent si son trouble émotionnel est trop intense. Il s'agit là du minimum souhaitable pour tous, qui éviterait à quelques-uns de s'engager dans une voie pour laquelle ils ne sont pas faits : en effet le choix est plus pertinent si le premier contact et l'analyse des réactions peut se faire précocement, très en amont de l'engagement professionnel. Une information un peu plus poussée sur les besoins des

personnes handicapées et les réponses existantes serait tout aussi nécessaire pour élaborer un début de compréhension des personnes handicapées et de langage commun avec les spécialistes.

° Pour les spécialistes, engagés de principe auprès de personnes handicapées, c'est une sensibilisation auprès d'adultes qui paraît précocement nécessaire, là encore pour éclairer à distance les futurs engagements professionnels.

Par ailleurs, le groupe d'étude a examiné l'intérêt et les limites d'un tronc commun dans les formations de base. On a vu plus haut l'intérêt majeur que représenterait une harmonisation de la formation des différents intervenants à domicile. D'autre part l'enquête faite auprès des établissements (cf. annexe II) montre qu'ils ont une attente très vive, pratiquement consensuelle à cet égard. L'expérience réalisée par les Instituts Régionaux de Formation de Travailleurs Sociaux (I.R.F.T.S.) d'une première année de formation, commune aux éducateurs spécialisés, assistants de service social et éducateurs de jeunes enfants, a certes démontré son intérêt économique et une capacité à fonder un langage commun, un même regard sur les difficultés du sujet et sur l'action de l'intervenant ; cette communauté de vue laisse présager un travail en équipe plus cohérent et moins conflictuel. Des plages communes de formation devraient être favorables à l'instauration d'un esprit de changement, et constituer des possibilités réelles de passerelles entre des professions jusqu'alors cloisonnées. La sensibilisation aux besoins des adultes handicapés peut trouver place au cours des cursus de base des spécialistes à travers des lieux de stages communs et aussi lorsque les formations adoptent la forme pédagogique de modules ou d'unités de valeur : un exemple a été exposé devant le groupe d'étude de deux modules communs à des étudiants du D.E.F.A., des assistants de service social et des élèves éducateurs spécialisés, portant sur la pédagogie des relations humaines et sur la connaissance du milieu ; il est bien certain que ces deux modules globaux transdisciplinaires pouvaient trouver à s'illustrer auprès de populations de tous âges et en diverses situations de handicap. Que ce faisant, cette pédagogie est favorable à l'harmonisation de vocabulaires, des fonctions et donc à la mobilité que certains personnels seront amenés à faire secondairement vers les adultes handicapés. Cependant ces expériences sont trop rares et trop récentes pour

qu'on sache si ces attentes ne seront pas déçues ou si elles ne se réaliseront pas au prix d'un effacement de l'identité professionnelle, conduisant à la confusion des rôles.

Ces questions demeurant pour l'instant sans réponse, le groupe d'étude compte, à court terme, plutôt sur les actions de formation continue pluridisciplinaire que sur les tronc communs en formation de base, pour instaurer un langage et des attitudes communes ou du moins harmonisées.

- Des spécialisations pluridimensionnelles :

Les programmes des formations de spécialistes - qu'il s'agisse de l'A.M.P., de l'infirmier psychiatrique, du médecin de rééducation, voire de l'éducateur spécialisé... sont bien entendu, chacun à leur niveau et dans leur spécificité, extrêmement riches de savoirs diversifiés. Cependant le groupe d'étude a été amené, en analysant les divers programmes, à émettre un certain nombre de souhaits pour l'avenir. Dans la plupart de ces formations il lui a semblé souhaitable de dépasser le cadre de l'enseignement des disciplines (la psychologie, la médecine, le droit, la pédagogie...) pour aborder dans la pluridisciplinarité les partenaires de l'action sociale : le sujet en difficulté, la famille, les personnels en tant que professionnels et en tant que personnes, les institutions, les groupes sociaux, les administrations, les réglementations... Il semble que ce soit vers un meilleur équilibre entre ces diverses dimensions de l'action sociale que l'évolution des formations professionnelles des acteurs sociaux est en train de se faire plutôt que vers l'attribution d'un quota d'heures supplémentaires à telle ou telle discipline. Cela revient peut-être à dire que les formations aux métiers sociaux ne peuvent, ni ne doivent être purement universitaires, qu'elles ne peuvent ni ne doivent être conçues d'une seule tenue, closes sur elles-mêmes, car quand elles le sont, elles forment des théoriciens démunis devant la pratique. On perçoit ici que, comme souvent, le handicap cristallise les dysfonctionnements analogues et cachés de domaines adjacents : par exemple celui de la santé, où on voit la formation médicale universitaire produire des théoriciens, laissant aux malades le soin de former "leurs" praticiens...

Or, même dans le cadre de la réglementation unique et officielle de la préparation au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé, on voit les écoles inscrire des projets diversifiés dont les uns, très théoriques, se rapprochent fort d'une formation universitaire, et dont les autres inscrivent plus efficacement dans une formation pluridimensionnelle bien équilibrée, les savoirs théoriques, les pratiques et les techniques nécessaires à des professionnels de l'éducation soucieux de faire, d'entendre, de se comporter et de se situer. Par contre, l'inscription de spécialisations concernant les adultes handicapés dans les formations de base n'a pas été retenue, le groupe d'étude considérant que l'engagement professionnel dans cette voie ne se fait ni ne doit se faire précocement, mais de préférence à la suite d'une expérience plus ou moins longue auprès d'enfants ou hors de toute spécialisation étroite.

Concernant les adultes handicapés, le groupe d'étude a donc préféré que ces formations comportent une sensibilisation au sujet des adultes handicapés et un rééquilibrage des apports théoriques, pratiques et techniques plutôt qu'une formation précocement très spécialisée.

- Une formation continue pluridisciplinaire et "fonctionnelle"

Ainsi que nous l'avons vu à maintes reprises, le groupe d'étude place beaucoup d'espoir dans la formation continue comme vecteur de perfectionnement et de soutien dans le travail auprès d'adultes handicapés, et tout particulièrement pour permettre l'adaptation des personnels aux difficultés vécues par les adultes handicapés, surtout lorsqu'ils les abordent à la suite de la "reconversion" d'un établissement d'enfants ; le groupe d'étude à ce sujet considère que si une formation complémentaire de tous les personnels est indispensable à la réussite de ces changements, elle ne peut être considérée à elle seule comme suffisante pour résoudre les multiples difficultés d'adaptation des structures qu'il est bien préférable de créer, pour les adultes, de première intention.

En tout état de cause, la formation continuée - sinon continue - des personnels dans l'action sociale devrait être de règle, et plusieurs modalités ont tenu l'attention du groupe d'étude : en premier lieu, il s'agit des multiples sessions de formation permanente, mises à la disposition des

travailleurs sociaux, comme de tous les autres, par la réglementation de juillet 1971. Le fait que le financement en soit correctement assuré et que le bénéfice de la loi soit ouvert à tous les travailleurs, en fait le lieu de rencontre entre les professions et entre les institutions théoriquement idéal. Il reste à faire en sorte que les personnels des services publics n'en soient pas exclus, et que les thèmes de formation soient conçus par les formateurs et choisis par les personnels avec le souci de leur valeur de soutien et de perfectionnement dans l'action sociale.

Après quelques errements, l'utilisation des fonds de la formation continue semble tenir compte de ces objectifs. S'adressant à des personnels venant d'horizons institutionnels et professionnels divers, mais qui théoriquement ont acquis dans leur pratique plus de maturité personnelle et la capacité de se poser des questions, la formation continue devrait pouvoir aborder les grands thèmes transversaux qui échappent aux formations de base dans leurs modalités actuellement cloisonnées et nécessairement cadrées par les programmes officiels. La formation continue a donc théoriquement toute liberté de répondre rapidement aux thèmes nouveaux qui émergent continuellement d'une action sociale en constante évolution ; nous en citerons quelques-uns qui peuvent avoir trait aux adultes handicapés :

- . l'intervention à domicile ;
- . le travail, valeur d'insertion sociale ? ;
- . l'apport des technologies nouvelles à la maîtrise
de l'environnement
de la communication ;
- . l'impact du vieillissement ;
- . être adulte et handicapé... ;
- . la participation des adultes aux décisions qui les concernent ;
- . déontologie professionnelle : le dit et le non dit ;
- . les parents des adultes handicapés vieillissants... ;
- . connaissance et maîtrise des ressources locales ordinaires... ;

Bien d'autres thèmes surgissent de la pratique et se retrouvent dans les travaux du groupe d'étude. Les traiter dans le cadre de la formation continue, dans des groupes restreints réunissant des professionnels diversifiés appartenant à différentes institutions, crée un corpus commun de langage et de

connaissances et contribue plus sûrement au décloisonnement des professions et des institutions et à la mobilité des personnels que n'importe quelle obligation réglementaire.

Les perfectionnements offerts par les formations supérieures contribuent, elles aussi, largement, à la mobilité des personnels et donc à leur soutien, bien qu'elles ne soient destinées qu'à une partie d'entre eux :

Les formations au certificat d'aptitude à la direction d'établissement sont en pleine mutation en raison de leur très récente décentralisation à partir de l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes. Le groupe d'étude s'est borné à envisager les options souhaitables pour ce qui concerne les adultes handicapés ; le partage théorique entre deux types de direction : celle des établissements de l'enfance inadaptée, celle des C.A.T., semble laisser dans un vide relatif la préparation à la direction de tous les autres types d'établissement (M.A.S., Centre de réadaptation) et des services (services d'auxiliaires de vie...). Là, comme ailleurs, la présence de directeurs en formation travaillant dans ce type de structure apporte une information - par le biais des mémoires et des groupes de discussion - et une incitation pour les formateurs. Mais peut-être faudrait-il aller plus loin, et inscrire plus largement les questions ayant trait à ces établissements et services pour adultes handicapés dans le programme des formations aux fonctions de directeur.

Les formations supérieures en travail social peuvent emprunter deux voies totalement différentes :

- les formations universitaires : licences et maîtrises de sciences sociales appliquées au travail sont d'accès assez ouvert, mais elles restent dans l'ensemble très théoriques, contribuant plutôt à une excentration des tâches journalières dans la vie institutionnelle qu'à l'ouverture vers de nouveaux profils de postes ou de carrières. La création récente de maîtrises de sciences et techniques (M.S.T.) appliquées à la communication ou à l'orientation des handicapés mentaux, ouvre une perspective neuve dans un esprit plus pragmatique. Il est trop tôt pour pouvoir juger de l'insertion professionnelle des titulaires de ces nouveaux diplômes.

Par contre, le D.S.T.S., instauré en 1978, ouvre théoriquement trois perspectives importantes aux personnels diplômés, expérimentés (5 ans d'exercice professionnel) et préparés à l'acquisition de connaissances nouvelles par 500 à 600 heures de formation continue : l'accès à cette formation est particulièrement difficile puisque le candidat doit - en sus de ses obligations - exercer déjà l'une des 3 fonctions auxquelles le D.S.T.S. apporte un approfondissement (670 heures de formation) et la reconnaissance d'un diplôme ; ces 3 options étant : l'encadrement, la recherche et la formation des travailleurs sociaux. L'intérêt personnel et promotionnel des trois perspectives de carrière ouvertes par le D.S.T.S. permet de penser qu'il sera de plus en plus largement recherché par les professionnels expérimentés et entraînés aux formations continues, soucieux de limiter l'usure par un renouvellement de leurs capacités et des perspectives de mobilité.

° Qui doit former qui ? Comment ?

En guise de conclusion à la réflexion du groupe d'étude sur les formations, on ne fera que rappeler ici brièvement les principales options qui ont jalonné ces travaux.

Quels formateurs ?

Il est apparu clairement au groupe que les formateurs, non plus que les intervenants, ne devaient être monovalents et uniformisés. Dans les écoles, dans les centres de formation, dans les universités, dans les organismes de formation continue, les responsables doivent savoir réunir pour une action de formation ayant trait aux personnes handicapées, et dans un juste équilibre :

- des praticiens expérimentés, porteurs de la réalité du travail journalier mais aussi d'une réflexion critique distanciée ; l'idéal étant que les formateurs demeurent, pour partie de leur temps, des praticiens ;

- des personnes handicapées ou leurs représentants au sein des associations ;
- des responsables de la vie sociale (élus locaux, équipes des D.D.A.S.S...) pour rappeler chacun à la finalité de son action, et au partage de la réflexion, de la connaissance, et des décisions avec le sujet handicapé, dont l'expérience de vie est souvent plus éclairante que de longs discours.

Les bénéficiaires de la formation ?

Là encore, le groupe d'étude peut affirmer que si les professionnels ont tous le droit et le devoir de suivre une formation de base et une formation continue adaptées à leur niveau, à leurs appétences, à leurs conditions de travail... les non-professionnels ont également ce droit et ce devoir : les grandes associations de volontaires, et surtout les associations de parents, l'ont bien compris et ont mis en place, parfois sans beaucoup de moyens, des formations qui vont de la simple sensibilisation renouvelée chaque année pour la cohorte des nouveaux participants, à la formation continue des parents à de nouveaux rôles associatifs : la représentation dans les commissions départementales, le soutien interparental... Dans ces actions de formation assez novatrices, certains ont su trouver le juste équilibre dans la composition des équipes de formateurs, associant théoriciens et praticiens aux membres plus anciens de l'association.

Enfin, rappelons que les formateurs ont à être formés et qu'ils ne le sont pas toujours. De plus les formations de formateurs auraient avantage à respecter aussi une alliance tripartite des représentants de la théorie, de la pratique et de l'expérience humaine vécue.

Comment former et se former ?

Le groupe d'étude a retiré de la confrontation des expériences, enquêtes et réflexions, le sentiment que la liberté nécessaire pour vivre et travailler avec les adultes handicapés était plus facile à instaurer et maintenir dans la formation que dans la pratique quotidienne des institutions et services qu'elle doit modéliser et soutenir.

Cette liberté indispensable aux deux niveaux - formation et action - peut diffuser en permanence de l'un à l'autre dans la mesure où les formations de demain continueront et renforceront leur mouvement d'ouverture instauré depuis

une dizaine d'années : conjuguer formation de base, perfectionnements, formation continue, grâce à la capitalisation d'unités de formation (unités de valeurs ou modules) successives ; renforcer les possibilités de passerelles d'une formation à l'autre. Multiplier les expériences, offrir des occasions renouvelées aux uns et aux autres d'être un jour sujet, un jour acteur, un jour formateur, décideur... dans l'action sociale... c'est contribuer à la mise en oeuvre d'une harmonisation des fonctions, d'un usage optimum des ressources locales, de la lutte contre la désinsertion grâce aux solidarités. Les adultes handicapés, parce qu'ils sont des adultes, parce que les actions à leur intention n'ont pas encore trop vieilli, créent un des champs de vie sociale où une telle expérience peut au mieux se développer.

C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

Au terme de ses travaux, le groupe d'étude sur "Les personnels des services et établissements spécialisés pour les adultes handicapés" a souhaité :

- I. Rappeler quelques constats essentiels.
- II. Formuler quelques propositions pour le court terme.
- III. Cerner les domaines qui restent à défricher à moyen et long terme.

I - QUELQUES CONSTATS ESSENTIELS

Le groupe d'étude ne s'était pas donné pour tâche de définir des ratio optima de personnels. Ses membres étaient bien trop avertis du fait que trop de facteurs, actuellement encore non maîtrisables, creusent souvent un écart entre la liste des personnels inscrits dans le prix de journée et leur présence simultanée auprès des adultes handicapés. Il n'empêche qu'il n'a pu éluder la question de la disparité de l'encadrement qui varie - parallèlement bien sûr aux prix de journée - de 1 à 3 pour le même type de structure. Si pour certains établissements, surtout d'hébergement, le groupe d'étude peut affirmer que les personnels sont en nombre trop restreint, il a constaté qu'ailleurs les insuffisances tiennent plutôt à l'organisation, à l'équilibre et aux modalités de la mise en oeuvre du potentiel des personnels. C'est pourquoi les réflexions du groupe d'étude ont porté exclusivement sur une analyse qualitative des attentes des adultes handicapés, des tâches à accomplir, et des moyens nécessaires pour soutenir l'action des personnels :

. Les adultes handicapés sont avant tout des personnes adultes, ayant pour attente essentielle d'être reconnus en tant que tels, à travers l'exercice de leurs choix de vie, compte tenu du handicap.

. Les personnels, professionnels et non professionnels, sont aussi des personnes que le handicap qu'ils côtoient soumet à des contraintes usantes ; formation et soutien leur sont également nécessaires pour être ni enfermants, ni enfermés.

Les établissements et les services sont diversifiés à l'extrême offrant parfois sous des dénominations différentes des actions similaires. Cependant les cloisonnements rigides qui existent entre eux et leur méconnaissance réciproque diminuent leur efficience tout en laissant subsister artificiellement des carences. Les services d'aide à domicile, les foyers pour adultes gravement handicapés, les C.A.T. sont quantitativement insuffisants et insuffisamment équipés en personnels surtout en personnels formés. De plus, il reste à les rendre perméables entre eux et aux milieux ordinaires de vie.

. Les professions sont, elles aussi, très richement diversifiées (nous en avons recensées une cinquantaine intervenant auprès d'adultes), mais formations et statuts demeurent cloisonnés, alors que les fonctions et les rôles s'enchevêtrent : une même personne, ou inversement plusieurs professions, peuvent concourir dans la pratique à remplir les quatre types de tâches que le groupe d'étude a retenues comme essentielles auprès des adultes handicapés :

- faciliter les activités de vie quotidienne.
- assurer les soins et lutter contre le vieillissement.
- offrir une activité régulière, professionnelle ou non.
- assurer l'accompagnement et la médiation sociale.

Cependant le groupe d'étude a considéré que la diversification des professions constituait une richesse qu'il ne faut ni multiplier, ni restreindre.

. Enfin les formations, également diversifiées et cloisonnées, sont marquées par un contraste entre l'absence de connaissance et même de sensibilisation au handicap pour "les généralistes", et des "spécialistes" formés de manière assez étroite à une discipline dominante (médecine, éducation...), souvent centrée sur l'enfance. Là encore il ne s'agit pas

d'être réducteur en formant de nouveaux "spécialistes de l'adulte" mais, grâce à des plages communes de formation en cursus de base et grâce à la formation continue d'instaurer :

- l'esprit, radicalement nouveau d'une relation d'adulte à adulte.
- des possibilités de passerelles entre les professions.

Ces constats sont dans l'ensemble quelque peu paradoxaux mais stimulants, alliant la grande richesse potentielle des diversifications foisonnantes à la rigidité certaine des cloisonnements. Témoin et victime de cette richesse comme de ces cloisonnements, le groupe d'étude, au moment de clore ses travaux découvre encore chaque jour d'autres corps professionnels (ex. les conseillers du travail) et d'autres structures (ex. les sections d'observation et d'orientation...). Il a donc la certitude de terminer ce bilan sans avoir pu être exhaustif.

C'est pourquoi les propositions faites par le groupe d'étude ne concerneront pas tant le développement quantitatif des moyens - développement qui, en dépit de la crise économique, semble avoir une certaine dynamique dans ce domaine relativement neuf de l'action sociale - mais plutôt des modifications qualitatives capables d'apporter mobilité et adaptabilité aux partenaires en présence : adultes handicapés, institutions et services, professionnels, non professionnels.

II - QUELQUES PROPOSITIONS POUR LE COURT TERME

° Pour les adultes handicapés :

Le groupe d'étude a émis une série de propositions destinées à faire mieux connaître leur statut de personnes adultes :

- diffuser la notion nouvelle de "handicap de situation" qui laisse à la personne son originalité et son individualité pour ne faire porter l'action des personnels que sur la traduction psychosociale de la déficience et de l'incapacité dans la vie quotidienne. Une telle approche favorisera la

polyvalence des établissements et services qui rempliraient alors une même fonction (par exemple : l'aide à domicile) pour des adultes très différents les uns des autres (par exemple : des personnes âgées, des malades, des adultes handicapés) réunis par un même besoin, au plus proche de leur lieu d'origine.

- accélérer dans les institutions la mise en place effective des conseils de maison, lieux de concertation locale, favorables à l'élaboration de décisions consensuelles.

- faire respecter l'obligation de leur présence ou de leur représentation dans l'élaboration des décisions à la C.O.T.O.R.E.P. mais aussi dans les institutions quand il est question de leur devenir.

- leur donner les moyens d'un véritable choix de leurs lieux de vie par un assouplissement du fonctionnement des établissements et services et en leur fournissant une bonne information sur les ressources locales.

° Pour les établissements et services :

- renforcer leur polyvalence, favorable à la mobilité des personnels et des personnes handicapées :

- . par exemple dans les lieux d'hébergement, voire de travail, en conjuguant accueil temporaire et de longue durée ;

- . par exemple, en C.A.T., en conjuguant travail interne et insertion sociale à l'extérieur, grâce aux services de suite...

- les alléger et les ouvrir, en les incitant à demander et à fournir à l'extérieur des prestations techniques sous forme de prestations de service :

- . par exemple, recevoir un soutien psychiatrique du secteur et donner de l'enseignement en devenant lieu de stage.

- rendre les structures évolutives en fournissant systématiquement des possibilités de formations complémentaires aux personnels de celles qui sont amenées à se reconvertir en particulier de l'accueil des enfants à celui des adultes, mais en tenant compte du fait :

- . que ces formations ne sont qu'un appoint qui ne résolvent ni l'inadaptation des locaux, ni surtout les incompatibilités liées aux motivations, à l'âge ou aux personnalités des membres de l'équipe.
- . que la polyvalence des actions (exemple : accueil d'externes dans un internat d'enfants) peut être une solution de loin préférable à la transformation en foyer pour adultes, même si elle implique une moindre "rentabilité" financière pour l'établissement en reconversion, et un investissement plus lourd pour créer le foyer manquant pour les adultes handicapés.

° Pour les professionnels :

- conserver la richesse de la diversification comme de la polyvalence en formant des équipes pluridisciplinaires, en acceptant le partage des tâches mais dans la reconnaissance contractuelle des rôles et en s'appuyant sur la fonction de référent, la concertation d'équipe, l'acceptation d'une direction compétente.

- promouvoir, avec la participation des personnes handicapées, des associations gestionnaires et des tutelles, l'évaluation périodique interne de l'action collective grâce à une définition précise des tâches, à la circulation et au partage de l'information.

- instaurer une supervision interne ou externe qui ne devienne pas un carcan obligatoire, mais une régulation souple, disponible à la demande individuelle ou collective, basée sur la reconnaissance et l'estime mutuelles des supervisés et des superviseurs.

