

les publications du C.T.N.E.R.H.I.

centre technique national d'études
et de recherches
sur les handicaps et les inadaptations
27, quai de la tournelle 75005 paris

**un foyer de post-cure
pour malades mentaux
confronté aux problèmes
de la réinsertion**

par Dominique ROBERT

Préface de M. le Pr. MARIN

**Mémoire présenté en 1981
à l'école nationale de la santé publique**

Formation de préparation aux fonctions
de directeur de centres d'aide par le travail

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
PREFACE du Professeur MARIN	
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : LE FOYER DE POST CURE	3
1. <u>Sa mission, lieu de transition entre l'hôpital et la cité</u>	5
1.1. L'hôpital	5
1.2. La cité	7
1.3. Le foyer	7
2. <u>Présentation de la population accueillie et ses difficultés</u>	9
2.1. Age du malade	9
2.2. Le nombre d'années passées à l'hôpital	10
2.3. Le niveau intellectuel et de socialisation	10
2.4. La volonté du malade à vouloir revivre en société	10
2.5