- favoriser la mobilité sous toutes ses formes mais en veillant à ce qu'elle s'adresse plus aux personnels qu'aux adultes handicapés qu'il ne faut pas priver de repères et de cohérence :

- . conjuguer les ressources de la mobilité interne - constitution de groupes hétérogènes, passage d'un groupe vers un autre, d'une fonction vers une autre dans la même journée et dans la même équipe - avec les ressources de la mobilité externe : travail dans et hors de l'institution grâce à la perméabilité des équipements.
- . Changement de fonction et de statut : pouvoir passer de la pratique clinique à la maintenance pour les uns ; et pour les autres à la direction, la formation ou la recherche grâce à la formation continue.

° Pour les non-professionnels :

- faire prendre conscience, par l'information du public et des professionnels, de la ressource potentielle d'aide, de solidarité et d'insertion sociales que représente l'action volontaire.

- en favoriser l'acceptation et le développement par :

- . la définition de la complémentarité des rôles.
- . des actions de soutien et de formation analogues, voire en partie communes avec celles des professionnels.
- . la notion de partage libre du temps qui remplacerait avantageusement la charité d'argent.
- . l'information et la sensibilisation des élus locaux, capables de resituer l'action volontaire dans le cadre de la solidarité sociale.

III - LES DOMAINES QUI RESTENT A DEFRICHER A PLUS LONG TERME

Ils sont surtout d'ordre réglementaire ; le groupe d'étude, dans l'attente de l'aboutissement des nombreuses concertations en cours ne peut que répertorier ici les domaines qui restent à défricher à terme :

- Modifier la réglementation :

- . d'une part, pour favoriser la mobilité du personnel au cours de leur carrière : la prise en compte de l'ancienneté, l'harmonisation des conventions collectives favoriseraient le passage d'une structure à l'autre ou d'une fonction (clinique, recherche, formation...) à l'autre ;
- . d'autre part, pour maintenir le dynamisme des personnels et assurer une meilleure cohérence de leur action auprès des adultes handicapés : engager une réflexion sur les rythmes de travail : horaires journaliers, repos, alternances hebdomadaires ou mensuelles, mise en disponibilité, congés sabbatiques...
- . Egalement pour développer le volontariat : créer des possibilités de financer leur assurance, leurs frais de déplacement, l'encadrement et surtout l'information et la formation.
- . Enfin pour donner un véritable choix à l'adulte handicapé entre la vie à domicile et l'accueil en institution : rééquilibrer l'importance respective des services et des établissements et surtout revaloriser l'allocation compensatrice.

Une réflexion concertée de tous les partenaires sociaux sur tous ces points doit pouvoir être menée à son terme.

° **Les formations des personnels** - professionnels et non-professionnels - méritent également une révision profonde englobant divers points :

- réformer les programmes des formations non spécialisées pour y inclure une sensibilisation aux handicaps ;

- décloisonner les formations des spécialistes :

. d'une part par le développement de plages communes en formation de base concernant aussi bien les lieux de stages que les modules théoriques ;

. d'autre part, par le développement de formations spécialisées pluridisciplinaires, insérées dans la pratique et portant sans spécialisations étroites sur les domaines de l'enfance, de l'âge adulte, voire du vieillissement.

- développer la formation continue polyvalente, pluridisciplinaire, pluriappartenante, susceptible de réunir spécialistes et généralistes, professionnels et volontaires, personnes handicapées et personnels, représentants du corps social : c'est à ce niveau que semble devoir s'instaurer la formation au travail spécifique auprès des adultes handicapés insistant particulièrement sur l'originalité radicale de la relation d'adulte à adulte. C'est à ce niveau que peut être évité le transfert sur les adultes des attitudes et des techniques en usage auprès des enfants.

- enfin concevoir véritablement la formation comme un processus continu et mobilisateur qui impliquera qu'on se donne les moyens de développer comme il se devrait la formation des formateurs, ainsi que celle des acteurs sociaux à l'évaluation et à la recherche en action sociale.

Cependant cette liste n'épuise pas les questions irrésolues et difficilement solubles qui se posent encore au sujet des personnels et qui nécessiteront sans doute que se conjuguent une réflexion sur la pratique, des recherches théoriques et évaluatives, puis des dispositions réglementaires (rapport entre identité personnelle et identité professionnelle).

Parmi d'autres, les problèmes non résolus concernent :

- les choix professionnels en regard des motivations, de la construction de la personnalité, de l'image et des expériences que chacun a du handicap et des personnes handicapées.

- les objectifs et les modalités des sélections dont on pourrait éventuellement réexaminer le principe et même la nécessité.

- l'accès à l'information et à la formation, pour les personnels, les volontaires et plus largement pour les personnes handicapées, leur famille et la fraction la plus large du tissu social environnant.

Ces perspectives de longue haleine ont toutes pour intérêt commun de pouvoir améliorer l'insertion sociale des adultes handicapés.

A N N E X E S

| | <u>Page</u> |
|--|-------------|
| I - Liste des participants au groupe d'étude, et des personnes consultées. | 183 |
| II - Enquête auprès des établissements : | 187 |
| II.1. Introduction | 189 |
| II.2. Document de synthèse | 191 |
| II.3. Enquête auprès des établissements de la région Rhône-Alpes | 213 |
| II.4. Questionnaire d'enquête | 247 |
| III - Définition des établissements et services pour adultes handicapés et inadaptés (Code F.I.N.E.S.S.) | 251 |
| IV - Bibliographie : Les adultes handicapés | 269 |
| V - Répertoire des sigles utilisés | 291 |

A N N E X E I

LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE D'ETUDE

| | |
|---------------------------|---|
| M. Marc SCHIFFMANN | Président du groupe d'étude Secrétaire Général du C.R.E.A.I Ile-de-France - PARIS (75) |
| M. ALLARDI | Directeur de l'Association Nationale des I.M.C. - PARIS (75) |
| M. le Professeur M. BLANC | Secrétaire Général du C.T.N.E.R.H.I. PARIS (75) |
| M. Jacques BONNEAU | Directeur du Foyer A.P.F. Louis FIEVET - BOUFFEMONT (95) |
| Mme CEYRAC | Directrice de l'Arche TROSLY-BREUIL (60) |
| Mme le Docteur M. DANZIG | Conseiller médical à la Direction de l'Action Sociale au Ministère de la Solidarité Nationale PARIS (75) |
| M. le Docteur Jean DEMAY | Psychiatre des Hôpitaux. Centre hospitalier spécialisé Charles- Perrens. BORDEAUX (33) |
| M. GALLARD | Directeur adjoint de l'I.F.O.R.A.P.H IGNY (91) |
| Mme J. GERBORE | Présidente de l'A.P.E.I. des Yvelines. Foyer des MESNULS (78) |
| Mme GODEFROY | Assistante sociale. Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle de Kerpape. PLOEMEUR (56) |
| M. GOET | Directeur Adjoint de l'U.N.A.P.E.I. PARIS (75) |
| Mlle E. BARTHEYE | Attachée de Direction de l'U.N.A.P.E.I. PARIS (75) |
| M. A. GUIHO | Directeur du C.A.T. - Foyer "Les Genêts d'Or". MORLAIX (29) |
| M. P. JOUY | Directeur du C.A.T. "Les Papillons Blancs". MOISLANS (80) |

| | |
|------------------------|--|
| M. E. JOVIGNOT | Directeur de l'I.F.E.S. DIJON (21) |
| M. P. KOHLER | Directeur du Centre A.D.E.P. - Foyer Hébergement. EVRY 1 (91) |
| M. LAUER | Directeur de l'E.P.I.R.E.S. CLERMONT-FERRAND (63) |
| M. LEGRAIN | Directeur du Foyer de Vernou. SAINT-MAMMES (77) |
| M. C. MERLEY | Conseiller Technique et Directeur adjoint au C.R.E.A.I. Rhône-Alpes. LYON (69) |
| M. PETIT | Conseiller Technique au C.R.E.A.I. Ile-de-France. PARIS (75) |
| M. le Docteur WIROTIUS | Service de rééducation à l'Institut National des invalides. PARIS (75) |

LISTE DES PERSONNES CONSULTÉES

| | |
|----------------------|---|
| Mme. BAGHADOUST | Direction de l'Action Sociale. Ministère de la Solidarité. PARIS (75) |
| M. P. BLANC | Responsable de l'Equipe de Préparation et de Suite du Reclassement. CRETEIL (94) |
| M. Gilles CHABRE | C.C.R.T. "La Charpente". ROANNES (42) |
| M. Pierre COMTE | Chargé d'études au C.R.E.A.I. Rhône-Alpes. LYON (69) |
| M. Adriano DA SILVA | Conseiller Pédagogique et Technique Direction de l'Action Sociale. Ministère de la Solidarité Nationale PARIS (75) |
| Mme Michèle d'HEILLY | Responsable du Service de Suite au C.A.T. de PALAISEAU (91) |
| Mme Anne DORE | Déléguée Générale du C.E.M.E.A. PARIS (75) |
| M. FELTESSE | Directeur adjoint à l'U.N.I.O.P.S.S. PARIS (75) |
| Mme A. FONTAINE | Equipe de Préparation et de Suite. CRETEIL (94) |

| | |
|--------------------------|---|
| Mme GALLOT | Fonds d'Intervention Culturelle. Cabinet du Ministère de la Culture. PARIS (75) |
| M. GIAMI | Chercheur au Laboratoire Psychoclinique et social. Université Censier. PARIS (75) |
| M. GOURIOU | Chargé de mission au C.L.E.I.R.P.P.A PARIS (75) |
| M. JULIEN | Equipe de Préparation et de Suite. CRETEIL (94) |
| Mme Francine de LA GORCE | Mouvement International A.T.D. - Quart-Monde. PIERRELAYE (95) |
| M. J.J. ROYET | C.E.M.E.A. - I.N.F.P.R.A.S.E. BENOUVILLE (14) |
| M. A. TAPISSIER | Président d'Association d'Infirmiers Psychiatriques. CLERMONT-FERRAND (63) |
| M. VIDALI | Laboratoire Brigitte FRYBOURG. C.N.A.M. PARIS (75) |
| Mme. WALTER | Vice-Présidente du Centre Lorrain de Gérontologie Sociale en Lorraine. Vice-Présidente de la Fédération Mosellane du 3ème âge. |

C.T.N.E.R.H.I.

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Mme. le Docteur Elisabeth ZUCMAN | Conseiller Technique |
| Melle. M.A. PRIGENT | Chargée de Recherche |

A N N E X E II

ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS

1. Introduction
2. Document de synthèse
3. Enquête auprès des établissements de la région Rhône-Alpes
4. Questionnaire d'enquête

ANNEXE II.1.

I N T R O D U C T I O N

En septembre 1982, le groupe d'étude a décidé de soumettre les premiers résultats de ses réflexions sur les personnels à l'examen des responsables de terrain. Une enquête qualitative a donc été lancée par l'intermédiaire des trois C.R.E.A.I. représentés au groupe d'étude dans les régions :

- . Ile-de-France)
(
- . Aquitaine) comportant globalement près de
(20.000 places de C.A.T. et foyers
- . Rhône-Alpes)

Il avait été décidé au départ d'interroger deux à trois départements de chaque région pour toucher dans chacune d'elles une soixantaine d'établissements : C.A.T., foyers et centres de rééducation fonctionnelle (dont aucun n'a répondu). Devant la carence des réponses en Ile-de-France, un troisième département a été choisi, et en définitive environ 200 établissements ont été sollicités (soit 7.917 places de C.A.T. et foyers représentant 40 % de l'équipement régional) auprès desquels 100 réponses, dans l'ensemble précises et détaillées, ont été obtenues représentant 4.058 places, soit 50 % du domaine enquêté et 20 % du total des places existant dans les trois régions.

Il avait été décidé par ailleurs d'interroger tous les services d'auxiliaires de vie et les E.P.S.R. des trois régions. Seuls ceux de la région Rhône-Alpes ont répondu (ainsi qu'un seul service d'auxiliaires de vie de la région parisienne).

Enfin, rappelons qu'aucun centre de rééducation fonctionnelle pour adultes handicapés n'a répondu, dans aucune des trois régions, au motif que leur clientèle ne faisant là que des séjours de durée limitée, ils ne se sentaient concernés par aucune de nos questions sur les personnels. Cette réponse surprenante suggère un certain nombre de questions fondamentales sur lesquelles il serait sans doute bon de revenir :

- Le personnel n'a-t-il de rôle d'accompagnement et d'implication réciproque que dans la durée ?

- La répercussion psychosociale d'une déficience et d'une incapacité (i.e. le handicap) ne peut-elle être prise en considération que si on se sait engagé dans la durée ?

- Ce qui signifierait que les centres de rééducation fonctionnelle se vivent comme des établissements de soins médicaux dépourvus de toute action sociale ?

° Le document d'enquête (Cf. annexe II.4.) se présentait d'une manière assez inhabituelle, significative de son objet : consultation, lancée par un groupe de travail restreint à un groupe élargi de responsables de terrain, sur des données purement qualitatives préalablement élaborées.

Nous avions, pour ce faire, renoncé à toute "inquisition" quantitative sur la composition des équipes, les temps de travail, les qualifications acquises. Nous comptions appréhender ces données à travers les documents administratifs (dépliants, rapports d'activités...) dont nous avions sollicité l'envoi et qui ne nous ont été fournis que dans quelques rares cas.

Les résultats de cette enquête demeurent donc purement qualitatifs. Nous les présentons en deux parties :

I - Une synthèse réalisée au C.T.N.E.R.H.I. par le Dr. Elisabeth ZUCMAN et portant sur :

A - Une brève présentation numérique des établissements du champ d'enquête dans les trois régions.

B - Des données quantitatives sur les personnels, extraites de l'étude réalisée en 1980 par l'A.G.F.I. SSS.

C - Une synthèse des réponses de la région Ile-de-France et Aquitaine qui ont été dépouillées au C.T.N.E.R.H.I.

II - Une analyse des réponses reçues de la région Rhône-Alpes dépouillée et rédigée par P. COMTE et C. MERLEY du C.R.E.A.I. de cette région.

A N N E X E I I . 2

D O C U M E N T D E S Y N T H E S E

A - PRESENTATION DU CHAMP DE L'ENQUETE DANS LES TROIS REGIONS

POPULATION ENQUETEE

TABLEAU I

| REGIONS | EQUIPEMENT TOTAL REGIONAL | | | EQUIPEMENT ENQUETE | | REPONSES A L'ENQUETE | | |
|---|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | Nombre total de places | Places en CAT Places en foyers | Places % de la population | Nombre de places | % de l'équipement | Nombre de places | % de l'existence d'équipement | % du total de l'enquête |
| <u>ILE-DE-FRANCE</u> Population : 5.000.000 âgés de 20 à 64 ans | <u>7.1807</u> | CAT 4.810 Foyer 2.370 | 0,48 % 0,24 % | 1.806 <u>2.7857</u> 979 | 38 % | 733 <u>9917</u> 258 | 13 % | 35 % |
| <u>AQUITAINE</u> Population : 1.300.000 âgés de 20 à 65 ans | <u>4.9027</u> | CAT 2.799 Foyer 2.103 | 1,09 % 0,82 % | 1.780 <u>2.9797</u> 1.199 | 56 % | 892 <u>1.1367</u> 244 | 25 % | 38 % |
| <u>RHONE-ALPES</u> Population : 2.500.000 âgés de 20 à 65 ans | <u>7.6667</u> | CAT 4.558 Foyer 3.108 | 0,92 % 0,63 % | 1.314 <u>2.1487</u> 834 | 27 % | 893 <u>1.9317</u> 480 | 25 % | 89 % |
| <u>ENSEMBLE DES TROIS REGIONS</u> | <u>19.7487</u> | | | <u>7.9127</u> | 40 % | <u>4.0587</u> | 21 % | 51 % |

Sur le tableau I on constate :

- La disparité des équipements est importante, la région Aquitaine étant la mieux équipée, suivie par Rhône-Alpes, aussi bien en C.A.T. qu'en foyers. La région parisienne est une des trois régions les moins équipées de France par rapport à sa population.

- L'importance de l'équipement enquêté par rapport à l'équipement total est variable - deux à trois départements ayant été retenus dans chaque région - : 56 % en Aquitaine, 38 % en région parisienne, 27 % en Rhône-Alpes, le département le plus dense n'ayant pas été retenu dans l'échantillon de cette région.

- Les réponses fournies par l'enquête concernent le quart de l'équipement d'Aquitaine et Rhône-Alpes et un peu plus de 10 % de celui de la région parisienne.

- Le taux de réponses par rapport aux équipements interrogés :

- . est maximum en Rhône-Alpes (environ 90 %) là où un enquêteur s'est rendu sur les terrains pour expliquer l'objet de l'enquête et stimuler la réponse.

- . est sensiblement plus bas dans les deux autres régions (35 % - 38 %) où n'ont eu lieu que des contacts téléphoniques avec les terrains pour solliciter leurs réponses.

CAPACITE DES ETABLISSEMENTS ENQUETES ET POPULATION ACCUEILLIE

TABLEAU II

| REGION | Capacité - C.A.T. | | Capacité - Foyers | | Capacité moyenne globale | POPULATION RECUE | | | |
|---------------|-------------------|--------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------------|------------------|------------------|---------------------|------------|
| | moyenne | (extrêmes) | moyenne | (extrêmes) | | Handicapé mental | Handicapé moteur | Handicapé sensoriel | Polyvalent |
| ILE-de-FRANCE | 91 | { 45 } à (250 pl.) | 32 | { 12 } à (60 pl.) | 67 | 898 | 110 | 38 | 175 |
| | | | | | | 70 % | 10 % | 5 % | 15 % |
| AQUITAINE | 89 | { 50 } à (400 pl.) | 27 | { 14 } à (60 pl.) | 59 | 504 | 178 | 32 | 420 |
| | | | | | | 43 % | 15 % | 6 % | 36 % |
| RHONE-ALPES | 40 | { ? } () | 30 | { ? } () | 38 | 1.323 | 50 | | |
| | | | | | | 96 % | 4 % | | |

Sur le tableau II on constate :

- Que partout les foyers sont de dimension raisonnable, autour de 36 places en moyenne (extrêmes de 12 à 60 places). Par contre, l'élévation de la capacité moyenne des C.A.T. en Aquitaine et Ile-de-France tient à l'existence de 1 ou 2 établissements de très grande capacité inclus dans le champ de l'enquête. On ne peut en inférer grand chose. D'autant plus que ces grandes institutions comportent des sous-sections qui sont sans doute très distinctes les unes des autres sur le terrain : si on avait pu les compter comme établissements autonomes, la capacité moyenne aurait diminué d'autant : les extrêmes vont de 40 à 400 places en C.A.T.

- Les handicaps reçus dans ces institutions sont plus hétérogènes en Aquitaine et Ile-de-France que dans les deux départements enquêtés en Rhône-Alpes. Il existe en particulier un certain nombre de C.A.T. polyvalents dans les deux premières régions alors qu'en Rhône-Alpes 96 % des places sont réservées aux déficients mentaux, et 4 % seulement aux handicapés moteurs.

B - DES DONNEES QUANTITATIVES SUR LES PERSONNES TRAVAILLANT AUPRES D'ADULTES HANDICAPES

L'enquête réalisée en 1980 par l'"A.G.F.I. SSS" apporte sur ce thème un certain nombre de données intéressantes, mais non exhaustives ("la moyenne" concerne donc la moyenne des répondants et non la moyenne nationale).

- Les établissements pour adultes y sont répertoriés en trois catégories :

- . hébergement,
- . travail protégé,
- . réinsertion professionnelle,

représentant 20 % des établissements du secteur social et médico-social alors que l'ensemble des personnels y travaillant ne représente que 15 % du total, ce qui indique d'emblée le sous-encadrement relatif des établissements pour adultes (20.508 personnes travaillent auprès d'adultes sur un effectif total recensé de 138.005).

Etablissements et personnels pour adultes se distinguent de l'ensemble sous de nombreux aspects :

- La taille des établissements : les foyers pour adultes handicapés sont très significativement de plus petite taille (30 % ont moins de 30 places contre 10 % pour l'ensemble de l'équipement). Par contre les C.A.T. et les centres de réinsertion professionnelle sont de taille plus importante que l'ensemble.

REPARTITION NATIONALE DES PERSONNELS

1. LES RATIOS DE PERSONNEL (en équivalent du plein temps)

RATIO DE PERSONNEL PAR RAPPORT A LA CAPACITE D'ACCUEIL

TABLEAU III

| Principales catégories | RATIO DE PERSONNEL SUR CAPACITE TOTALE | | | | | |
|---|--|---|------------------|--|--|--|
| | Total des Person- nels | Total des Person- nels non édu- catifs | Ensei- gnants | Person- nel Médical et para- médical | Total fonc- tion Educa- tive | Person- nels Educa- tifs au sens strict |
| C.A.T. | . 262 | . 134 | . 003 | . 012 | . 129 | . 031 |
| Réinsertion professionnelle | . 464 | . 388 | . 080 | . 009 | . 077 | . 037 |
| Foyer pour handicapés | . 402 | . 238 | . 004 | . 016 | . 164 | . 073 |
| Ens. répondants (enfants et adultes) | . 434 | . 255 | . 033 | . 008 | . 180 | . 097 |

(Rappelons que le plus fort ratio de personnel est celui des instituts d'éducation motrice pour enfants : . 727, celui des I.M.P. est de . 503).

On constate que seuls les centres de rééducation professionnelle ont un ratio de personnel supérieur à la moyenne (464/434), les C.A.T. ayant un encadrement globalement deux fois plus léger que les foyers.

L'étude de ces ratios, région par région, met bien en lumière les disparités régionales retrouvées dans notre enquête : les C.A.T. d'Aquitaine et les foyers de la région parisienne ayant un encadrement supérieur à la moyenne.

RATIO EN EQUIVALENT DE PLEIN TEMPS

TABLEAU IV

| Régions | C.A.T. | Rééducation Profes- sionnelle | Foyer pour handicapés | Ensemble dans la région |
|---------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Ile-de-France | . 238 - | . 400 - | . 486 + | . 423 - |
| Aquitaine | . 295 + | . 397 - | . 401 = | . 423 - |
| Rhône-Alpes | . 242 - | . 242 - | . 388 - | . 411 - |
| Total | . 262 | . 464 | . 402 | . 434 |

- L'analyse plus fine des professions éducatives représentées dans les établissements pour adultes montre les caractéristiques suivantes :

EFFECTIF ET POURCENTAGE PAR CATEGORIE DE PROFESSION EDUCATIVE

TABLEAU V

| Adultes handicapés | Educateur spécialisé | | Educateur Jeunes enfants | | Moniteur-Educateur | | A.M.P. | | Educateur technique | | Educateur technique spécialisé | | Autres | | Total | |
|------------------------------|----------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------|------|--------|------|---------------------|------|--------------------------------|------|--------|-----|-------|------|
| | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % | Nbre | % |
| Hébergement adulte handicapé | 404 | 2,5 | 7 | 0,6 | 344 | 4,3 | 103 | 5,9 | 97 | 2 | 25 | 1,3 | 23 | 1,2 | 2090 | 4,2 |
| Travail protégé | 533 | 3,2 | 2 | 0,2 | 446 | 5,6 | 184 | 10,5 | 1901 | 39,4 | 360 | 18,5 | 47 | 2,5 | 4778 | 9,5 |
| Réinsertion professionnelle | 84 | 0,5 | 7 | 0,6 | 133 | 1,7 | 36 | 2,1 | 87 | 1,8 | 17 | 0,9 | 31 | 1,7 | 521 | 1,0 |
| Sous-total | 1021 | 6,2 | 16 | 1,4 | 923 | 11,6 | 323 | 18,4 | 2085 | 43,3 | 402 | 20,7 | 101 | 5,5 | 7389 | 14,7 |

(L'effectif des personnels éducatifs auprès des adultes s'élève à 7.389 sur un total de 50.141)

La prééminence des A.M.P. et des éducateurs techniques est confirmée sur ce tableau ainsi que la relative rareté des éducateurs spécialisés dans l'ensemble des établissements pour adultes.

- L'analyse des personnels éducatifs non diplômés est plus intéressante encore.

REPARTITION DES PERSONNELS NON DIPLOMES PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT

TABLEAU VI

| Personnels éducatifs | Non diplômés | Total des personnels éducatifs diplômés et non diplômés | % des non diplômés |
|---|--------------|---|--------------------|
| Hébergement | 800 | 2.090 | 40 % |
| Travail protégé | 992 | 4.778 | 20 % |
| Réinsertion professionnelle | 1.884 | 521 | 18 % |
| Sous-total auprès d'adultes | 1.884 | 7.389 | 25 % |
| Total général des établissements pour enfants et adultes | 9.959 | 50.141 | 20 % |

Elle montre bien la carence électorale de personnel formé dans les établissements pour adultes, presque exclusivement aux dépens des foyers d'hébergement.

Par contre, parmi les personnels éducatifs non diplômés les candidats élèves éducateurs sont deux fois plus fréquents en foyer qu'en C.A.T. où le personnel non formé et non inscrit en formation est majoritaire parmi les non diplômés, parce qu'il s'agit de personnel déjà ancien. La durée de l'emploi sans formation est globalement plus importante dans les établissements pour adultes que chez les enfants, près de 34 % sont dans l'emploi depuis trois ans et plus, contre 22 % pour l'ensemble des personnels non diplômés.

- La répartition régionale des personnels éducatifs non formés est très irrégulière. Parmi les deux régions, la région parisienne, la plus peuplée, bien entendu occupe la première place (13 % des personnels non formés y travaillent), suivie par Rhône-Alpes (9,5 %) alors que l'Aquitaine, moins peuplée et à l'équipement moins dense, se retrouve au septième rang (au troisième pour le nombre d'établissements).

Par contre dans les trois régions les personnels non formés se répartissent sensiblement de la même manière entre :

- . 60 à 70 % de candidats élèves sélectionnés ou non a une formation,
- . 20 à 30 % de personnel non qualifié et sans perspective de formation : mais la région parisienne a un peu moins de personnel non formé ancien (50 % en place depuis plus d'un an) que l'Aquitaine (56 %) et Rhône-Alpes (60 %).

- Enfin l'étude faite par l'A.G.F.I. SSS à propos des postes vacants dans la fonction éducative apporte des précisions complémentaires intéressantes, bien que portant sur de petits nombres.

Cette étude démontre que :

- les postes vacants dans la fonction éducative sont globalement, pour l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, peu fréquents : 1.888 pour 50.148 emplois, soit moins de 2 %.

- auprès des adultes les 306 postes vacants représentent 4 % des emplois éducatifs. Mais seul 1/5^è de ces postes budgétaires ne sont pas du tout utilisés, tant les effectifs d'encadrement des adultes sont tendus, alors qu'auprès des enfants plus du tiers des postes vacants demeurent inoccupés - les autres étant utilisés à d'autres fonctions.

L'étude quantitative de l'A.G.F.I. SSS démontre donc de multiples manières l'originalité des établissements et des personnels pour les adultes handicapés.

C - SYNTHÈSE DES RENSEIGNEMENTS QUALITATIFS OBTENUS DANS LES RÉGIONS ILE-de-FRANCE ET AQUITAINE

GENERALITES

16 réponses également réparties entre C.A.T. et foyers ont été obtenues dans chacune des deux régions concernant approximativement le même nombre de places (cf. tableau I : soit environ 250 places en foyers - environ 150 places en C.A.T.). Les réponses des deux régions et les deux types de structures sont traités ensemble, car si globalement quelques différences entre les deux régions peuvent être relevées, elles sont minimes :

En Aquitaine : un certain nombre de C.A.T. et de foyers sont gérés par une même association : une seule réponse concerne dans ce cas 3 à 5 établissements.

Autre différence : le caractère rural de la région ressort à travers la mise en valeur des C.A.T. agricoles qui semblent très dynamiques tant pour les personnes handicapées que pour les personnels.

En région parisienne : une réponse concerne un service d'auxiliaires de vie ...

D'autre part, **les différences entre C.A.T. et foyers** sont relativement minimes : les premiers insistent bien entendu sur l'intérêt de donner à la personne handicapée un statut de travailleur à part entière et semblent par ailleurs mieux pourvus de personnels qualifiés (confirmant les données de l'A.G.F.I. SSS).

Enfin **les différences dans les réponses en fonction du type de handicap** accueilli sont bien entendu perceptibles, surtout pour ce qui concerne les handicapés moteurs par rapport aux handicapés mentaux. Néanmoins les préoccupations touchant les personnels semblent largement analogues.

C'est donc sur tous les aspects communs à tous les handicaps que nous insisterons ici, d'autant plus que les différences dans les situations que le personnel a à assumer auprès des personnes handicapées apparaissent liées, plutôt qu'au type de handicap, à **sa gravité**, c'est-à-dire à l'importance de la restriction de l'autonomie concrète ou de communication.

Nous prenons donc le parti de rendre compte des données issues des régions Aquitaine et Ile-de-France d'une manière synthétique, laissant à l'analyse détaillée faite par le C.R.E.A.I. Rhône-Alpes le soin d'apporter toutes les nuances nécessaires à chaque catégorie d'établissement.

Enfin pour clore ces généralités indiquons que :

- le style des réponses a toujours été clair et précis - dans une minorité de cas défensif, agressif, reflétant chez certains une lutte difficile pour survivre.
- peu d'établissements ont fourni des données complémentaires permettant d'avoir des renseignements quantitatifs sur le personnel. Quelques-uns - surtout dans les foyers - signalent que l'équipe est numériquement trop restreinte, et d'autres, surtout en C.A.T., dénoncent l'incongruence des horaires des personnes handicapées et des personnels ainsi que l'impossibilité d'assurer les remplacements nécessaires.

Dans l'ensemble, les réponses permettent de deviner des écarts plus souvent implicites qu'explicites :

- entre les objectifs de l'établissement et les pratiques journalières ; particulièrement entre projet et réalisation.
- entre les besoins individuels des personnes handicapées accueillies et les contraintes collectives avec risques de clivage.
- par contre s'exprime souvent, de manière tout à fait explicite, l'écart entre, d'une part, des personnalités immatures, fragiles, et des formations inadéquates, et, d'autre part, les besoins des personnes handicapées et l'attente des responsables d'institutions.

1 - Les situations à assumer

Nous les classerons dans l'ordre des préoccupations exprimées en réponse à l'enquête.

1.1. - Respecter la personnalité de l'adulte dans l'exercice des choix, tout en veillant à sa sécurité.

C'est là, de loin, l'objectif essentiel, tant en C.A.T. qu'en foyer : le seul qui fasse l'objet d'un consensus sans restriction. On en reconnaît néanmoins les limites tenant au type de handicap (maladies mentales par exemple) ou à son intensité (I.M.C. surhandicapé par exemple). La limite imposée par la sécurité des personnes apparaît comme un problème non résolu à une minorité, en regard du risque de surprotection.

D'une manière générale, les mots "liberté, choix, respect"... sont repris avec un maximum de fréquence, soulignant la prévalence de cet objectif sur tous les autres.

1.2. - Proposer une activité ou un travail sans exploiter la personne handicapée

L'intérêt pour cette question est à peine moins vif en foyer qu'en C.A.T. La valeur positive du travail et de l'activité, même non rentable, est unanimement reconnue comme fondant le statut de la personne : "le travail c'est la vie, c'est la société"... Bien entendu ce thème est développé plutôt dans les réponses des C.A.T. (et le danger d'exploitation n'est pratiquement jamais évoqué...). Les C.A.T. forestiers et agricoles des zones rurales illustrent les valeurs positives du travail, les questions qui se posent sont celles :

- . d'un statut de travailleur à part entière : salaire, horaire, retraite..
- . avec comme butoir la nécessité d'allier des soutiens psychologiques, thérapeutiques ou sociaux à l'activité travail. Ce butoir prend dans certaines réponses l'allure d'un paradoxe, mettant en cause l'authenticité du statut d'"ouvrier".
- . cependant la tendance majoritaire est de considérer la personne handicapée dans son statut de travailleur au point de l'assimiler en tant que tel aux professionnels, travailleurs de l'institution.

1.3. - "Laisser s'exprimer la sexualité", sans divorce entre vie affective et sexuelle, sans procréation inassumable".

Ce souci est également partagé en foyer et en C.A.T., une minorité d'entre eux exprimant néanmoins fermement que la sexualité a à s'exprimer ailleurs que sur le lieu de travail, ce qui est cohérent avec le statut de travailleur à part entière recherché par tous.

La majorité des réponses exprime un certain libéralisme (installation de couples en appartement, acceptation de la masturbation...). Les réponses sont celles de pédagogues responsables. On veut informer, éduquer à l'intimité, rééquilibrer affectivité et sexualité, l'immaturité entraîne une certaine instabilité des relations...

Par contre, l'opposition à la procréation est quasi unanime, alors que quelques institutions font état de quelques naissances...

Enfin, et surtout, certains ont insisté sur la nécessité d'un bon autocontrôle des affects et des comportements de la part des personnels.

1.4. - Aider sans renforcer la dépendance ni infantiliser. Assurer une présence et des soins sans materner.

Ces deux situations rencontrent le même niveau de préoccupations, prédominant bien entendu en foyer.

La dépendance est reconnue comme inévitable, et les soins corporels comme nécessaires. C'est la notion "d'aide" qui a été sévèrement critiquée par quelques-uns, comme impliquant un pouvoir sur la personne handicapée. "L'infantilisation" est jugée par tous comme évitable et devant être évitée, pour ne pas dupliquer chez les adultes les modèles éducatifs de l'enfance. Il est dit que c'est surtout le personnel féminin des foyers qui court ce risque...

Par contre le maternage se voit reconnu par quelques-uns comme une valeur thérapeutique, même en C.A.T., capable de "faire naître le désir" (à propos d'adultes psychotiques...). On retire des réponses sur ce sujet l'impression d'une certaine ambivalence.

1.5. - Trouver la juste distance affective, avec continuité et sans captation.

Dans la plupart des cas, les institutions, C.A.T. et foyers ont marqué leur intérêt pour la question, leur accord sur la nécessité d'une relation ajustée, mais les difficultés rencontrées à la maîtrise des affects, si elles sont souvent reconnues, ne sont jamais analysées, voire sont franchement déclarées inanalysables. On entre là dans le domaine des contraintes relationnelles profondes rencontrées par les personnels dans leurs relations avec les adultes handicapés, contraintes face auxquelles ils semblent trop souvent démunis des soutiens nécessaires. Une minorité plaide pour l'implication affective afin de "ne pas aseptiser les relations".

1.6. - Accepter le vieillissement et la mort sans démission ni déni. Le manque de soutien éclate dans les réponses recueillies sur cette question angoissante.

Ce problème, reconnu deux fois plus souvent en foyer qu'en C.A.T., est considéré comme neuf, important, mais sans solution. Il a été dénié trois fois explicitement par des structures de création récente. "Il n'y a pas de réponse au vieillissement". Mieux vaut "réorienter ailleurs les malades mentaux vieillissants".

Pas une seule fois la question du vieillissement des personnes handicapées n'est renvoyé au vieillissement des personnels.

1.7. - Le contact avec les familles

Ce sujet est extrêmement controversé. Même les plus ouverts aux familles signalent que les relations sont souvent difficiles. Les autres marquent une opposition franche. "Ce sont les familles qui ne respectent pas leurs jeunes, jusqu'à ne pas leur laisser leurs salaires ou leurs allocations".

1.8. - Assurer la médiation avec l'environnement social sans écran ni rejet, sans obstruction ni activisme.

Cette fonction soulève beaucoup plus d'intérêt en foyer qu'en C.A.T. mais les uns et les autres insistent principalement sur les critiques, limites et difficultés. L'environnement social est ressenti comme globalement rejetant. La notion de médiation n'est pas acceptée, au motif que la société devrait accueillir "naturellement"

les personnes handicapées. Il est parfois explicitement dit que les professionnels se sentent rejetés au même titre que les personnes handicapées, englobés dans la même intolérance sociale.

La nécessité d'informer les milieux extérieurs à l'institution pour en améliorer l'ouverture a été plusieurs fois reconnue.

L'ensemble de ces réactions sur les situations que les personnels ont à assumer auprès des adultes handicapés semble indiquer que les situations spécifiques de l'âge adulte (statut, travail, sexualité) sont les plus mobilisatrices et les mieux appréhendées. Mais que celles qui sont communes à tous les âges (distance affective, mort, relation avec l'environnement social et familial) sont marquées par les incertitudes traditionnelles de la vie institutionnelle.

2 - L'exercice professionnel

2.1. - L'usure des personnels auprès des adultes

Le risque d'usure est quasi unanimement reconnu, en foyer comme en C.A.T., en région parisienne comme en Aquitaine. Seuls le mettent en doute trois centres de création récente, ou dont le personnel se protège de l'usure en changeant d'établissement.

2.2. - Pour prévenir et lutter contre l'usure

- **la recherche**, entendue semble-t-il comme réflexion approfondie sur la pratique, et **la formation**, sont reconnues par une majorité des établissements (surtout des C.A.T.) comme les meilleurs moyens préventifs de l'usure. Cependant quelques-uns ont précisé les limites rencontrées pour "la formation" continue difficile à obtenir, à payer et à réaliser, les absents en formation n'étant pas remplacés. A titre exceptionnel on mentionne que certains personnels refuseraient les possibilités de formation offertes.

Une importance égale mais plus controversée est accordée à la **mobilité professionnelle** pour lutter contre l'usure. "On ne peut se forcer à bouger" dit l'un. Des foyers de la région parisienne font remarquer que l'instabilité des professionnels risque d'être

préjudiciable aux personnes handicapées et préfèrent l'idée de rotation des postes à l'intérieur de l'établissement à "la mobilité" faite vers une autre institution.

Ils considèrent que cette mobilité volontaire viendrait s'ajouter à l'absentéisme du personnel, parfois très élevé en ce qui concerne les femmes. Absentéisme grave parce que les remplacements sont impossibles et qu'il touche des effectifs d'emblée trop restreints.

"Travailler avec des non professionnels" a retenu beaucoup moins d'attention. C'est, à la rigueur, accepté comme moyen de lutte contre l'usure, s'il s'agit de remplaçants non qualifiés, salariés pour l'été. Par contre la participation des bénévoles est considérée comme inexistante ou inadéquate.

- . Les autres moyens proposés pour prévenir l'usure sont moins cités encore : les groupes hétérogènes, les séjours temporaires, l'aménagement des horaires et de l'âge de la retraite (55 ans).

A été signalée deux fois la dysharmonie des rythmes de travail du personnel et des travailleurs handicapés en C.A.T. : problème important non résolu.

- . La polyvalence des fonctions est beaucoup moins retenue que celle des institutions.
- . Les activités extérieures sont considérées comme un bon moyen de lutte contre la routine mais il est dit qu'elles ne doivent pas verser dans l'activisme.

- . **La relation d'adulte à adulte**

Ce souci est plus présent dans les C.A.T. de la région parisienne mais on lui reconnaît pour limite l'intensité du handicap. L'effort de faire **participer les adultes handicapés** aux décisions qui les concernent est plus important en foyer et en province (au sujet des admissions ou aux séances du conseil de maison par exemple...).

Le vouvoiement a fait réagir de deux manières : la difficulté d'éviter un langage inacceptable, voire même grossier, de la part des personnels est un problème préoccupant.

Mais le tutoiement est souvent considéré comme une marque d'estime et de compagnonnage de travail, plutôt que comme un manque de respect à l'égard de l'adulte handicapé.

- . L'importance reconnue aux activités de la vie quotidienne, à la qualité des soins, des habits, de l'hygiène, est présente en C.A.T. comme en foyer.

Mais là encore on insiste sur la nécessité de ne pas "décaler" la vie des adultes sur celle des enfants.

En conclusion de cette deuxième partie du questionnaire, les avis exprimés sur l'exercice des professions éducatives auprès des adultes handicapés reconnaissent franchement le risque d'usure et la difficulté de vivre et de faire vivre une authentique relation d'adulte à adulte mais ne font que peu de place aux solutions novatrices impliquant mobilité et partage des fonctions à assumer avec des non professionnels par exemple.

3 - A propos des professionnels et des formations

- . A propos de la démultiplication "naturelle" des professions éducatives.

Une large majorité des C.A.T. et des foyers exprime une vive opposition à cette tendance, rejoignant par là l'opposition qu'une forte minorité des Ecoles d'Educateurs avait fermement affirmée.

Dans la plupart des réponses on affirme que **tous** les corps professionnels doivent assumer la relation d'adultes à adultes. Beaucoup comptent sur la formation pour donner à l'ensemble des personnels une double polyvalence relationnelle et technique, pour assumer une action globale et continue. Cette polyvalence apparaît comme porteuse de cohérence, de continuité, tant est vive la crainte de morceler la personne handicapée par des approches

professionnelles trop différenciées les uns des autres. Il est même précisé que la polyvalence est particulièrement nécessaire auprès des adultes polyhandicapés.

Néanmoins une minorité, surtout en C.A.T., préfère la multiplication des professions à la polyvalence. A leurs yeux, le risque d'une certaine sous-qualification lui est inhérent. Ils refusent "le modèle unique imposé" de l'éducateur spécialisé et mettent l'accent sur l'intérêt spécifique des autres professions : auxiliaires de vie, aides médico-psychologiques qui sont seuls formés aux activités de la vie quotidienne. La place faite aux animateurs semble beaucoup plus restreinte et floue. Laissons la conclusion du débat à un C.A.T. de la région parisienne : "il faut démultiplier les professions pour que soit fait ce qui n'est pas fait, tout en les regroupant ; mais de toute façon rien ne remplace un bon projet pédagogique...".

. A propos de l'avenant X à la Convention Collective de 1966

Une majorité écrasante - faisant la quasi unanimité en région parisienne - se déclare nettement opposée au regroupement des professions sous les trois rubriques proposées :

- "Animateur" pour l'accompagnement,
- "Moniteur" pour le travail,
- "Auxiliaire de vie" pour les soins et l'aide dans les activités de vie quotidienne.

L'un reproche à cet avenant "d'harmoniser les professions en les fonctionnalisant". L'autre mentionne, sans préciser, les oppositions syndicales. La plupart des opposants s'appuient sur la polyvalence des rôles et fonctions assumées dans les institutions. Une infime minorité se dit favorable à l'avenant X, sans motiver son avis.

. A propos des formations

Les avis sont très homogènes et convergents. Un consensus quasi absolu approuve d'une part l'instauration d'un tronc commun qui permettrait aux professionnels de mieux se comprendre, et approuve d'autre part plus unanimement encore le perfectionnement en formation

continue, après que la pratique ait apporté une maturité suffisante à l'intervenant. Par contre la proposition d'unités optionnelles en formation de base est plus critiquée : parce qu'en général le choix de l'éducateur ne se porte pas précocement sur le travail auprès d'adultes.

. La question posée au sujet des discordances entre la formation et la pratique a été l'occasion d'une sévère critique à la fois des intervenants et des formations. Aux premiers, nombreux sont ceux qui reprochent l'immaturité personnelle et affective ainsi qu'une certaine carence de conscience professionnelle, surtout en foyer, se traduisant par un désintérêt pour les attentes de la personne handicapée, et aboutissant par conséquent à des difficultés de recrutement.

Aux formations éducatives, il est souvent reproché d'être "centripète" et donc de créer ou d'aggraver la discordance entre la théorie et la pratique journalière : par exemple, on leur reproche non seulement de ne pas préparer l'éducateur à assumer correctement les activités de vie journalières, mais encore de l'en détourner en dévalorisant les tâches pratiques.

On peut espérer que ces avis, très négatifs et relativement fréquents au sujet de "formations caricaturales", reflètent plutôt un passé récent que l'effort d'adaptation aux besoins actuellement entrepris dans un certain nombre d'écoles pour intéresser l'éducateur à la réalisation concrète de son projet.

En conclusion, nous résumerons les points dominants des constats et des propositions librement exprimés à la fin du questionnaire de l'enquête.

- Les constats portent essentiellement sur la fréquence des personnels dépourvus de formation, sur l'isolement et même la "déprime" des institutions démunies de soutien.
- L'aspiration de la majorité porte sur une formation adéquate et sur des moyens qualitatifs (personnel "psy") et quantitatifs (personnels assez nombreux) pour permettre la réflexion sur la pratique, voire une formation interne à l'établissement.

- Les autres propositions sont plus structurelles :

- . rapprochement entre C.A.T. et foyers,
- . création de centres de préorientation, d'équipes de suite et d'E.P.S.R.,
- . création de M.A.S. pour les plus handicapés...,
- . nécessité de rapprocher les statuts des travailleurs handicapés et des personnels,
- . intérêt des lieux de vie et de travail externalisés.

Juxtaposer en conclusion ces constats et ces propositions, c'est démontrer, s'il en était encore besoin, l'authenticité de la réflexion des établissements sur eux-mêmes : capables d'une sévère autocritique, et conscients de l'usure vécue, mais encore et toujours prêts à retrouver un dynamisme dans des évolutions nouvelles.

ANNEXE II.3

C.R.E.A.I. RHONE-ALPES

ENQUETE AUPRES DES ETABLISSEMENTS POUR ADULTES HANDICAPES

La contribution du C.R.E.A.I. Rhône-Alpes aux réflexions du groupe d'étude qui se réunit au CTNERHI depuis janvier 1982 a été envisagée comme une animation auprès des structures sollicitées.

La nature et l'importance du questionnaire méritaient en effet d'être commentées, explicitées comme en ont témoigné bon nombre de réactions.

L'opportunité du moment de l'envoi était aussi à considérer ; il se trouve en effet que quelques mois auparavant la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales conjointement avec la Direction Régionale du Travail avaient adressé aux mêmes établissements une enquête "en vue d'améliorer la structure d'accueil des handicapés" ayant nécessité un travail relativement important.

Il était donc indispensable de ne pas négliger les réactions éventuelles de lassitude, d'indifférence voire d'opposition face à "encore un questionnaire !"

Parmi les structures sollicitées, près d'un tiers ne se sentait pas d'emblée concerné (les services d'auxiliaires de vie, les équipes de préparation et de suite au reclassement professionnel, les centres de réadaptation fonctionnelle, quelques structures pour handicapés physiques) et il est certain que les services d'auxiliaires de vie et les EPSR n'auraient pas répondu sans un contact préalable ; les centres de réadaptation fonctionnelle quant à eux, établissements hospitaliers de moyen et court séjour ont expliqué qu'avec leur personnel essentiellement médical et para-médical, ils n'étaient pas directement concernés par le questionnaire.

On peut donc résumer ainsi l'aspect statistique :

| nombre de questionnaires | envoyés | reçus |
|----------------------------------|---------|-----------|
| EPSR | 2 | 2 |
| Ctres réadaptation fonctionnelle | 2 | 2 |
| M.A.S. | 2 | 2 |
| Services auxiliaires de vie | 9 | 9 |
| Foyers | 30 | 23 |
| C.A.T. | 32 | 23 |
| TOTAL..... | 77 | 61 = 78 % |

LES AUXILIAIRES DE VIE

| SERVICES | Nombre de personnes handicapées usagers | Qui sont les usagers ? | Nombre de postes | Nbre de personnes | Nombre de postes financés par Etat |
|----------|---|--|------------------|-------------------|------------------------------------|
| A | 22 | - handicapés adultes ayant besoin d'une tierce personne | 6 | 10 | 5 |
| B | 8 | - grands handicapés physiques ayant besoin d'une tierce personne | 6 1/4 | 13 | 6 |
| C | 19 | | 3 1/2 | 4 | 3 1/2 |
| D | 3 | - handicapés adultes ayant besoin d'une tierce personne | 1 | 2 | 1 |
| E | 34 | - personnes handicapées ayant besoin d'une tierce personne, - personnes de tous âges à l'issue d'une hospitalisation, - personnes âgées. | 6 | 10 | 0 |
| F | 4 | - handicapés moteurs ayant besoin d'une tierce personne | 1 1/4 | 2 | 1 1/4 |
| G | 21 | - handicapés adultes ayant besoin d'une tierce personne | 3 | 3 | 2 |
| H | 25 | - handicapés moteurs " " " " | 7 | 11 | 7 |
| TOTAL | 136 | | 33 | 55 | 25 3/4 |
| X* | 1 300 | - personnes âgées, - malades, - handicapés, ayant besoin d'1 tierce personne - entraide gratuite aux cancéreux | 170 | 196 | 10 |

* La dimension de ce service est telle qu'il ne nous semble pas valable de l'inclure dans tout traitement statistique. Ainsi, le présent document est la synthèse des huit autres services.

Tous les services, sauf deux, n'interviennent qu'auprès des personnes ayant l'allocation compensatrice reconnue par la C.O.T.O.R.E.P. ou bénéficiaires d'avantages analogues servis par un régime de Sécurité Sociale.

33 plein-temps sont occupés par 55 auxiliaires de vie pour "accompagner" 136 personnes handicapées physiquement. 9 services fonctionnent actuellement dans la région. 1 démarrera en 1983. 1 est en cours d'agrément. 3 projets sont à l'étude. Pour ceux qui fonctionnent : 1 service a été créé fin 1978, 4 autres fin 1981, les 4 derniers dans le 1er semestre 1982.

A l'exception du plus ancien, tous les services rencontrés ont souligné leur manque d'expérience et manifesté une certaine réserve pour aborder les questions soulevées et y répondre. En tous cas, aucun n'aurait répondu spontanément s'il n'y avait pas eu des explications complémentaires et un contact.

SITUATIONS A ASSUMER

Tous les services ont mis l'accent dans ce chapitre sur les tâches d'une auxiliaire de vie dont on pourrait ainsi faire un catalogue : c'est un maillon du maintien à domicile qui se veut complémentaire des services :

- d'aides ménagères,
- de travailleuses familiales,
- de soins à domicile,
- d'hospitalisation à domicile,

et qui a pour mission essentielle d'aider la personne handicapée dans l'accomplissement de tous les actes essentiels de la vie (lever, coucher, toilette, habillage, nourriture, soins corporels, petit ménage, petites courses).

Elle peut aussi selon les cas être amenée à intervenir dans la sphère sociale et familiale, mais ça n'est pas une règle.

Des entretiens avec l'ensemble des services et à la lecture de l'énumération des tâches, il ressort que le travail d'une auxiliaire de vie est constitué d'un peu :

- d'aide ménagère,
- d'aide soignante,
- de travailleuse familiale.

Sa spécificité ne serait donc pas liée à une tâche précise, mais à une sorte de polyvalence en articulation avec les trois professions citées.

Quelques personnes handicapées physiques se sont exprimées et revendiquent sans ambiguïté le statut d'adulte que l'auxiliaire de vie doit respecter "même en cas de très grande dépendance physique", mais il doit y avoir réciprocité en ce sens que la personne handicapée dans ses demandes et ses choix doit respecter et ne pas "mettre en danger physique ou moral" l'auxiliaire. Il y a donc une distance à respecter de part et d'autre.

● Le problème de la distance affective est évoqué généralement par tous les services avec plus ou moins d'intensité : cela va de "pas de problèmes particuliers" à quelques cas de "tentatives de captation" de la part de l'handicapé, difficiles à résoudre.

Il doit y avoir en tous cas des risques à ce sujet puisque presque tous les responsables de service mettent en garde d'une façon ou d'une autre les personnels par rapport à des situations plus ou moins fortement exprimées de solitude, de détresse morale et affective : par exemple "ne pas trop s'attacher", "ne pas trop investir moralement ni affectivement", "être moralement armé", "avoir un grand équilibre", "avoir des relations claires".

● L'expression de la sexualité est généralement passée sous silence aussi bien de la part des personnels que des responsables de service, alors qu'il y a pourtant dans le rapport à la personne handicapée, un aspect de pouvoir sur le corps.

Quelques personnes handicapées se sont exprimées sur ce sujet. Pour elles, la sexualité reste du domaine privé de la personne handicapée, "no-

tre vie privée ne concerne que nous" et il n'y a pas de raison particulière de veiller à la sécurité des handicapés : "un handicapé physique adulte a droit à "l'insécurité" au même titre qu'un valide".

● Le rôle de médiation avec l'environnement social est en général peu évoqué, ni explicité mais il est fait état de dangers d'activisme du fait de l'handicap, c'est-à-dire que l'auxiliaire de vie aurait tendance à se croire le médiateur obligé de la personne handicapée.

● Par contre, l'interférence avec l'environnement familial est beaucoup plus importante, surtout lorsque la personne handicapée vit dans sa famille :

" Quelle est la place de l'handicapé dans sa famille ?

Hyperprotégé ou rejeté ?

Comment le rôle de l'auxiliaire est-il perçu par la famille ?

Ce rôle est-il respecté ?

Est-ce que le comportement de l'handicapé envers l'auxiliaire de vie varie en fonction de la présence ou de l'absence de la famille ?"

Autant de questions auxquelles l'auxiliaire de vie doit être attentif car il lui est recommandé de ne pas prendre parti.

● Les services étant très récents, le problème de la mort ne s'est posé que dans un seul de ceux-ci et l'auxiliaire de vie l'a assumé sans difficulté.

● Le respect dans l'exercice des choix est indissociable de la notion de respect d'un adulte, aussi bien handicapé que valide. Si l'auxiliaire de vie peut avoir un rôle de conseiller, c'est dans le but d'aider la personne handicapée à devenir plus autonome, à s'insérer au mieux dans tout ce qui est possible.

L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Compte-tenu du fait que tous les services ont peu d'expérience (un an au plus) le problème du vieillir ensemble ne se pose pas encore. Par contre, celui de l'usure est évoqué trois fois comme étant possible dans l'avenir.

Dans tous les cas il semble bien que l'organisation du travail, dont le caractère est quelquefois de type "libéral", soit de nature à éviter les risques cités.

En général, l'auxiliaire de vie a la possibilité :

- de choisir son "employeur" (personne handicapée demandeur), ce choix étant fait dans la réciprocité car les responsables de service sont soucieux "d'accorder au maximum les affinités des deux personnes en présence",
- de changer d'employeur pour éviter la routine, l'habitude,
- d'organiser ses horaires en concertation avec la personne handicapée et avec ses collègues.

Certains services, d'ailleurs, font toujours travailler deux auxiliaires au moins en alternance auprès d'une même personne pour éviter les risques d'attachement excessif et résoudre les problèmes d'absences.

La polyvalence (rotation de fonction) est réalisée dans un service avec les aides ménagères et les travailleuses familiales.

Le travail avec des bénévoles est envisagé dans trois services, rejeté dans un autre.

Les auxiliaires de vie se situent assez spontanément dans une relation d'adulte à adulte où le tutoiement peut intervenir sans attenter au respect.

A PROPOS DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

● La démultiplication des professions est jugée très mauvaise car elle peut aboutir :

- à l'inefficacité,
- à une augmentation des coûts,
- au "découpage" de la personne handicapée.

● Les professions qui visent au maintien à domicile devraient être regroupées (aides-ménagères, travailleuses familiales, aides soignants, auxiliaires de vie) et leurs formations devraient débiter par un tronc commun (à signaler toutefois que cela n'apparaît pas nécessaire dans deux services et que dans un autre la formation ne semble pas utile du tout).

La sensibilisation auprès d'adultes doit avoir lieu avant la formation, qui ne devrait être ni trop longue, ni trop théorique ; il est même dit qu'un mois devrait être suffisant.

. le "tronc commun" pourrait comporter une partie théorique, sanitaire, médicale et para-médicale concernant les maladies invalidantes et leurs conséquences, et une partie pratique : techniques de manipulations, transferts, apprentissage des gestes adaptés aux caractéristiques du handicap comportant des stages en milieu hospitalier et établissements pour handicapés (à noter que dans un service on pense que cette formation pratique suffit) et accompagnement d'une auxiliaire plus ancienne en doublure chez une personne handicapée,

. suite à cette partie commune, une formation complémentaire en cours d'emploi, tout en maintenant les stages pratiques pour le perfectionnement devrait permettre d'appréhender les aspects législatifs / administratifs et psycho-sociologiques de la vie d'une personne handicapée :

- rapports avec l'administration en fonction des lois en vigueur,
- connaissance en économie familiale "gestion courante d'un budget ménager",
- études des comportements de l'auxiliaire face aux handicapés, face aux valides,

du monde "valide" face au monde "handicapé" (notions d'indifférence, d'agressivité, d'assistance, de pitié), c'est-à-dire "qu'on apprenne aux auxiliaires à se situer elles-mêmes par rapport à des situations variées" et non "assurer un cours magistral sur la "psychologie du handicapé ou de la personne âgée".

. la nécessité de formation permanente n'est pas unanimement ressentie. Elle est évoquée de manière imprécise ou alors sous la forme de réunions :

- entre auxiliaires de vie pour faire le point sur les cas rencontrés,
- avec des intervenants extérieurs (praticiens médicaux et para-médicaux, spécialistes d'appareillages, assistantes sociales) pour traiter des problèmes rencontrés par les auxiliaires de vie,
- recyclage

● Dans le seul cas où une formation préalable à l'emploi a eu lieu, il a été constaté une discordance flagrante entre la fonction exercée et la formation suivie (la place du monde handicapé a été pratiquement inexistante en 700 heures...).

Il est dit par ailleurs "qu'un diplôme n'a jamais garanti la réponse aux différentes exigences du travail social et éducatif".

● Outre tous les aspects cités de la formation sont énoncées comme primordiales pour l'exercice de la profession :

- des qualités de contact (sourire, amabilité, serviabilité, douceur, attention),
- des qualités de respect (discrétion, confiance),
- des qualités morales,

et avant d'envisager une formation, être sûr de sa motivation.

PREOCCUPATIONS

Dans ce chapitre ainsi que le suivant, nous avons tenté de regrouper les éléments par thème.

Fonctionnement - conditions de travail

- fatigue physique réelle et horaires quelquefois difficiles,
 - difficulté d'équilibrer travail intéressant et respect des choix des handicapés car il arrive que la personne handicapée laisse peu d'initiative à l'auxiliaire de vie,
 - améliorer le service "à la carte",
 - répondre à la demande,
 - souci de constituer une bonne équipe,
- amélioration des salaires compte-tenu de la disponibilité demandée : jour/nuit/week-end/jours fériés,
- repenser l'aide aux handicapés lourds qui nécessitent 8 à 10 h de présence quotidienne.

Statuts

- absence de statut,
- manque de reconnaissance du travail de l'auxiliaire de vie.

Recrutement

- souhait de recrutement auprès de jeunes, mais constat d'un manque de motivation et de connaissance de la profession qui est sous-estimée et non structurée,
- difficulté de trouver des personnes aptes, disponibles, compétentes, motivées, capables de s'adapter,

Formation

- souci d'une formation adaptée aux exigences pratiques,
- formation des responsables de service en gestion des personnels,
- formation des auxiliaires de vie pensée à l'échelon national.

VOEUX ET PROPOSITIONS

Fonctionnement - conditions de travail

- extension du service pour répondre à toutes les demandes,
- pour certains mise en place d'un "métier unique" de personnes travaillant au maintien à domicile de toutes catégories (handicapés physiques, familles en détresse, personnes âgées, etc...),
- pour d'autres polyvalence des personnels,
- maintien du travail à la vacation, temps partiel, à la carte,
- étendre l'allocation d'éducation spéciale pour maintenir les jeunes à domicile et possibilité pour l'auxiliaire de vie d'intervenir auprès des jeunes,
- il est souhaité un élargissement du champ d'intervention de l'auxiliaire de vie "auprès de toute personne dont l'état nécessite des soins urgents (sorties d'hospitalisation, suites d'accidents)" et non seulement auprès des handicapés reconnus par la COTOREP ou équivalent Sécurité Sociale,
- la taille "humaine" d'un service pourrait être comprise entre 16 et 20 postes occupés par 24 à 34 auxiliaires pour soutenir 45 à 60 handicapés (cf. temps moyen d'intervention d'une auxiliaire de vie, soit environ 2/3 de temps). Le fonctionnement devrait être assuré par un responsable salarié à temps plein et une secrétaire comptable à mi-temps, une ou deux visiteuses bénévoles assurant les contacts indispensables lors de la demande d'intervention d'un usager.

Statuts

- reconnaissance sociale du travail de l'auxiliaire de vie et revalorisation par la reconnaissance d'un statut dans une convention collective

Formation

- formation approfondie et recyclage régulier,
- formation pratique plus que théorique,
- "si une formation théorique est prévue, il faudra éviter d'en venir à des extrêmes constatés dans d'autres professions telles les travailleuses familiales où l'accent est trop mis sur le rôle social au dépend des tâches ménagères et de soins".

C.A.T.

32 questionnaires ont été envoyés.

23 C.A.T. ont répondu.

Ces 23 C.A.T. reçoivent : 881 travailleurs déficients mentaux
12 handicapés physiques

A PROPOS DES SITUATIONS A ASSUMER

◆ L'aide sans renforcer la dépendance : ce n'est pas toujours évident et il faudrait toujours essayer "d'objectiver" cette aide. "On ne s'adresse pas aux adultes handicapés comme on s'adresse à d'autres adultes dans la vie de tous les jours. Il faut adapter le langage ; et même si le fait de se mettre au niveau des handicapés peut paraître infantilisant, c'est une démarche néanmoins bénéfique. Il y a souvent contradiction "entre les objectifs de l'équipe et le protectionnisme institutionnel, au nom de la sécurité des personnes confiées".

◆ Concernant l'activité proposée

"Tout dépend de la nature de l'activité réalisée et des capacités des travailleurs".

Il y a un réel danger d'exploiter et même surexploiter, car certains handicapés se complaisent et se sentent sécurisés dans des travaux répétitifs ; de ce fait, il est difficile de trouver un juste milieu.

Il est rappelé qu'un C.A.T. : "c'est une structure de travail au travers des activités de production mais aussi une structure médico-sociale dans la perspective d'adaptation au travail et d'épanouissement de la personnalité".

Pour que ces deux aspects soient respectés et équilibrés et que le travail demeure un moyen d'accès à l'autonomie et à moins de dépendance", il faut :

- . "adapter les moyens de travail",
- . "considérer les travailleurs handicapés comme les autres travailleurs",
- . "susciter l'envie de réussir quelque chose",
- . "donner des responsabilités dans le travail",
- . "varier les travaux et interchanger les postes de travail",
- . "être à l'écoute des demandes",
- . "tenir compte des rythmes de chacun",
- . "parvenir à une production la plus possible investie par les handicapés et par le personnel",
- . "réaliser des stages inter-structures pour combattre la routine",
- . "ne pas exclure la fermeté et maintenir les exigences propres au travail : respect de l'horaire, goût du travail bien fait, respect du matériel",
- . "ne pas négliger l'aspect productivité qui, bien contrôlée, peut être un élément dynamique, ni les exigences des donneurs d'emploi avec lesquels il faut négocier",
- . "tenir compte d'une production collective".

◆ Certains travailleurs ne se situent que dans une relation infantile. Il faut partir de cette relation comme telle en essayant de la faire évoluer.

"On peut mater par le discours, ce qui peut permettre de guérir tout en conseillant de réagir comme un adulte". C'est une question de dosage par rapport à chaque individu et de souplesse dans la relation.

◆ Le problème de la juste distance affective ne se pose pas tellement dans les C.A.T.

Il faut permettre l'expression de l'affectivité et accepter que "des relations privilégiées existent entre handicapés".

Les relations entre les personnels et les handicapés dépendent de la personnalité de chacun.

"Les éducateurs ne doivent pas capter les personnes pour eux mêmes mais les aider à devenir progressivement autonomes!"

◆ L'expression de la sexualité est très limitée dans le cadre d'une journée de travail en C.A.T. Cela apparaît "davantage comme un souci que comme une préoccupation".

Elle n'est pas tolérée du tout dans certains cas. Dans d'autres, elle peut s'exprimer dans la mesure :

- . "où les affinités et les couples existent",
- . "où l'on en parle, où elle est l'objet d'un dialogue permanent",
- . "où l'on favorise l'écoute et l'expression",
- . "où elle est contrôlée".

"Il y a un cheminement personnel à faire auprès des personnes avec lesquelles on vit".

◆ La médiation avec l'environnement social et familial.

Le rôle de médiation dépend :

. de l'implantation de la structure et de son insertion dans l'environnement immédiat,

. des activités extérieures tant du point de vue travail que des loisirs.

Certains établissements sont en prise directe permanente avec le "réel extérieur" par le biais :

- . des repas pris dans des restaurants d'entreprise,
- . des stages en entreprise,
- . de l'utilisation des transports en commun,
- . des activités de loisirs,
- . d'activités sociales dans le cadre de projets individuels.

On peut sensibiliser l'opinion publique à condition de prendre en compte la capacité d'accueil du milieu et cela paraît plus facile

en milieu rural où de bonnes relations avec le voisinage sont évoquées ; ces relations d'ailleurs, n'ont pas forcément besoin de la médiation du personnel, lequel n'intervient pour faire écran que lorsqu'il rencontre les limites de la personne handicapée.

➤ L'environnement familial pose en général problème, en ce sens qu'il est souvent un frein à l'accession de la personne handicapée à l'état d'adulte au sein de la famille.

Par exemple en matière de stages en entreprises qui échouent parce que "la famille imagine mal cette nouvelle possibilité et transfère son angoisse à l'adulte".

Il y aurait là matière à une concertation plus approfondie avec le milieu familial de manière à ce que les buts d'insertion soient bien compris mais les C.A.T. n'ont pas ou pas assez les moyens de le faire.

"Il faut parfois rencontrer les familles pour les aider à comprendre ce qui se passe".

Dans certains établissements c'est l'assistante sociale uniquement qui assure la liaison avec les familles en cas de problèmes.

➤ Peu de commentaires à propos du vieillissement et de la mort.

"Le vieillissement des handicapés devient un problème. A l'avenir et dès à présent il convient de créer des structures pour répondre aux besoins de cette population".

"La question ne se pose pas encore pour notre structure mais l'association se pose déjà le problème".

"Notre action vise à retarder le vieillissement physique et intellectuel".

➤ Le respect de la personne adulte handicapée

"Le statut de l'adulte handicapé mental est ambigu : parfois considéré comme un enfant tout en voulant lui donner des droits d'adulte".

On peut prendre des risques tout en veillant à la sécurité. De toutes façons les choix sont relativement limités, "il faut proposer et même parfois imposer" au nom de la sécurité c'est là que peut exister une "contradiction entre les objectifs d'une équipe et le protectionnisme institutionnel".

"Il faut bien prendre en compte le risque de fabulation et la situation d'échec qui en découlerait".

➤ Plusieurs équipes ne se sont pas penchées sur le détail des propositions de réflexion car ce sont des préoccupations dont "l'importance est identique et fonction des différents stades d'évolution de la personne handicapée et selon la nature de sa structure mentale. C'est alors à l'équipe éducative de comprendre chaque personne avec ses troubles, ses manques, ses inadaptations, mais aussi avec toutes ses possibilités et d'ajuster ainsi son action".

A PROPOS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Le risque d'usure et de vieillissement ensemble dans le travail auprès d'adultes handicapés est généralement évoqué, voire souligné, mais comme étant toujours conscient au niveau des personnels.

A noter toutefois que pour un établissement le risque n'est pas évident ni propre à ce travail ("valable aussi pour tout travail, toute entreprise").

Un autre risque est celui du "ronronnement".

Les propositions énoncées pour lutter contre ces risques recueillent l'unanimité à quelques nuances près et avec beaucoup de "oui mais", "comment ?" ; il faut y ajouter le souci permanent de remise en cause de la façon de travailler et le souci de responsabilisation des personnels comme facteurs dynamisants.

➔ La mobilité professionnelle oui, mais pour le personnel jeune!

➔ D'une part, l'hétérogénéité des groupes existe de par la diversité des jeunes en provenance des I.M.Pro et d'autre part il existe des possibilités de rotation sur les groupes.

➔ Le travail avec des non-professionnels du social existe peu dans les structures. Il est évoqué deux fois seulement comme pouvant être stimulant mais jamais envisagé avec des bénévoles.

➔ "Favoriser les séjours temporaires" suscite peu de commentaires :

- . c'est possible dans un établissement,
- . c'est souhaité dans un autre,
- . un autre exprime son manque de mobilité à ce sujet,
- . pour un quatrième ce n'est pas souhaitable.

➔ Les actions de formation et de recherche existent, mais dans un petit nombre d'établissements seulement. Il faudrait les développer car elles sont "toujours bénéfiques et peuvent créer une nouvelle dynamique".

➔ Tous les établissements sont d'accord pour mettre l'accent sur des activités extérieures, mais il faut aussi, d'une manière générale, diversifier autant que possible les activités économiques.

Certains ont déjà des activités orientées essentiellement vers l'extérieur (agriculture - horticulture - bâtiment) et ils en soulignent l'importance. Mais c'est loin d'être toujours possible car on ne choisit pas forcément ni les donateurs de travail, ni les activités et il peut y avoir des contraintes pour conserver des marchés.

➤ La rotation des fonctions est souvent souhaitée et on dit que c'est possible dans l'organisation interne d'un atelier, mais difficile lorsque l'équipe est très spécialisée. Il faudrait encourager les stages à l'extérieur. Les progressions de carrière pourraient être un frein au désir et à la possibilité de rotation.

➤ Les horaires, rythmes semblent en général adaptés, ajustés selon les personnes dans certains cas. Néanmoins, il faudrait pouvoir encore les assouplir. Les temps partiels sont acceptés dans la mesure du possible, ils devraient pouvoir être étendus tous en respectant le projet pédagogique.

➤ Les recyclages oui, mais à condition de ne pas perdre les avantages sociaux acquis.

➤ La relation d'adulte à adulte oui bien sûr, dans la mesure du possible, et en ne perdant pas de vue deux questions essentielles concernant la personne handicapée : "quel est son handicap ? et où se situe sa rupture avec l'environnement ?". Le respect des choix, dès lors, se trouve confronté à des limites de "faisabilité" de "sécurité".

Il faut quelquefois "orienter, diriger les choix pour éviter les situations d'échec" en essayant d'apprécier au mieux la capacité d'assumer de la personne handicapée. Mais il faut bien être "conscient qu'à travers l'ensemble des prothèses sociales qui leur est proposé, leur choix est pratiquement inexistant (orientation placement)".

➤ Au niveau du langage, le vouvoiement n'est pas forcément synonyme de respect. En tous cas, il n'est pas la seule forme de respect et il peut même "paraître artificiel dans une société où le tutoiement se généralise".

➤ Au niveau des attitudes, les personnels y veillent attentivement et particulièrement sauf dans quelques cas où elles sont "négligées en raison d'autres impératifs".

"Nous leur donnons l'exemple et les incitons à nous imiter".

"La personne handicapée peut être reconnue par une bonne présentation".

A PROPOS DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

◆ La tendance à la démultiplication des professions est jugée d'une manière générale autant négativement que positivement. Quelques avis sont tranchés mais la majorité présente avantages et inconvénients.

Pour :

- . nécessité d'une pluridisciplinarité et de compétences différentes. Les handicaps sont diversifiés, les personnes ont donc des besoins différents,
- . la diversité des formations est source de richesse et de dynamisme pour l'équipe. Elle est intéressante lorsque cela n'engendre pas de hiérarchie et si les buts visés restent communs,
- . la complémentarité des formations et des compétences doit permettre d'éclairer l'action.

Contre :

- . "les supports spécialisés actuels semblent suffisants. Les apports enrichissants peuvent se faire à partir de professionnels compétents dans des domaines autres que ceux touchant à l'aspect strictement éducatif",
- . renforcement de la hiérarchie dans les équipes,
- . dépréciation de la fonction éducative car cela aboutit à un "travail au rabais",
- . plus la diversité est grande plus il est difficile pour chacun de rester à sa place,
- . écarts de salaire importants pour des statuts différents qui assurent finalement le même travail,
- . la démultiplication c'est la création de "catégories sous qualifiées et sous payées pour un même travail,
- . cela n'est ni utile, ni appréciable pour un partage équitable des responsabilités.

◆ L'avenant X de la Convention Collective

Excepté une seule fois où il est dit en termes positifs que cet avenant tend à la "clarification des références des fonctions", et une autre où il est dit que ce regroupement devrait permettre de respecter les grandes lignes de vie des personnes handicapées, la plupart des établissements juge le regroupement des professions comme une modification peu importante, voire inutile.

"C'est une question de terminologie uniquement".

"Quelles qualifications réelles derrière les appellations ?".

"Le moniteur est avant tout un éducateur qui s'efforce à écouter l'autre pour le comprendre et développer au travers des besoins exprimés la personnalité de chaque adulte".

◆ Dans l'ensemble, tous les C.A.T. estiment que les formations d'éducateurs spécialisés et de moniteurs d'ateliers devraient débiter

par "un tronc commun" car elles sont trop diversifiées.

Ceci afin :

"D'unifier les connaissances intellectuelles".

"De mieux se comprendre dans les relations d'équipe".

"De mieux agir au sein des activités de production".

Mais cela n'est pas évident pour tous car certains posent la question de savoir s'il ne faut pas "laisser entièrement aux différents travailleurs sociaux leur identité spécifique".

Une définition est avancée concernant le "moniteur d'atelier" : "ce devrait être un bon bricoleur plein de bon sens et de psychologie relationnelle avec une formation polyvalente compte tenu de la diversité des activités proposées aux C.A.T."

D'une manière générale, la formation au travail auprès d'adultes doit exister "avec des aménagements à définir", quelquefois optionnelle en formation de base mais surtout complémentaire et au titre de la formation continue.

Sauf dans trois cas où ce n'est pas souhaité car "cela induirait peut être les formations à plus viser le faire et le savoir que l'être. Or, le principal outil du travailleur social est sa propre personne".

➤ Quelques discordances entre fonctions réellement exercées et formations suivies sont constatées :

. une monitrice-éducatrice faisant fonction d'éducatrice technique sans changement de rémunération,

. deux techniques travaillent dans des ateliers qui ne sont pas leur spécialité,

. les éducateurs techniques sont souvent sous employés,

. lorsqu'il y a des mutations internes à l'association (passage d'éducateur technique d'I.M.Pro en C.A.T) les compétences ne correspondent pas forcément aux activités.

Dans cinq cas, pas de discordance du tout.

Et dans trois cas on note "pour ce qui est des acquis dans les formations spécifiques, un lien entre ce qui a été appris et les actions menées dans le quotidien".

PREOCCUPATIONS CONCERNANT LES PERSONNELS

Formation - qualification - statuts

- problème de motivation des personnels, de déroulement de carrière,
- formation pour les personnels dès l'entrée en fonction,
- meilleure qualification pédagogique pour les personnels techniques (sensibilisation aux problèmes posés par les handicapés),
- la qualification technique de l'éducateur en C.A.T. doit être en rapport avec celle du monde normal du travail dans sa spécialité,
- les personnels doivent avoir une connaissance du secteur de l'adaptation en général. Ils doivent être aptes à se remettre en question,
- est-ce que le rôle éducatif et l'action pédagogique seront modifiés par le changement de statut (d'éducateur technique à moniteur d'atelier) où le mot éducateur disparaît,
- élévation du niveau général des connaissances et du savoir faire de l'équipe par l'accès à des formations complémentaires (à caractère éducatifs ou économiques) dans le but, entre autre, d'en faire bénéficier les travailleurs handicapés.

Organisation et conception du travail

- difficultés à concilier aspect éducatif et production,
- maintenir un certain dynamisme malgré le vieillissement sur place des handicapés et du personnel,
- difficulté du travail en équipe pour certains éducateurs,
- découragement devant la tâche,
- souci d'efficacité et de stabilité,
- inquiétude des personnels quant à recevoir des handicapés de niveaux toujours plus faible.

VOEUX ET PROPOSITIONS

➡ Les actions nouvelles, les créations de postes sont freinées à cause des contraintes budgétaires !

Au lieu de cela ne pourrait-on pas réviser le système d'assistance parallèle au placement ?

Par exemple, pourquoi les transports quotidiens sur le lieu de travail sont-ils pris obligatoirement en charge à 100 % ?

➡ dynamiser et stimuler les C.A.T.

. au niveau des travailleurs handicapés en maintenant un certain nombre de bons niveaux que des actions de formation, de reconversion, de préparation permettraient d'insérer dans le monde ordinaire du travail, c'est-à-dire conserver par rotation des éléments moteurs en permanence,

. au niveau des personnels :

- techniques : développer la fonction du "savoir être" en équipe (mieux communiquer, mieux saisir les phénomènes psycho-sociaux mieux apte à se remettre en cause),

- techniques et éducatifs : mise à jour constante des connaissances et de l'évolution des caractéristiques du monde ordinaire du travail à partir des activités du C.A.T. (par exemple : techniques de pointe, automatisme suivi de la production, marketing, rationalisation) de façon à rationaliser et valoriser les postes de travail,

- par la présence de stagiaires dans les C.A.T.

. d'une manière générale en provoquant des situations de changement.

➡ souhait d'accéder à des travaux comparables à ceux d'entreprises traditionnelles, donc ouverture des C.A.T. sur l'extérieur.

"Accueil de professionnels de production réalisant leurs tâches au milieu et avec les handicapés".

Puisque le contexte économique laisse peu de chance d'intégration dans le monde ordinaire du travail, pourquoi ne pas faire entrer dans les C.A.T. des gens dit "normaux" afin de faire perdre à ces structures leur "tendance au ghetto".

LES FOYERS

30 questionnaires ont été envoyés : 23 réponses

23 institutions, de l'"internat" lié au C.A.T., aux appartements en passant par les foyers recevant 568 adultes handicapés dont :

530 déficients intellectuels profonds et surhandicapés pour lesquels il y a :

- 228 personnels éducatifs :
 - 36 éducateurs spécialisés diplômés,
 - 62 moniteurs éducateurs diplômés,
 - 50 aides médico-psychologiques non formés et dont 15 en formation cours d'emploi,
 - 71 stagiaires de contact,
 - 1 conseillère en économie sociale et familiale,
 - 6 éducateurs spécialisés
 - 3 moniteurs éducateurs
 - 1 animateur
- } en formation en cours d'emploi

38 handicapés physiques avec pour encadrement :

- 1 animateur,
 - 3 aides soignantes,
 - 13 tierces personnes auxiliaires de vie (10 plein temps et 6 mi-temps)
- Pas d'éducateurs, ni de psychologues.

SITUATIONS A ASSUMER

Il faut avant tout savoir de qui on parle car les situations ne seront pas les mêmes selon la nature et le degré du handicap. L'hétérogénéité ou plutôt la diversité des handicapés dans une même catégorie de handicap est intéressante mais ô combien difficile à prendre en charge car elle nécessite des actions le plus possible individualisées, donc un personnel en quantité et qualité suffisantes.

L'aide

Face à certains comportements, certaines expressions, certaines "*morphologies*" aussi, il est quelquefois difficile de ne pas réagir sans infantiliser. Les personnels doivent constamment ajuster les réponses et fixer des limites lorsque les demandes sont trop "*infantiles*" ou "*tyranniques*", le but le plus souvent exprimé étant d'amener les personnes handicapées à la plus grande autonomie possible.

L'activité

Le problème ne se pose que pour les structures accueillant des cas lourds ne pouvant être admis en C.A.T. La difficulté est alors :

- de trouver des activités de soutien, d'expression, d'ergothérapie qui ne soient pas répétitives,
- de susciter l'intérêt pour ces activités,
- de stimuler.

Présence et soins

En général les expressions "assurer une présence" et "distribuer des soins" sont rejetées.

Il est question soit :

- *"d'une vie partagée",*
- *"d'un accompagnement constant par un choix de vie communautaire",*
- *de prise en compte de tous les problèmes qui s'expriment, dans un lieu de vie qui doit être sécurisant.*

Distance affective

Il est important que les personnels se situent par rapport aux résidents et sachent qu'ils ne peuvent pas se substituer :

- à la famille,
- aux copains,
- au flirt.

Ils doivent se prémunir d'une trop grande identification à la personne handicapée mais certains éducateurs souhaitent établir des relations fondées sur l'amitié.

La sexualité

Il n'est pas fait état de problèmes particuliers à propos des adultes surhandicapés.

Concernant les personnes déficientes profondes, les réflexions sont d'ordre général :

- *"nous réfléchissons avec l'équipe du planning familial du secteur",*
- *"question à régler cas par cas dans l'optique du respect de la personne",*
- ou bien ce sont des réserves quant à *"laisser s'exprimer la sexualité" :*
- *"c'est louable en soi, mais pour qui ? ..."*
- *"il faut avoir en mémoire l'âge mental et le taux de dépendance de la personne handicapée",*
- *"nous ne concevons l'expression de la sexualité qu'à travers la vie d'un couple pouvant être assez autonome",*
- *"la vie en couple nécessitera toujours une aide constante compétente et efficace d'un service de guidance",*
- *"... et ce couple nous le voyons à l'extérieur de l'institution".*

Médiation

A - avec l'environnement social

Tous les foyers mettent l'accent sur l'importance de l'implantation en vue d'une bonne insertion dans l'environnement ; il faut qu'il y ait de la vie autour de la structure :

- "il existe une intégration de fait : nous habitons un ensemble HLM",
- facilité d'intégration puisque nous habitons en ville (sorties, bistrot, courses, cinéma, etc...)",
- "notion de lieu de vie appartenant à la personne handicapée : studio, foyer logement dans des ensembles sociaux situés à proximité du centre de l'agglomération",
- "implantation souhaitée par les habitants du hameau",
- "nous avons des relations simples d'amitié avec le voisinage",
- "visites d'amis de bénévoles qui invitent quelquefois des résidents",
- "nous proposons tous les mois des activités spectacles ouvertes au public".

Mais il y a toutefois des difficultés à faire reconnaître les résidents comme des interlocuteurs possibles à l'extérieur de la structure. Il faut donc que l'éducateur sache évaluer les possibilités de chacun pour le stimuler et lui rendre possible la participation à des activités extérieures de façon à ne pas faire écran, ni sombrer dans l'activisme.

B - avec l'environnement familial

La question générale qui se pose c'est comment faire comprendre et reconnaître aux parents que "leur" handicapé est devenu adulte et qu'il serait souhaitable de ne plus le considérer comme un enfant ; comment leur faire accepter "qu'il change de vie et s'engage dans quelque chose de nouveau" ?

On remarque des attitudes bienveillantes :

- "visites et sorties sont laissées à l'initiative des familles selon leurs possibilités et leur désir",

mais aussi des réserves du fait que l'accueil d'adulte doit modifier la relation institution-famille :

- "comment ne pas faire écran, s'interposer lorsque la famille infantilise l'adulte ?",
- "notre action tient compte des liens affectifs mais ne passe pas obligatoirement par le canal de la famille".

Réserves aussi à propos des associations de Parents qui peuvent être "plus soucieuses de la défense des intérêts généraux de toutes les familles que de ceux de la personne handicapée".

Le vieillissement, la mort ne sont pas évoqués, car la population considérée ici est relativement jeune. On avance au plus que "cela modifiera un jour notre attitude pédagogique".

Le respect de la personne de l'adulte

Il n'y a pas de risques inutiles à prendre pour favoriser l'expression des choix et repérer les choix peu exprimés chez les personnes handicapées, il faut tenter : "faire des propositions", "user de persuasion", mais aussi "imposer des solutions".

La notion de choix ne doit pas se détacher des principes de réalité, c'est-à-dire du degré d'autonomie et il ne faut pas que "l'anarchie des choix conduise au désordre, à l'angoisse, à l'insécurité".

De ce fait, les choix sont souvent "nécessairement orientés".

L'EXERCICE PROFESSIONNEL

◆ Le problème du vieillissement n'est pas encore ressenti, contrairement à celui de l'usure et surtout de la routine.

Ces questions sont moins liées au "travail auprès d'handicapés" qu'à "l'organisation des structures" et à "l'ouverture des structures à la réflexion".

La vie et l'action quotidienne doivent régulièrement être remises en question par :

- des réunions de groupe,
- des bilans,
- la continuation de la formation,
- le développement de la recherche,
- l'innovation,
- l'appel à des personnes extérieures,
- la connaissance d'autres expériences et des visites d'autres institutions.

Pourquoi l'usure ne serait-elle pas comparée à celle des instituteurs ?

◆ La mobilité professionnelle :

- est réalisée systématiquement dans le système communautaire où il y a rotation d'une partie des assistants (passages de 6 mois, 1 an...) et jugée enrichissante,
- est vivement souhaitée au niveau d'échanges entre petites structures de même type,
- est jugée néfaste dans un petit foyer car *"il faut du temps au personnel pour accepter les adultes très handicapés"* et pour adapter ses attitudes.

◆ L'hétérogénéité de la clientèle existe dans plusieurs petites structures (âge, sexe, diversité des handicaps). C'est un choix que les personnels confirment comme enrichissant.

◆ Le travail avec les non-professionnels du social est très apprécié :

- en vue de l'insertion dans des activités extérieures (sur le quartier, séjours de vacances),
 - pour des activités intérieures (divers ateliers libres, musique, etc...)
- ainsi qu'avec des bénévoles : *"caractère plus humain des échanges gratuits", "plus de spontanéité dans les échanges"* essentiellement dans le cadre des relations de voisinage.

◆ La relation d'adulte à adulte passe d'abord par l'acceptation de la différence, la considération du handicap. Il y a une réelle volonté d'associer les personnes handicapées aux prises de décision, mais cela n'est pas toujours évident, c'est même quelquefois illusoire *"relation humaine oui, mais nous ne pouvons affirmer qu'elle sera d'adulte à adulte, cette façon de faire serait excessive et pas très vraie"*.

Pour tous, l'accent est mis sur le "respect de la personne handicapée", sur "l'attention à la personne toute entière" dans tous les aspects de la relation.

Le vouvoiement n'est pas forcément un manque de respect, au contraire, lorsque la relation est basée sur l'amitié, il est même considéré comme "quelque peu anachronique en 1982".

A PROPOS DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

Dans le travail avec les adultes

"Il ne s'agit plus d'éducation au sens strict, mais d'aptitude à la relation qui peut être le fait de nombreux professionnels, diplômés ou non".

Cette aptitude à la relation doit s'inscrire dans une perspective de formation permanente.

C'est une erreur que de poursuivre la démultiplication des professions car :

- cela renforce la hiérarchie dans les équipes,
- cela risque de dévaloriser la fonction éducative pour aboutir à un "travail au rabais",
- il y a un risque d'approche morcellée de la personne handicapée surtout les bas niveaux dont la personnalité est déjà morcelée et dont la prise en charge relève plus d'un vivre avec, d'une convivialité, que d'une pédagogie. Ce "vivre avec" est porteur de perfectionnement et d'enrichissement pour les personnels comme pour les handicapés,
- c'est aussi une source de conflit entre des professionnels différents qui font somme toute le même travail.

Mais on dit par ailleurs au moins une fois qu'il faut maintenir dans une équipe une certaine proportion de personnels qualifiés psychosocialement, non pour la hiérarchie, mais pour la qualité de la recherche.

L'avenant X de la convention collective ne suscite pas beaucoup de réflexions mais des positions assez tranchées et opposées ou intermédiaires :

- *"non sûrement pas d'accord avec le regroupement des professions en tous cas pour le travail auprès d'adultes lourdement handicapés",*
- *"c'est inutile pour le travail en foyer",*
- *"oui, mais alors sous la seule rubrique éducateur",*
- on signale plusieurs fois que "l'animateur" et "l'auxiliaire de vie" ne font qu'un.

Avant même la formation, il est important de connaître la "qualité des motivations" pour travailler auprès de grands handicapés.

Les professions doivent débiter par un tronc commun non seulement pour forger des objectifs et vocabulaires harmonisés mais aussi :

- pour éviter les cloisonnements.
- pour faciliter et permettre les changements d'orientations.
- pour viser à une polyvalence des formations,
- pour viser à une meilleure harmonisation des différentes interventions.

Une formation au travail avec les adultes apparaît nécessaire à tous mais elle est appelée "sensibilisation" (organisation affective, sentimentale, matérielle, économique de la vie des adultes handicapés) laquelle pourrait être réalisée de plusieurs façons :

- par des expériences à caractère social ou professionnel préalables à l'entrée en formation,
- par des possibilités offertes dans toutes les formations initiales du travail social,
- au titre du perfectionnement comme spécialisation.

Il peut exister des discordances entre fonctions exercées et formations suivies (par exemple un psychologue faisant fonction d'éducateur), mais cela relèverait davantage d'un écart important entre la théorie apprise et la pratique sur le terrain et puis les diplômes ne signifient pas grand chose, par ailleurs :

- les jurys de sélection ne sont pas assez perspicaces dans le choix des candidats au métier,
- les formateurs manquent de réalisme,
- les jeunes diplômés sont souvent capables d'analyser correctement les situations mais incapables de mettre en pratique le fruit de leurs réflexions.

PREOCCUPATIONS CONCERNANT LES PERSONNELS

Formation - qualification

- des A.M.P. expriment l'insuffisance de leur formation pour "*réfléchir*", *analyser*, *prendre du recul en face de "crises" qu'ils vivent avec les résidents et qu'ils ne peuvent comprendre, ni maîtriser*,
- souhait de mise en place d'une formation A.M.P.,
- procurer aux personnels "*des moyens de formation sans déformation*" au sujet de l'esprit de travail,
- difficultés de formation pour les personnels non qualifiés,
- les professionnels ne sont pas assez présents dans la formation,
- difficulté de trouver du personnel "*non seulement diplômé et avec expérience*" mais "*équilibré et de bonne maturité*",
- turnover trop important des personnels car trop de non qualifiés quittent au bout d'un an l'établissement :
 - . soit pour aller en formation voie directe,
 - . soit par découragement de ne pouvoir aller se former,
- crainte d'une déqualification du personnel dans les foyers.

Conception et organisation du travail

- donner les moyens aux établissements (salaires de remplacement) d'envoyer les personnels en formation et en complément de formation,
- difficulté d'équilibrer la mixité de l'équipe (manque de personnel masculin),
- source de difficulté pour constituer une équipe -et impossibilité de faire du travail sérieux tant avec les handicapés qu'avec les familles,
- les éducateurs spécialisés ne sont pas très motivés pour travailler avec les handicapés de bas niveau,
- la situation géographique de la structure comme difficulté d'intégration pour les handicapés ressentie par les personnels,
- dans une petite structure pour très grands handicapés, on estime que le critère fondamental du travail est une certaine foi en l'homme afin de dépasser les dures servitudes matérielles et de développer toutes les ressources potentielles même si elles ne sont pas apparentes. Puisqu'on ne trouve plus ce critère là chez les personnels et que le terme de "vocation" est banni, ne faudrait-il pas réinstaurer la notion de volontariat (qui ne veut pas dire bénévolat) ?

VOEUX ET PROPOSITIONS

- urgence de remettre en place des "formations d'adaptations" du type action d'adaptation des années 1970 pour tout le personnel en place,
- rechercher des critères de "non aptitude flagrante" afin de bien tester la motivation dont on doit apprécier la qualité - que les gens soient clairs avec eux-mêmes sur le choix d'un tel métier;
- exiger des personnels d'avoir exercé un métier, d'avoir eu des expériences de vie professionnelle pas forcément dans le secteur social,
- inclure dans les heures de travail :
 - . des réunions de réflexions sur les pratiques,
 - . une formation permanente pour s'ouvrir l'esprit, éviter la propre chronicité du personnel et réétudier en permanence des questions fondamentales telles que les notions d'assistance/entraide, droit au respect, regards sur le handicap, etc...
- création de structures plus légères et donc mieux adaptées à l'évolution des adultes handicapés qui pourraient vivre à l'extérieur au bout d'un certain temps,
- revoir les indices et primes de sujétions pour inciter les personnels qualifiés à travailler en internat,
- organiser sur le plan national des rencontres avec l'aide de "techniciens de la relation", où pourraient être échangées des expériences de vie diverses.
- exiger des personnels "un engagement à un recyclage permanent pour ne pas s'endormir sur de vieilles formules".
La nature et le contenu de ce recyclage restant à définir. Il pourrait s'agir d'une réflexion obligatoire, complémentaire de toutes les formations, à propos de la psychologie et de l'approche des handicapés.

E P S R*- fiche de présentation statistique

| | | |
|------------------------------|--|---|
| EQUIPES | - 1 prospecteur placier - 1 assistante sociale - 1 secrétaire | - 1 prospecteur placier - 1 assistante sociale - 1 secrétaire mi-temps - 1 éduc. technique (électro- mécanique) - 1 éduc. technique (bois) |
| POPULATION DU DEPARTEMENT | 737 400 | 494 700 |
| CLIENTELE RECUE EN 1981 | 124 | 298 |
| SEXE | H 74 % F 26 % | 71 % 29 % |
| QUI ADRESSE LES CLIENTS | - COTOREP 33 % - ANPE 19 % - Etablissements Spé- cialisés (CAT, IMPro, etc ...) 27 % - Services spécialisés (sociaux, hospita- liers, d'associations) 14 % - Relations (famille, amis)..... 7 % | 29 % 5 % 16 % 40 % 10 % |

* Equipe de Préparation et de Suite au Reclassement

SITUATIONS A ASSUMER

En théorie, souhait de "faire avec" et non "à la place de" ; mais, dans la pratique, la réalité de "travailleur handicapé analphabète, étranger" contraint à faire l'inverse dans de nombreux cas.

De plus, le manque d'habitude à faire des démarches fait que trois quarts des personnes reçues sollicitent une assistance jugée excessive (la philosophie d'une équipe, par exemple, fait que dans ces cas, l'aide "à la place de" reste l'exception ; ainsi il arrive que des demandeurs ne reviennent plus). C'est une lutte quasi permanente.

La juste distance affective est difficile à trouver. Les sollicitations sont toujours présentes mais la réponse sera différente selon que le travailleur social est homme ou femme, selon le tempérament et les atomes crochus. La question est plus difficile à résoudre avec des malades mentaux.

L'expression de la sexualité ne pose en général pas de problème particulier ; dans une équipe seulement des femmes sont amenées à parler de leurs difficultés, les hommes jamais.

En ce qui concerne la médiation avec l'environnement social, une équipe n'y est pas confrontée / l'autre est obligée d'y faire face par rapport au lieu de travail.

Par rapport à la famille, il peut s'agir d'interventions ponctuelles essentiellement lors de l'accueil si la personne handicapée se présente avec un membre de son entourage familial / mais aussi d'intervention à plus long terme dans un projet de formation ou d'indépendance vis-à-vis de la famille ; mais c'est en général très difficile d'apprécier le taux, le niveau de cette dépendance (affective, financière etc ...).

Une équipe est confrontée à de nombreuses tentatives de suicide venant essentiellement de malades mentaux.

Qu'est ce que ça veut dire "respecter" ? Puisqu'il y a souvent contradiction entre désir et possibilité, n'est ce pas aussi respecter l'autre que de lui indiquer ce que l'on pense d'une situation ou d'un choix, surtout lorsqu'il vous connaît ? nécessité de renvoyer à la réalité, qu'il y ait sur-estimation ou sous-estimation.

L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Si le travail est difficile, il n'est pas pour autant possible de dire à partir de quand il est usant (pas suffisamment de pratique, donc de recul). L'impression de ne pas avoir le choix : l'usure est subie.

La mobilité professionnelle est impossible actuellement ; par contre, la clientèle est hétérogène par essence et elle change suffisamment (de quelques semaines à plusieurs mois), ce qui est présenté comme un facteur pouvant atténuer le risque d'usure.

D'un côté, on pense que la composition de l'équipe (prospecteur, assistante sociale, secrétaire) ne permet pas de polyvalence car les rôles restent spécifiques mais, de l'autre, on souhaiterait que l'assistante sociale et le prospecteur interviennent au même niveau.

De part et d'autre, on souhaite travailler avec un minimum de relations hiérarchiques mais cela s'avère difficile.

L'âge de la retraite aujourd'hui est incompatible avec les exigences de présence et de disponibilité. Le recyclage et la formation permanente sont indispensables, ne serait-ce que pour se remettre en question.

Le prospecteur placier doit s'adapter à la personnalité de l'handicapé. L'accueil et le contact est toujours envisagé dans un rapport d'adulte à adulte, avec vouvoiement ; mais le tutoiement peut intervenir et même faciliter la relation.

Le problème de la langue a été résolu, par contre, avec l'embauche d'une secrétaire trilingue.

Il y a peu ou pas d'intervention au niveau de la personne, tout au plus sur la tenue vestimentaire.

DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

Le point de vue d'un prospecteur placier formé hors de la filière "travailleur social" : "il apparaît nuisible de continuer à différencier les professions car l'objectif du travail "avec les usagers" se perd au profit du travail "avec les collègues" ; autrement dit : perte d'efficacité, corporatisme, relations de plus en plus hiérarchisées".

D'accord avec l'avenant n° 10 de la CC 66, les salariés de l'EPSR pourraient relever de la dénomination "moniteur".

Toutes les professions sociales devraient débiter par un tronc commun. Une formation spécifique pour le travail auprès des adultes devrait intervenir, optionnelle et complémentaire.

D'un côté, il n'y a, apparemment, pas de discordance entre fonctions exercées et formations suivies ; on estime que la formation en sciences humaines de l'assistante sociale d'aujourd'hui convient bien à la place de celle-ci dans une EPSR ; mais de l'autre côté, on estime que non et qu'il y a bien discordance en ce sens que les ES et AS sont plus soucieux d'accompagnement et de suivi que de reclassement professionnel et, de ce fait, ne peuvent faire face aux problèmes posés par le public reçu.

Des deux côtés, on s'accorde à dire que le reclassement professionnel est l'objectif principal et donc le prospecteur placier la cheville ouvrière de l'équipe.

PREOCCUPATIONS

- La notion de qualification obligatoire pour la composition d'une équipe pose question.
- La période d'essai d'un mois à l'embauche est jugée très insuffisante. (comment faire ses preuves dans un temps aussi court ?).
- Souci urgent d'une sensibilisation et du perfectionnement des personnels en rapport avec le nombre et la nature des demandes de personnes malades mentales.
- Des difficultés peuvent apparaître dans certains cas en raison de différences de statut des personnels au sein d'une même convention.

VOEUX ET PROPOSITIONS

Les deux équipes sont de droit privé ; mais fort différentes à beaucoup d'égards : l'une relevant de la Convention Collective de 1966, l'autre d'une Convention AFPA - et toutes deux insatisfaites de ces conventions, d'où les souhaits :

- . qu'une véritable politique de mise en place d'EPSR soit réalisée dans chaque département, en fonction de textes de base modifiés (il n'y a qu'un seul "module" à 3 personnes, quelle que soit l'importance des départements),
- . que le recrutement des personnels soit plus large. On pense, en effet, qu'un ouvrier de bon niveau formé syndicalement et ayant été confronté durant de nombreuses années à tous les aspects du travail en entreprise est mieux indiqué qu'un travailleur social pour travailler dans une EPSR,
- . que le statut de droit privé soit réétudié en ce qui concerne la charge financière des associations (25 %). 75 % seulement sont pris en charge par le Ministère du Travail,
- . que la procédure d'habilitation du prospecteur placier soit simplifiée et plus rapide,
- . que soit mise en place une structure de concertation régionale et nationale des EPSR.

M.A.S. POUR HANDICAPES PHYSIQUES

A PROPOS DES SITUATIONS A ASSUMER

=> Aider sans renforcer la dépendance.
C'est notre principal but.

=> Une activité, un travail.
S'agissant d'une M.A.S., le seul intérêt est d'ordre occupationnel.

=> Une présence et des soins.
Entièrement d'accord.

=> Distance affective.
Idem.

=> La sexualité.
La question reste très difficile car nous rencontrons à ce sujet différents modes d'expression de nos résidents et nous devons rester très vigilants car certains refusent des avances un peu trop vives d'un cas bien particulier.

=> La médiation avec l'environnement social.
Nous désirons avant tout qu'il y ait continuité avec l'ancien environnement : famille, amis et voisinage car la coupure sera néfaste.

=> Environnement familial.
Il nous faut absolument éviter la création d'un milieu clos. Par contre, il est nécessaire d'ouvrir nos activités sur l'extérieur.

=> Le vieillissement et la mort.
Tant que nos résidents et notre personnel ont un projet de vie et des activités agréables, on peut éviter cette question car la ressasser ne peut servir qu'au découragement ou, alors, seule l'espérance dans une autre vie après la mort pourrait aider à cette réflexion.

=> Respecter la personne de l'adulte.

Il est certain que, dans ses choix, l'handicapé ne voit pas toujours les inconvénients, surtout en ce qui concerne sa propre sécurité. C'est donc à nous, dans bien des cas, d'y veiller pour eux.

A PROPOS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

Pour le personnel, il est certain que ce travail aurait bien des inconvénients s'il n'était pas agrémenté d'intérêts bien particuliers : diversification dans le travail où les tâches tournent par équipes ; cela veut dire que personne n'aura à assurer une tâche bien définie et qui sera toujours la même.

=> Mobilité professionnelle en s'adressant à des groupes plus hétérogènes.

Les équipes de travail sont mixtes et les âges très différents, ceci réparti en équipes.

=> Travail des non-professionnels, bénévoles.

Il est important de faire participer des bénévoles qui ont souvent des vues bien différentes sur les problèmes de fonctionnement de l'établissement et qui nous apportent une aide précieuse.

=> Séjours temporaires.

Nous aimerions beaucoup avoir des séjours temporaires mais, malheureusement, les textes d'agrément ne nous y autorisent pas. Nous désirerions aussi avoir des échanges de résidents entre établissements de même nature mais cela n'a pas pu se faire pour des questions administratives.

=> Actions de formation - recherche - activités extérieures.

Une formation d'aide-soignant, auxiliaire de vie est nécessaire pour la fonction professionnelle. La recherche entre personnel/handicapé et spécialistes serait très enrichissante. Elle pourrait se faire sous forme de rencontres périodiques.

=> Polyvalence - horaires adaptés - rythmes de vacances - recyclages.

Pour le personnel, les fonctions doivent être polyvalentes avec possibilité de rotation entre les soins et l'animation culturelle. Nous essayons d'établir des horaires qui, tout en tenant compte des nécessités de service, soient le plus agréables possible à notre personnel afin qu'en particulier leur vie familiale puisse être préservée le plus possible. En retour, son travail s'en ressentira d'autant mieux.

=> Une relation d'adulte à adulte.

L'auxiliaire de vie ne tutoie que les résidents qui le demandent et l'attitude à leur égard est, suivant le cas, pratiquement imposée par le comportement du résident ; c'est ce qu'on peut appeler le respect de la personne handicapée. Donc les relations peuvent être d'égal à égal.

A PROPOS DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

=> Démultiplication naturelle de la profession.

Il n'est pas cité dans ce paragraphe la formation que nous souhaiterions voir s'établir pour notre personnel, c'est-à-dire celle d'un polyvalent qui serait à la fois auxiliaire de vie et aide-soignant. La démultiplication naturelle dans la profession ne nous semble effectivement pas souhaitable. Au contraire, le personnel concerné par la vie du service M.A.S. devrait être capable d'intervenir dans toutes sortes de domaines.

Pour l'esprit d'équipe et la hiérarchie, surtout visible et imposée (couleurs de blouses avec grade et suivant la fonction), elle serait, surtout chez nous, non avenue, très mal appréciée et poserait bien des problèmes alors que ce qui est souhaitable, c'est avant tout l'esprit que l'on peut ressentir dans la bonne entente et la cordialité.

=> Soins et assistance dans la vie quotidienne.

De toute façon, dans une M.A.S., il s'agit surtout de soins d'assistance dans la vie quotidienne, c'est primordial ; mais l'accompagnement et les activités manuelles ou dirigées peuvent tout aussi bien se faire institutionnellement par les mêmes personnes sans pour autant interdire les interventions de spécialistes dans des domaines très particuliers.

⇒ "Tronc commun" de formation.

Oui pour le "tronc commun" de formation au départ. Cette formation, de toute façon, devrait toujours débiter par des expériences ou stages faits dans des maisons spécialisées avant toute décision définitive de l'intéressé ; le plus important semble que le futur "employé" sache bien ce qui l'attend et désire vraiment occuper ce métier qui, si on sait bien le pratiquer, ne manque pas d'un certain charme. Il est certain qu'une formation auprès d'adultes et adultes handicapés est obligatoire. Ensuite, des stages périodiques seront peut-être nécessaires afin de ne pas perdre le fil.

⇒ Discordance entre fonctions et formations suivies.

Il n'existe pas à ma connaissance de formation correspondant exactement à la fonction d'auxiliaire de vie - aide-soignant, tout au moins sur le plan officiel, surtout dans cet esprit de polyvalence des acquisitions. L'une des choses les plus importantes en dehors des connaissances pratiques est le "bon sens" et la réflexion.

ANNEXE II.4

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

FICHE DE PRESENTATION

(dans le but de ne pas grossir exagérément ce rapport,
nous donnons ici une présentation condensée du questionnaire)

- NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

- AGRÉMENT :

- EFFECTIF DES RÉSIDENTS

P.S. N'oubliez pas de joindre tous les documents concernant votre établissement
qui pourraient compléter vos réponses à ce questionnaire. Merci.

PROPOSITIONS DE REFLEXIONS GLOBALES

Après un semestre de réflexion, le groupe d'étude a cerné un certain nombre de questions qui semblent spécifiquement se poser à l'égard des personnes adultes handicapées. Faites-nous part de vos réflexions sur ce qui vous semble le plus préoccupant dans votre établissement.

I - A PROPOS DES SITUATIONS A ASSUMER

COMMENTAIRES

- Aider sans renforcer la dépendance, ni infantiliser.

- Proposer une activité, un travail, sans surexploiter :
 - ni certains comportements répétitifs ou soumis ;
 - ni la force productive.

- Assurer une présence et des soins sans materner, ni infantiliser.

- Trouver la juste distance affective - avec continuité - sans captation.

- Laisser s'exprimer la sexualité :
 - sans divorce entre affectivité/sexualité.
 - sans risque de procréation inassumable.

- Assurer la médiation avec l'environnement social sans faire :
 - ni écran, ni rejet,
 - sans obstruction, ni activisme.

- Mêmes questions pour le respect de l'environnement familial du sujet.

- Accepter le vieillissement et la mort :
 - sans démission, ni déni.

- Respecter la personne de l'adulte handicapé dans l'exercice des choix qui la concerne tout en veillant à sa sécurité.

II - A PROPOS DE L'EXERCICE PROFESSIONNEL

- o Le travail auprès d'adultes handicapés comporte des risques particuliers :
 - celui de l'usure, du vieillissement ensemble.
Sans prise de conscience.
- o Il faut user d'une vigilance particulière à cet égard :
 - par plus de mobilité professionnelle.
 - en s'adressant à des groupes plus hétérogènes.
 - en travaillant avec des non-professionnels, bénévoles ou non.
 - en favorisant les séjours temporaires .
 - en favorisant la polyvalence des institutions :
 - . adjoindre des actions de formations.
 - . adjoindre de la recherche.
 - en mettant l'accent sur des activités extérieures.
 - en donnant à chacun plusieurs fonctions (polyvalence):
 - . la possibilité d'une rotation de fonctions.
 - en adaptant les horaires, les rythmes de vacances, l'âge de retraite,
 - en procurant des recyclages
 - . de la formation permanente.
- o L'objectif central est d'établir avec les personnes handicapées une relation d'adulte à adulte :
 - respect des choix,
 - partage des décisions, d'admission, de réorientation.
 - respect de la personne adulte handicapée par :
 - . le langage (vouvoiement),
 - . les attitudes (qualité de vie quotidienne dans les vêtements, les soins corporels, l'alimentation...)

III - A PROPOS DES PROFESSIONS ET DES FORMATIONS

- Les professions doivent-elles poursuivre leur tendance naturelle à la démultiplication ?
(Ex. : AMP, moniteur-éducateur, éducateur spécialisé, éducateur technique...).
- Les professions doivent-elles se regrouper comme il est suggéré dans le récent Avenant X à la Convention Collective, par ex. sous deux ou trois rubriques :
 - "Animateur" pour l'accompagnement
 - "Moniteur" pour activité et travail
 - "Auxiliaire de vie" pour soins et assistance dans la vie quotidienne ?
- Les formations "au travail social" :
 - doivent-elles débiter par un "tronc commun" pour forger des objectifs et vocabulaires harmonisés
 - Une formation au travail auprès d'adultes doit-elle exister :
 - . optionnelles en formation de base (sensibilisation) ?
 - . complémentaire, en perfectionnement (au titre de la formation continue) ?
- Gonstatez-vous des discordances entre les fonctions réellement exercées et les formations suivies ou les diplômes acquis par les personnels ?

IV - QUELLES SONT VOS PREOCCUPATIONS CONCERNANT LES PERSONNELS ?

V - QUELS SONT VOS VOEUX ET PROPOSITIONS POUR L'AVENIR ?

ANNEXE III

DEFINITION DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES

POUR ADULTES HANDICAPES ET INADAPTES
(Code F.I.N.E.S.S.)

LES LIEUX D'HABITATION

219 Centre d'accueil non conventionné au titre de l'aide sociale

Texte de référence : circulaire du 12 juillet 1960.

Statut : établissement privé.

Il remplace l'ancien dépôt de mendicité non reconnu centre d'hébergement et de réadaptation sociale.

Lieu d'accueil pour les sans-abri, il offre le gîte pour une durée très limitée sans but de réinsertion sociale.

214 Centre d'hébergement et de réadaptation sociale

Textes de référence :

- Loi du 19 novembre 1974 ;
- Article 185 du code de la famille ;
- Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 ;
- Décret n° 76-526 du 15 juin 1976 ;
- Circulaire du 15 juin 1976 ;
- Circulaire DGS/69/AS2 du 3 juillet 1979 relative à la lutte contre la toxicomanie.

Il accueille, pour une durée limitée, les personnes et les familles dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale notamment en raison du manque ou de conditions défectueuses de logement et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire.

Sa clientèle, qui peut être variée, apparaîtra en spécialités.

Sont à classer dans cette catégorie :

- les établissements tels que définis par l'arrêté du 20 décembre 1954 :
 - foyer d'accueil féminin ou centre de reclassement féminin ;
 - centre d'hébergement pour indigents sans emploi sortant d'établissements hospitaliers ;
 - centre d'hébergement pour ex-détenus ;
 - centre d'hébergement pour vagabonds des deux sexes estimés aptes à un reclassement, accompagnés ou non de leur famille ;

- les établissements suivants, à condition que le caractère de centre d'hébergement et de réadaptation sociale leur ait été reconnu :
 - l'asile : dépôt de mendicité, asile de nuit ou de jour, certains foyers d'accueil ;
 - la cité secours ;
 - la cité de transit ou de promotion familiale ;
 - l'internat de réadaptation sociale.

En application de la circulaire du 3 juillet 1979, citée en référence, sont à classer dans cette catégorie les centres d'hébergement ou foyers d'hébergement recevant des toxicomanes.

166 Centre maternel

Texte de référence : pas de texte spécifique (application des textes relatifs aux maisons et hôtels maternels).

Activité : il cumule les fonctions de la maison maternelle et de l'hôtel maternel et comprend une section pré et postnatale.

Il existe actuellement en France quelques centres maternels qui fonctionnent à titre expérimental.

215 Cité secours

Texte de référence : néant.

Activité : recevoir gratuitement, pour une durée de deux à trois mois, la mère sans travail et abandonnée, accompagnée de son ou de ses enfants, si elle n'a pu trouver accueil dans un hôtel maternel ou un autre centre d'hébergement.

217 Cité de "transit" ou de "promotion familiale" (non conventionné au titre de l'aide sociale)

Texte de référence : circulaire du 19 avril 1972 du ministère de l'équipement.

Elle accueille les familles bénéficiant d'une opération de résorption de l'habitat insalubre qui ne peuvent accéder directement à un habitat normal ; une action socio-éducative y est menée en vue de préparer ces familles à un relogement définitif.

La cité de transit se présente soit sous forme de véritable cité regroupant un certain nombre de bâtiments d'habitation et de services collectifs, soit comme un groupe d'immeubles implanté dans un ensemble plus vaste.

370 Communauté de vie ou centre de vie pour cas lourds

Textes de référence :

- loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 ;
- circulaire du 15 juin 1976 ;
- circulaire n° 44 du 10 septembre 1979.

Il s'agit d'une structure comportant hébergement et atelier de travail pour des personnes pour qui, en raison d'une inadaptation sociale prolongée le retour dans un milieu normal paraît très difficilement envisageable. Les séjours y sont donc longs.

252 Foyer d'hébergement pour handicapés

Texte de référence : article 166 du code de la famille.

Il est appelé à recevoir, pour une durée plus ou moins longue, des handicapés dont le degré d'autonomie est insuffisant pour leur permettre de vivre seuls ou dans des établissements plus ouverts comme les foyers-logements.

253 Foyer-logement pour handicapés

Texte de référence : circulaire du 10 décembre 1974 (logements des handicapés).

Activité : hébergement des handicapés et services collectifs.

Il existe deux types de foyer :

- le foyer classique regroupant en un même lieu l'ensemble des logements et des services ;
- le foyer soleil : il comporte, en plus du foyer traditionnel, des logements loués dans des immeubles voisins.

Cette différence sera précisée au niveau du type d'activité.

382 Foyer de vie pour handicapés

Texte de référence : néant.

Il s'agit, comme pour les maisons d'accueil spécialisées, d'établissements recevant des personnes handicapées adultes, non encore agréées par les C.R.I.S. au titre de maison d'accueil spécialisée, ou ne remplissant pas les conditions d'agrément requises.

N.B. - Foyer d'hébergement pour toxicomanes :

En application de la circulaire DGS/69/AS2 du 3 juillet 1979 relative à la lutte contre la toxicomanie, cette catégorie d'établissement est désormais fusionnée avec le centre d'hébergement et de réadaptation sociale habilité à recevoir des toxicomanes (code 214).

165 Hôtel maternel

Textes de référence : circulaires du 2 janvier 1963 et du 2 avril 1968.

Activité : héberger, pour une durée maximum de trois ans, la mère isolée avec son enfant, à la sortie de la maison maternelle. La mère pouvant exercer une profession, l'enfant est gardé pendant les heures de travail de la mère à l'extérieur. Elle paie un prix de pension en rapport avec ses possibilités.

216 Hôtel protégé

Texte de référence : néant.

C'est un établissement destiné à héberger provisoirement et à apporter une aide sociale et psychologique aux personnes sortant de centres d'hébergement ou autres établissements et qui ont besoin d'un certain temps pour s'adapter aux conditions normales de la vie et du travail.

371 Service d'action socio-éducative liée au logement

Textes de référence :

- circulaire n° 42 du 15 juin 1976 ;
- circulaire n° 38/DAS du 25 juillet 1979.

Il assure une action socio-éducative auprès de familles en difficulté occupant un logement (cité de transit, ou de promotion familiale, immeubles anciens, H.L.M., etc...) et ne nécessite donc pas l'hébergement en centre d'hébergement.

L'action menée peut revêtir des formes diverses :

- accueil des personnes et familles à reloger ;
- aide pour les formalités administratives (allocation logement, formation professionnelle, recherche d'un emploi) ;
- conseil et orientation dans la gestion de son budget.

LES LIEUX D'ACTIVITE

247 **Atelier protégé**

Textes de référence :

- articles L. 323-30, 31, 32 du code du travail modifiés par l'article 19 de la loi d'orientation pour les handicapés ;
- décret n° 78-75 du 17 janvier 1978 (art. R. 323-60 à R. 323-63-5 du code du travail).

Activités : accueil, travail et réadaptation de handicapés physiques ou mentaux.

Accueil de personnes dont le degré d'incapacité leur permet d'effectuer un travail proche de la normale.

366 **Atelier thérapeutique**

Cet établissement se situe entre l'atelier protégé et le C.A.T. dont il se rapproche par son statut à prix de journée.

Les malades, tout en travaillant, y restent sous surveillance médico-sociale.

Ce type d'établissement est souvent annexé à un foyer de post-cure ou à un hôpital de jour.

246 **Centre d'aide par le travail**

Textes de référence :

- article 167 du code de la famille modifié par l'article 30 de la loi d'orientation en faveur des handicapés ;
- article 168 du code de la famille modifié par l'article 48 de la loi d'orientation ;
- décret n° 77-1546 du 31 décembre 1977 ;
- circulaire du 8 décembre 1978.

Etablissement recevant des personnes handicapées momentanément ou durablement, dont l'état ne leur permet pas de mener une vie professionnelle normale, afin de leur permettre une activité, grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, et d'assurer la réinsertion en milieu ordinaire de ceux qui pourront y accéder.

248 C.A.T. et atelier protégé

Textes de référence :

- article 167 du code de la famille ;
- circulaire du 18 décembre 1964.

298 Centre de distribution de travail à domicile

Textes de référence :

- articles L. 323, 30, 31, 32 modifiés du code du travail ;
- décret n° 78-15 du 17 janvier 1978.

Assimilé à l'atelier protégé, ce centre a pour objet de procurer aux travailleurs handicapés des travaux manuels ou intellectuels à effectuer à domicile.

198 Centre de préorientation pour handicapés

Texte de référence : article L. 323-11 du code du travail modifié par l'article 14 de la loi d'orientation.

Activité : recevoir, pour une durée limitée, des handicapés en vue de leur observation et de leur orientation, en liaison avec les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel et l'A.N.P.E., vers des établissements spécialisés.

249 Centre de rééducation, réadaptation et formation professionnelle

Textes de référence :

- décret n° 62-881 du 26 juillet 1962 portant R.A.P. de la loi de 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés ;
- article 168 du code de la famille modifié par l'article 48 de la loi d'orientation en faveur des handicapés ;
- article 23 du décret modifié du 2 septembre 1954.

Centre doté de moyens techniques d'apprentissage et de formation générale destiné à assurer une réadaptation, une rééducation ou une formation aux travailleurs handicapés en vue de l'exercice d'une profession.

250 Centre de réentraînement au travail

Texte de référence : décret n° 62-881 du 26 juillet 1962.

Activité : établissement permettant aux handicapés d'exercer les gestes et d'acquérir le rythme d'une activité professionnelle en vue d'un reclassement ultérieur mais sans acquisition d'une qualification professionnelle.

Seuls sont à classer dans cette catégorie les établissements autonomes ou dissociés géographiquement des centres de rééducation auxquels ils sont rattachés administrativement.

343 Equipe de préparation et de suite du reclassement

Textes de référence :

- article L. 323-11 du code du travail ;
- loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;
- décret n° 78-104 du 25 janvier 1978 ;
- circulaire du 3 mai 1979 du ministère du travail.

Elles sont chargées d'apporter un soutien aux personnes handicapées en vue de faciliter leur accès à une vie professionnelle et sociale stable.

Elle comprennent obligatoirement une assistante sociale et un prospecteur placier spécialisé de l'A.N.P.E.

Une équipe de ce type au moins doit être créée dans chaque département.

369 Etablissement de travail protégé pour inadaptés sociaux

Textes de référence :

- loi n° 74-955 du 19 novembre 1974 ;
- circulaire du 15 juin 1976 ;
- circulaire n° 44 du 10 septembre 1979.

Il s'agit d'un atelier de réentraînement au travail et à l'effort, destiné à recevoir des personnes en difficulté sociale, afin de leur permettre une remise au travail normal plus ou moins rapide. Il peut former ou non une unité de gestion avec un centre d'hébergement.

La procédure d'admission est celle dévolue à l'aide en matière d'hébergement et de réadaptation. Les séjours y sont courts ou moyens (6 à 12 mois).

251 Maison de vacances pour handicapés

Texte de référence : article 166 du code de la famille.

Activité : établissement aménagé en vue d'héberger pour des périodes de deux à trois semaines les handicapés.

LES LIEUX DE SOINS

221 Centre de diagnostic et de traitement des bureaux d'aide psychologique universitaire (B.A.P.U.)

Textes de référence :

- annexe XXXIII ;
- décret du 25 novembre 1964.

Activité : consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade ayant pour but le diagnostic, la prévention, le dépistage et le traitement des étudiants qui souffrent de troubles mentaux ou de difficultés psychologiques.

157 Centre de postcure

Textes de référence :

- circulaire du 15 mars 1960 ;
- circulaire n° 148 du 18 janvier 1971 ;
- circulaire du 14 mars 1972 ;
- circulaire n° 443 du 16 mars 1972 ;
- circulaire DGS/69/AS 2 du 3 juillet 1979.

C'est un établissement de transition entre l'établissement de soins et la vie normale : le malade reprend une activité extra-muros rémunérée tout en trouvant des conditions de vie privilégiées et un encadrement médico-social. La durée moyenne du séjour est de quatre à six mois.

On retrouvera la clientèle en spécialité.

On trouvera en synonyme de ces établissements :

- les foyers de postcure visés par les circulaires du 15 mars 1960, du 14 mars 1972 et du 16 mars 1972 ;
- les centres sanitaires de moyen séjour visés par la circulaire du 3 juillet 1979.

109 Centre de réadaptation

Textes de référence :

- loi du 31 décembre 1970 ;
- décret n° 72-1078 du 6 décembre 1972 ;
- circulaire n° 1007 du 29 octobre 1973.

Ces établissements assurent la réadaptation médicale de malades hospitalisés et préparent leur réinsertion sociale et professionnelle.

Ils peuvent également assurer des traitements en externat ou en hospitalisation partielle.

Ils peuvent être spécialisés notamment selon les formes de rééducation suivantes :

- rééducation fonctionnelle motrice ;
- rééducation des maladies cardio-vasculaires ;
- rééducation des affections respiratoires ;
- rééducation des affections hépato-digestives (ou centre médico-diététique) ;
- réadaptation des personnes âgées.

Ces informations figureront en spécialités.

Ils constituent également des établissements dits de moyen séjour.

249 Centre de rééducation, réadaptation et formation professionnelle

Textes de référence :

- décret n° 62-881 du 26 juillet 1962 portant R.A.P. de la loi de 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés ;
- article 168 du code de la famille modifié par l'article 48 de la loi d'orientation en faveur des handicapés ;
- article 23 du décret modifié du 2 septembre 1954.

Centre doté de moyens techniques d'apprentissage et de formation générale destiné à assurer une réadaptation, une rééducation ou une formation aux travailleurs handicapés en vue de l'exercice d'une profession.

160 Centre de traitement pour toxicomanes

Textes de référence :

- loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 ;
- article L. 628 du code de la santé ;
- décret n° 71-690 du 19 août 1971.

Il s'agit d'unités spécialisées, sans autonomie financière dans des établissements sanitaires, hôpitaux généraux ou psychiatriques publics (créés par décision du préfet de département) ou privés (par décision du préfet de région).

352 Centre psychothérapique

Même texte de référence et même activité que l'hôpital psychiatrique. Il s'agit d'un établissement privé.

156 Dispensaire d'hygiène mentale

Textes de référence :

- circulaire du 14 mars 1972 ;
- circulaire du 16 mars 1972 ;
- article L. 326 du code de la santé publique.

Il assure le dépistage et l'orientation des personnes atteintes de maladies mentales.

154 Hôpital de jour en santé mentale

Textes de référence :

- circulaire du 15 mars 1960 ;
- circulaire du 14 mars 1972 ;
- circulaire n° 443 du 16 mars 1972.

C'est un organisme de soins où les malades mentaux sont traités dans la journée pour regagner leur foyer chaque soir.

Il peut être organisé dans les établissements d'hospitalisation.

255 Maison d'accueil spécialisée

Textes de référence :

- article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;
- décret n° 78-1211 du 26 décembre 1978 ;
- circulaire n° 62 AS du 28 décembre 1978.

Etablissement destiné à recevoir des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.

Le foyer à vie pour handicapés n'entre pas dans cette catégorie et sera recensé en tant que tel.

135 Maison de réadaptation fonctionnelle

Textes de référence :

- annexe XXII ;
- arrêté du 29 septembre 1953.

Etablissement qui assure la réadaptation médicale en vue de la réinsertion sociale et professionnelle de malades ayant fait l'objet d'une hospitalisation.

Le facteur clientèle apparaîtra en spécialité.

161 Maison de santé pour maladies mentales

Texte de référence : annexe XXIII.

Il s'agit d'un établissement privé donnant des soins à des malades mentaux.

ANNEXE IV

B I B L I O G R A P H I E

LES ADULTES HANDICAPES

- ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (A.P.F.).-
Vivre chez soi quand on est handicapé ou comment trouver l'introuvable
auxiliaire de vie.-
Paris : A.P.F., 1981.- 11p.

- ASSOCIATION POUR L'ETUDE ET LA PROMOTION DES STRUCTURES
INTERMEDIAIRES (A.S.E.P.S.I.).-
Annuaire des structures intermédiaires.-
Paris : ASEPSI, 1982.- 256p.

- Les auxiliaires de vie.-
Réadaptation, n° 302, juil.-août 1983.- pp. 3-23. (+ fiche documentaire)

- BALLE (Jean-Benoît).-
Insertion ou réinsertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des
handicapés par inadaptation ayant relevé ou relevant de soins
psychiatriques.-
Transitions, n° 5, janv. 1981.- pp. 137-146.

- BISSONNIER (Henri).-
L'adulte handicapé. Questions et propositions pour sa vie.-
Paris : Fleurus, 1977.- 290p., Bibliographie.

- BLOCH-LAINE.-
Etudes et rapports de la Commission du Bilan. La France en mai 1981.-
Paris : Documentation Française, 1981.-

- BOISSEAU (J.) et coll.-
Conseiller du travail et réadaptation.-
Revue de réadaptation fonctionnelle, professionnelle et sociale, n° 5,
1980.- pp. 53-55.

- BRUGER (J.M.).-
L'.A.S.S.E.D.I.C. de l'Essonne et la réinsertion professionnelle des travailleurs handicapés.-
Travail protégé, n° 28, 2ème trim. 1983.- pp. 19-22.
- "Burnout". Beating burnout (Vaincre l'usure).-
Handicap et inadaptation - Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 19, 1982.-
pp.5-20
- CENTRE D'ENTRAINEMENT AUX METHODES D'EDUCATION ACTIVE (C.E.M.E.A.).-
La formation des agents de l'action éducative, sociale et culturelle.
Semaine d'études de Nanterre du 18 au 23 décembre 1981.-
Paris : C.E.M.E.A., s.d.- 13p.
- CENTRE EUROPEEN POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE.-
La formation professionnelle des handicapés.-
Formation professionnelle, n° 2, 1980.- 45p.
- CENTRE REGIONAL D'AQUITAINE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES.-
Journée d'étude du 5 mars 1982 : "Le devenir social et professionnel des jeunes adultes placés en C.A.T. et en I.M.Pro." et document préparatoire (22p.).-
Bordeaux : C.R.E.A.I. Aquitaine, mars 1982.- 21p.
- CENTRE REGIONAL POUR LA JEUNESSE INADAPTEE EN AUVERGNE (C.R.J.I.A.).-
La vie des adultes handicapés : le travail 1978-1981 : le temps libre, les loisirs.-
Clermont-Ferrand : C.R.J.I.A., 1982.- 108p.
- CENTRE REGIONAL DE BOURGOGNE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES (C.R.B.E.A.I.) - DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (D.D.R.A.S.S.) - INSTITUT DE RECHERCHE SUR L'ECONOMIE DE L'EDUCATION (I.R.E.E.U.).-
Besoins en équipements pour adultes handicapés et inadaptés (VIIIè Plan).-
Dijon : C.R.B.E.A.I., juin 1980.- 123p.

- CENTRE REGIONAL POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES DE BRETAGNE (C.R.E.A.I.B.).-
Les personnes handicapées adultes. Hébergement, accompagnement social et vie quotidienne.-
Rennes : C.R.E.A.I.B., 1983.- 53p.

- CENTRE REGIONAL D'ILE-de-FRANCE POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES (C.R.E.A.I.).-
L'insertion sociale et professionnelle des handicapés mentaux dans la région parisienne.-
Bulletin du C.R.E.A.I. Ile-de-France, n° 60, mai-juin 1977.- pp. 5-71.

- Les polyhandicapés adultes en Ile-de-France. Enquête régionale. Besoins quantitatifs et qualitatifs.-
Paris : C.R.E.A.I. Ile-de-France, janvier 1981.-

- CENTRE REGIONAL POUR L'ENFANCE ET L'ADOLESCENCE INADAPTEES POUR LA REGION RHONE-ALPES (C.R.E.A.I. Rhône-Alpes).-
Centre d'aide par le travail et insertion sociale.-
Bulletin du C.R.E.A.I. Rhône-Alpes, supplément au n° 31, avril 1983.- 32p.

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.).-
Handicaps et inadaptations - Les cahiers du C.T.N.E.R.H.I., numéro spécial sur les professions, n° 15, juillet-septembre 1981.-121p.

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.).-
L'harmonisation des régimes de compensation du handicap. Rapport d'un groupe d'étude présidé par J.M. de FORGES.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1979.- 146p. (série "Etudes", n° 3, 3è trimestre 1979).

- L'harmonisation des régimes de compensation du handicap. Etude comparative des méthodes et critères utilisés officiellement en France pour l'évaluation des handicaps et des invalidités. Par les Dr. B. DAMBIELLE, J. LECOQ, V. LESAFFRE.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1979.- 205p. (série "Etudes", supplément au n° 3, 3ème trim. 1979).

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.). Journées d'études, 1979, Paris.-
Le maintien à domicile des personnes handicapées.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1979.- 262p. (série "Documents", n° 4, 4è trim. 1979).

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.). BRUNEL (Robert).-
Personnes handicapées, institutions spécialisées et monde du travail : un essai d'évaluation de leurs relations. Avant propos de M. Michel LEVY.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1980.- 259p., bibliogr. (série "Etudes", n° 2, 2è trim. 1982)

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.). HERMANGE (Camille), président.-
Problèmes posés par la reconversion des établissements du secteur social et médico-social.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1982.- 145p. (série "Etudes", n° 1, juillet 1982).

- CENTRE TECHNIQUE NATIONAL D'ETUDES ET DE RECHERCHES SUR LES HANDICAPS ET LES INADAPTATIONS (C.T.N.E.R.H.I.). Journées d'études. Strasbourg, 22, 23 et 24 mars 1981.-
Vivre ensemble ? Les barrières psychosociologiques s'opposant à l'intégration des personnes handicapées.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1982.- 232p. (série "Etudes", n° 3, septembre 1982).

- CHANCEREL (J.L.), OGAY (Ch.), BESSON (B.).-
Demain la vie pour les handicapés. La préparation des jeunes handicapés à la vie du travail.-
Informations techniques, Bulletin régional du C.R.E.A.I. de Lorraine, n° 2, 1983.- pp. 31-64, Bibliographie.

- CIRCONSCRIPTION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE DE MONTELIMAR.-
Personnes handicapées et travailleurs sociaux dans la vie de la cité.-
Montélimar : Circonscription A.S.S., 1982.- 29p. + 11p. (annexes)

- COMITE D'ENTENTE DES ECOLES ET CENTRES DE FORMATION D'EDUCATEURS SPECIALISES. LEBRAS (Yvon).-
Groupe de travail sur la formation des personnels éducatifs spécialisés. (dit "groupe utopie"). 2ème rapport.-
Paris : Comité d'Entente des Ecoles et Centres de Formation d'Educateurs Spécialisés, mars 1982.- 126p.

- COMITE NATIONAL DE COORDINATION DE L'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES (C.C.A.H.).-
La formation professionnelle des personnes handicapées.-
Paris : C.C.A.H., 1979.- 59p. (Document n° 2)

- COMITE NATIONAL DE COORDINATION DE L'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES (C.C.A.H.).-
Les travailleurs handicapés dans l'agriculture, l'artisanat, le commerce et l'industrie.-
Paris : C.C.A.H., avril 1980.- Document n° 4, 55p.

- COMITE NATIONAL DE COORDINATION DE L'ACTION EN FAVEUR DES PERSONNES HANDICAPEES (C.C.A.H.).-
L'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.-
Paris : C.C.A.H., sept. 1983.- document n° 8.

- COMITE NATIONAL D'ETUDE ET DE RECHERCHE DES EQUIPES DE PREPARATION ET DE SUITE DU RECLASSEMENT (C.N.E.R.E.P.S.R.).-
Place de la personne marginalisée dans la société ? : rôle des E.P.S.R. Réflexions sur la finalité des E.P.S.R. de droit privé après six années de fonctionnement expérimental.-
Clermont-Ferrand : C.N.E.R.E.P.S.R. (45, av. Julien, 63000 Clermont-Ferrand), s.d.- 7p.

- COMMUNICATION AU CONSEIL DES MINISTRES du mercredi 9 février 1983.-
Vingt mesures pour améliorer les déplacements des personnes handicapées à mobilité réduite.-
Ministère des transports, service de presse et d'information, 9 février 1983.- 19p.

- COUR DES COMPTES.-
Rapport au Président de la République suivi des réponses des Administrations, 1982.- Paris : Journaux Officiels, 1982.- 288p.
Voir III : Ministère de la Solidarité Nationale.- La politique en faveur des handicapés adultes : la mise en oeuvre de la loi d'orientation du 30 juin 1975, L. 195-210.

- Désinstitution, structures intermédiaires, foyers, appartements.-
Transitions, n° 5, janvier 1981.- pp. 38-80.

- DOBIECKI (Bernard).-
Les centres d'aide par le travail dans l'économie sociale. Paradoxes, originalités et ambiguïtés des C.A.T.-
La marge, n° 54/55, mai 1983.- pp. 47-92.

- DREYFUS (Monique).-
Environnement et cadre de vie des handicapés physiques. Bibliographie.-
Lille : Docamenor, 1980.- 114p.

- DUTRENIT (Jean-Marc).-
Sociologie, travail social et psychiatrie. Le berceau lozérien de la psychothérapie institutionnelle.-
Paris : Ed. Etudes vivantes, 1981.- 141p.
- EBERENTZ et coll.-
Les oubliés de l'hôpital psychiatrique.-
Paris : Seuil, 1978.- 217p.
- ELMFELDT (Gerd), WISE (Caroline), BERGSTEN (Han), OLSSON (Ale).-
Adapting work sites for people with disabilities. Ideas from Sweden.-
Bromma (Sweden) : the Swedish institute for the handicapped, 1983.- 260p.
- Enfants et adultes handicapés.-
Le Particulier, n° 11, hors série, janv. 1983.- 80p.
- L'entreprise et les handicapés.-
Liaisons sociales, supplément au n° 8047, 1979.- 48p.
- Etude de rationalisation des choix budgétaires. L'insertion professionnelle des handicapés adultes.-
Supplément au Bulletin mensuel de statistiques du travail, n° 51, 1977.-
pp. 11-208.
- Evaluation de la perte d'autonomie des personnes âgées.-
Revue de Gériatrie, T5, n° 8, nov. 1980.- pp. 363-400.
- FEDERATION DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES ET DES ETABLISSEMENTS DE READAPTATION POUR HANDICAPES (F.A.G.E.R.H.).-
Annuaire des établissements de formation professionnelle pour handicapés. 4^e édition revue et corrigée.-
Paris : F.A.G.E.R.H., 1981.- pages mult.

- FEDERATION DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES ET DES ETABLISSEMENTS DE READAPTATION POUR HANDICAPES (F.A.G.E.R.H.)
Etude concernant la réinsertion socio-professionnelle des handicapés du secteur protégé par des structures de formation par le travail.-
Paris : F.A.G.E.R.H., 1981.- pages mult.

- FEDERATION DES ASSOCIATIONS GESTIONNAIRES ET DES ETABLISSEMENTS DE READAPTATION POUR HANDICAPES (F.A.G.E.R.H.)-
Charte de la formation et de la rééducation professionnelle des handicapés adultes.-
Réadaptation, n° 246, janv. 1978.- pp. 23-30.

- FEDERATION NATIONALE DES MALADES INFIRMES ET PARALYSES (F.N.M.I.P.) - ASSOCIATION DES PARALYSES DE FRANCE (A.P.F.)-
Pour un logement et un urbanisme adaptés aux grands handicapés. Réflexions et suggestions pratiques.-
Paris : F.N.M.I.P. / A.P.F., s.d.- 80p.

- FLORES (J.L.), MINAIRE (P.), CHERPIN (J.), WEBER (D.)-
Les personnes handicapées face aux transports.-
Journal de réadaptation médicale, n° 3, 1982.- pp. 101-108.

- FRANCE - MINISTERE DE LA QUALITE DE LA VIE.-
Guide de la France pour les handicapés physiques. Voyager quand même ! .-
Paris : Europe Handicap, s.d.- 382 p.

- FRANCE - MINISTERE DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Direction de l'Action Sociale.-
Recensement des établissements pour handicapés adultes.-
Paris : Ministère de la Solidarité Nationale. Direction de l'Action Sociale. Bureau SEF1, nov. 1981.- 60p.

- FRANCE - MINISTERE DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Direction de l'Action Sociale.-
Etude des dispositions réglementaires relatives à l'adaptation des équipements publics en vue de leur accessibilité aux personnes handicapées.-
U.N.B.A.S.F., n° 195, mars/avril 1982.- pp. 29-37.

- FRANCE - MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA PARTICIPATION. Délégation à l'Emploi.-
Insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées.-
Paris : Ministère du Travail et de la Participation, 1980.- 19p.

- FRANCE - MINISTERE DU TRAVAIL ET DE LA PARTICIPATION.-
Le travail protégé. Rapport de synthèse du groupe de travail créé par le Conseil Supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés pour l'étude des problèmes relatifs aux ateliers protégés.-
Paris : Ministère du Travail et de la Participation, Délégation à l'Emploi, 1979.- 28p.

- FRAYSSE-CASALIS (Jacqueline). Rapport au Premier Ministre.-
Accessibilité des transports et de la ville aux personnes handicapées.-
Paris : Premier Ministre, 1982.- pages mult.

- GASSER (Y.)
La réinsertion sociale des malades mentaux stabilisés.-
Réadaptation, n° 261, juin 1979.- pp. 3-56.

- GIAMI (A.), HUMBERT-VIVERET (C.), LAVAL (D.).-
L'ange et la bête. Représentation de la sexualité des handicapés mentaux par les parents et les éducateurs. Post-face par C. REVAULT d'ALLONNES.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1983.- 113p. (série "Documents", n° 2, octobre 1983).

- GROUPEMENTS INTERPROFESSIONNELS REGIONAUX POUR LA PROMOTION DE L'EMPLOI DES PERSONNES HANDICAPEES (G.I.R.P.E.H.).-
L'insertion professionnelle et sociale des personnes handicapées dans le monde agricole et rural : un rapport de recherche du G.I.R.P.E.H.-
Travail protégé, n° 25, 3è trim. 1982.- pp. 25-32.
- GROUPEMENT PROFESSIONNEL DES DIRECTEURS DE C.R.E.A.I.-
Journées de Goutelas-en-Forez, 2-3-4 juillet 1980. La vie hors du travail des personnes handicapées. Désirs - réalités.-
Lyon : C.R.E.A.I. Rhône-Alpes, 1981.- 145p.
- GUILLOTEAU (Jean-Charles).-
Le droit et les personnes handicapées.-
Paris : Ed. Réseaux, 1982.- 503p.
- Le handicap au futur.-
Prospective et santé, n° 26, été 1983.- 114p.
(Séminaire organisé par Prospective et Santé - Bièvres - 15/17 octobre 1982).
- Handicapés, forcer l'accès - 35.000 lieux publics et privés testés.-
Que choisir, n° 169, janvier 1982.- pp. 28-35.
- Les handicapés dans la ville (numéro consacré à).-
Ingénieurs des villes de France, n° 282, déc. 1981.- 91p., biblio.
- Handicaps et emploi. Congrès, 1982. Paris (numéro consacré à).-
Réadaptation, n° 289, avril 1982.- pp. 3-46.
- Handicap et travail.-
Liaisons A.N.E.J.I., n° 18, juin 1983.- 36p.
- L'hébergement des adultes handicapés.-
Bulletin du C.R.E.A.I. Midi-Pyrénées, n° 1, janv. 1980.- pp. 1-17 blanches.

- HEINRICH (A.).-
 Quelques réflexions sur la gestion du risque dans l'institution d'éducation spéciale.-
Handicap et Inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 18, 1982.-
 pp. 71-83.

- HERNANDEZ (Christian).-
 L'insertion des handicapés dans la fonction publique.-
 Paris : Ministère de la Fonction Publique et des Réformes Administratives.
 Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, août 1982.-
 285p.

- JARVIKOSKI (Alia), LA HELMA (Eero).-
 Early rehabilitation and its implementation at the work place.-
Revue internationale de recherches en réadaptation, vol. 4, n° 4, déc.
 1981.- pp. 519-530, biblio.

- KEDZIERSKI (F.).-
 Le vieillissement de l'adulte handicapé mental en foyer d'hébergement.-
Bulletin du C.R.E.A.I. de Lorraine, n° 1, mars 1982.- pp. 14-27.

- LAMBERT (Thibault).-
 Les éducateurs spécialisés. Etude démographique de leurs origines
 sociologiques et de leur devenir professionnel.-
 Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1981.- 195p. (série "Recherches", n° 2, 2è trim.
 1981).

- LAROQUE (Geneviève).-
 Personnes âgées.-
Gestions hospitalières, T1, Hôpital et Handicap, n° 210, nov. 1981.-
 pp. 921-925.

- LASRY (Claude), GAGNEUX (Michel).-
Bilan de la politique menée en faveur des personnes handicapées. Rapport au
Ministre de la Solidarité Nationale.-
Paris : Ministère de la Solidarité Nationale, mai 1982.- 175p. + annexes.

- LIBERMAN (Romain).-
Diversités des besoins des handicapés mentaux et des réponses
institutionnelles. Problèmes posés par le vieillissement des handicapés
mentaux.-
Est-Médecine, T1, n° 17, nov. 1981.- pp. 1257-1262.

- LIGUE POUR L'ADAPTATION DU DIMINUE PHYSIQUE AU TRAVAIL (L.A.D.A.P.T.).
Colloque, 1981. Kerpape.-
Actes du II^e Colloque. Ergonomie et handicapés.-
Paris : L.A.D.A.P.T., 1982.- 188p.

- MAINGUET (Ch.).-
Les capacités d'hébergement en France.-
Travail protégé, n° 28, 2^e trim. 1983.- pp. 14-17.

- Maintien à domicile des personnes âgées. Une enquête régionale pour évaluer
les besoins en Ile-de-France.-
Revue de la Mutualité, n° 107, avril-mai 1982.- p. 47.

- MASSON (Alain).-
Les changements immobiliers. L'évolution du statut juridique du handicapé.-
Paris : Ed. Syros, 1981.- 252p.

- MASSON (G.), PLATRE-JACQUES (E.).-
Travail et formation des handicapés physiques.-
Recherches sociales, n° 84, oct./déc. 1982.- pp. 1-90.

- MELENNEC (L.) et coll.-
Barème international des invalidités post-traumatiques.-
Paris : Masson, 1983.- 216p.

- MINAIRE (P.).-
A propos de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.-
Revue française du dommage corporel, T7, n° 4, 1981.- pp. 389-391.

- MULLER (C.).-
Les institutions psychiatriques : possibilités et limites.-
Berlin : Springer, Verlag, 1982.- 240p.

- MURIEL (J.).-
La formation professionnelle des adolescents handicapés et inadaptés.-
Paris : Programme 7, 1982.- 122p.

- NERET (Guide).-
Guide des professions sanitaires, éducatives et sociales pour jeunes gens et jeunes filles.-
Paris : Ed. Néret, oct. 1982.- 157p.

- Numéro spécial consacré à l'emploi.-
Déficiência mentale, n° 2, printemps 1983.- 48p.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.).- (non publié)
Classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps.
Traduction I.N.S.E.R.M., 1981.-
Paris : I.N.S.E.R.M., 1981.- 229p. polyc.

- OFFICE NATIONAL D'INFORMATIONS SUR LES ENSEIGNEMENTS ET LES PROFESSIONS (O.N.I.S.E.P.).-
Service de documentation pour la réadaptation. Guide pratique pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (adolescents et adultes).-
Paris : Ministère de l'Education Nationale - O.N.I.S.E.P., déc. 1981.- 230p.

- ORIENT (J.P.).-
Conclusions d'un groupe de travail sur la prise en charge des adultes arriérés profonds.-
Flash hebdomadaire du C.R.E.A.I. Nord-Pas-de-Calais, 26 mars 1983.- pp. 1-4.

- Les paraplégiques (numéro spécial).-
Réadaptation, n° 291, juin 1982.- pp. 3-36 + fiches.

- PRIGENT (M.A.).-
E.P.S. - E.P.S.R. ? A propos des équipes de suite.-
Handicap et inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 8, oct./déc. 1979.- pp. 41-46.

- PRIGENT (M.A.).-
L'intégration et la loi. Quelques réflexions au regard des législations européennes.-
Handicap et inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 18, avril/juin 1982.- pp. 41-48.

- PRIGENT (M.A.).-
Les maisons d'accueil spécialisées.-
Handicap et inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 6, avril/juin 1979.- pp. 27-31.

- PRIGENT (M.A.).-
Les maisons d'accueil spécialisées (suite).-
Handicap et Inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 12, oct./déc. 1980, pp. 53-55.

- RABBY (Rami).-
L'emploi des handicapés dans les grandes entreprises.-
Revue internationale du travail, vol. 122, n° 1, janv./fév. 1983.- pp. 23-37.

- RAYMOND-MILLIOT (M.).-
Utopie ou alternative ? Une équipe éducative à la recherche d'un fonctionnement non hiérarchique.-
(Le F.A.R. (Foyer d'Accueil et de Reclassement) de Bourg).
Liaison - Information - Réflexion - Bulletin de la F.N.A.R.S., n° 19, juin 1983.- pp. 21-55.

- La réadaptation des cardiaques.-
Réadaptation, n° 294, nov. 1982.- pp. 3-36.

- REGIE AUTONOME DES TRANSPORTS PARISIENS (R.A.T.P.).-
Les personnes handicapées et les transports en Ile-de-France. Constat et propositions.-
Paris : R.A.T.P. Service du développement commercial. Section études techniques et enquêtes. 1982.- 113p.

- REHABILITATION INTERNATIONAL.-
Bibliography on recreation - play - sports (including supplement 1978).-
Heidelberg : Rehabilitation International, 1976-1978.- 201p.

- REHABILITATION INTERNATIONAL.-
International list of traveling, holiday and city guides for the disabled.-
Federal Republic of Germany : Rehabilitation International, 1978.- 121p.

- RETY (Joseph), DUTRON (Robert).-
Sport et handicap.-
Lyon : R. Dutron, 1979.- 171p., biblio.

- ROBERT (Dominique)
Un foyer de post-cure pour malades mentaux confronté aux problèmes de la réinsertion.- Mémoire présenté en 1981 à l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Préface de M. le Pr. MARIN.
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1983.- 122p. (série "Documents", n° 3, oct. 1983).

- SANCHEZ (J.).-
L'intégration des enfants et des adultes handicapés. Analyse bibliographique critique. Préface par Henri-Jacques STIKER.-
Paris : C.T.N.E.R.H.I., 1983.- 125p.
(série "Etudes", n° 4, août 1983).

- SEGUIER (Bernard).-
Fonction éducative, handicap et vieillissement.-
Travail protégé, n° 24, 1982.- pp. 15-19.

- SOCIETE DE READAPTATION DU NORD-EST. Journées d'études de Strasbourg, 19 et 20 mars 1982.-
L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés dans le contexte économique et social actuel.-
Revue de Réadaptation Fonctionnelle, Professionnelle et Sociale, n° 9, juil. 1982.- pp. 45-89.

- STIKER (Henri-Jacques).-
Corps infirmes et sociétés.-
Paris : Aubier-Montaigne, 1982.- 250p.

- To work or not to work : that is the question.-
Journal of Rehabilitation Administration, vol. 4, n° 1, nov. 1980.- 35p.

- Transport des personnes handicapées et aménagement urbain.-
Réadaptation, n° 299, avril 1983.- pp. 1-39.

- Travail et santé mentale.-
Vie sociale et traitements, n° 147, juin/juil. 1983.- 70p.

- TRIOMPHE (A.), CAYE (C.).-
L'action sociale volontaire en France.-
Revue française des Affaires Sociales, n° 2, avril/juin 1982.- pp. 105-115.

- UNION DEPARTEMENTALE MUTUALISTE DES TRAVAILLEURS.-
Colloque "Handicap et société". Février 1979.-
Handicap et Inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 11, 1980.-
p.55.

- UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'AIDE A DOMICILE EN MILIEU RURAL.-
Les services d'auxiliaires de vie.-
Paris : A.D.M.R., 1983.- 79p.

- UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS INADAPTES
(U.N.A.P.E.I.).-
Aide et soutien aux personnes handicapées dans leur insertion en milieu
ordinaire de vie et de travail. E.P.S.R. - Service de suite d'établissement.
Service d'accompagnement.-
Paris : U.N.A.P.E.I., 15, rue Coysevox, 75018 Paris, juil. 1981.- 15p.

- La maison d'accueil spécialisée.-
Paris : U.N.A.P.E.I., s.d.- 14p.

- M.A.S. - Maisons d'Accueil Spécialisées (Document d'étude).-
Paris : U.N.A.P.E.I., juin 1980.- 36p.

- UNION NATIONALE INTERFEDERALE DES OEUVRES PRIVEES SANITAIRES ET SOCIALES
(U.N.I.O.P.S.S.).-
Le soutien des personnes âgées en perte d'autonomie. Approches innovantes.-
Paris : U.N.I.O.P.S.S., nov. 1982.- 115p.

- Utilisation des moyens informatiques par et pour les handicapés.-
Les Cahiers de la vie quotidienne, n° 2, févr. 1983.- 68p.

- VEIL (Claude), dir.-
Vivre dans la différence. Handicap et réadaptation dans la société d'aujourd'hui.-
Toulouse : Privat, 1982.- 315p., biblio.
- VELCHE (D.).-
Les actions de soutien vont-elles transformer les C.A.T. ?.-
Réadaptation, n° 296, 1983.- pp. 11-23.
- VIE ET AVENIR (Association parisienne d'aide aux personnes ayant un handicap mental léger et à leurs familles).-
Activités du service d'accompagnement dans la vie quotidienne : les résultats positifs obtenus après dix-huit mois de fonctionnement.-
Paris : Vie et avenir - 6, rue de l'Amiral Roussin, 75015 Paris - oct. 1982.- 5p. + 8p.
- Vivre chez soi quand on est handicapé.-
Faire face, n° 369, juin 1981.-
- WOOD (Ph.).-
Comment mesurer les conséquences de la maladie. Classification internationale des infirmités, incapacités et handicaps.-
in : **Chronique O.M.S.**, n° 34, 1980.- pp. 400-405.
- ZUCMAN (Elisabeth).-
La formation des médecins et des soignants au sujet du handicap. Bilan. Perspectives d'avenir.-
Handicap et inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 15, 1981.- pp. 65-78.
- Identification individualisée pluridimensionnelle de la situation des personnes handicapées ou en difficulté d'adaptation en France.-
Handicap et inadaptation - Les Cahiers du C.T.N.E.R.H.I., n° 20, 1982.- pp. 42-48.

TEXTES LEGISLATIFS

- Décret n° 78-1211 du 26.12.1978 et Circulaire n° 62 AS du 28.12.1978).
Article 46 de la loi d'orientation.
Maisons d'Accueil Spécialisées (M.A.S.)

- Accessibilité des lieux publics et privés aux handicapés moteurs.-
Textes législatifs et réglementaires. 2è éd.
Paris : Association des Paralysés de France, 1980.- 143p.

- Insertion professionnelle des personnes handicapées.-
Loi n° 75 534 du 30 juin 1975 et ensemble des textes réglementaires concernant la formation et l'emploi des personnes handicapées. Classement analytique et chronologique. Textes relatifs aux C.A.T.
J.O. Paris, 1981. Fascicule n° 1494.- 375p.

- Institutions sociales et médico-sociales.-
Loi n° 75 535 du 30 juin 1975 et textes réglementaires concernant les institutions et leur gestion.
J.O. Paris, 1981. Fascicule n° 1450.- 165p.

- Circulaire 81/6 du 9 septembre 1981.-
Instructions complémentaires à la circulaire du 29 juin 1981.
Mise en place des services d'auxiliaires de vie : dispositions relatives au financement et au conventionnement pour 1981 et 1982.
(non parue au B.O.)

- Convention Collective Nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du 15 mars 1966.

Annexe 10 - fixant les dispositions particulières aux personnels des établissements et personnes handicapées adultes.
Agréé par l'Arrêté Ministériel du 25 mars 1982.

- Circulaire 82/11 du 26 mars 1982.
Modalités de mise en oeuvre et de fonctionnement des services d'auxiliaires de vie en 1982.
B.O. S.N.-S 82/21.

- Circulaire n° 82-81 du 4 octobre 1982, relative à l'application du décret n° 80 637 du 4 août 1980.
Concernant l'accessibilité et l'adaptabilité des logements aux personnes handicapées dans les bâtiments d'habitation, et de ses arrêtés d'application du 24.12.1980 et du 21.9.1982.

B.O. du Ministère de l'Urbanisme et du Logement, du Ministère des Transports et du Ministère de l'Environnement. Fascicule spécial n° 82.40bis, texte n° 1095, 1982.-

- Note de service n° 3/83 du 29 janvier 1983.
Modalités de financement des services d'auxiliaires de vie.
B.O.S.N.-S. 83/15.-

- Arrêté du 10 juin 1983 relatif à la création du Comité de liaison pour l'insertion des personnes handicapées ou dépendantes dans la ville et l'habitat et arrêté portant nomination à ce comité.
J.O.-.N.C., 151, 1.7.1983.- pp. 60-67.

ANNEXE V

REPertoire DES SIGLES UTILISES

REPERTOIRE DES SIGLES

| | |
|-----------------------|--|
| A.F.P.A. | Association pour la Formation Professionnelle des Adultes. |
| A.G.F.I. SSS | Association pour la Gestion des Formations Initiales du Secteur Sanitaire et Social. |
| A.L.G.I. | Association pour le Logement des Grands Infirmes. |
| A.M.P. | Aide médico-psychologique. |
| A.N.P.E. | Agence Nationale pour l'Emploi. |
| A.P.F. | Association des Paralysés de France. |
| A.S.S.E.D.I.C. | Association pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce. |
| B.A.F.A. | Brevet d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur. |
| B.A.S.E. | Brevet d'Aptitude à l'Animation Socio-Educative ou de Vacances. |
| C.A.F.E.T.S. | Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Educateur Technique Spécialisé. |
| C.A.T. | Centre d'Aide par le Travail. |
| C.D.E.S. | Commission Départementale de l'Education Spéciale. |
| C.N.A.M. | Conservatoire National des Arts et Métiers - Laboratoire Brigitte Frybourg. |
| C.O.T.O.R.E.P. | Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel. |

| | |
|--------------|---|
| C.R.E.A.I. | Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées. |
| D.D.A.S.S. | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. |
| D.E.E.S. | Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé. |
| D.E.F.A. | Diplôme d'Etat aux Fonctions d'Animateur. |
| D.S.T.S. | Diplôme Supérieur en Travail Social. |
| D.U.T. | Diplôme Universitaire Technique. |
| E.N.S.P. | Ecole Nationale de la Santé Publique. |
| E.P.S.R. | Equipe de Préparation et de Suite de Reclassement Professionnel. |
| F.A.G.E.R.H. | Fédération des Associations Gestionnaires et des Etablissements de Réadaptation pour Handicapés. |
| F.A.V.A. | Association des Volontaires pour la Coopération Franco-Américaine au Service des Inadaptés Mentaux. |
| F.I.C. | Fonds d'Intervention Culturelle. |
| F.N.A.R.S. | Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réadaptation Sociale. |
| G.I.H.P. | Groupement pour l'Insertion des Handicapés Physiques. |
| G.I.R.P.E.H. | Groupements Interprofessionnels Régionaux pour la Promotion de l'Emploi des Handicapés. |

| | |
|---------------------|---|
| I.M.P. | Institut Médico-Pédagogique. |
| I.M.Pro. | Institut Médico-Professionnel. |
| I.N.S.E.R.M. | Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. |
| I.N.S.E.E. | Institut National de la Statistique et des Études Économiques. |
| I.R.F.T.S. | Institut Régional de Formation de Travailleurs Sociaux. |
| L.A.D.A.P.T. | Ligue pour l'Adaptation du Diminué Physique au Travail. |
| M.A.S. | Maison d'Accueil Spécialisée. |
| M.S.T. | Maîtrise de Sciences et Techniques. |
| O.M.S. | Organisation Mondiale de la Santé. |
| O.N.I.S.E.P. | Office National d'Information sur les Enseignements et les Professions. |
| P.P.T.H. | Prospecteurs Placiers des Travailleurs Handicapés. |
| R.C.B. | Rationalisation des Choix Budgétaires. |
| U.N.A.P.E.I. | Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés. |

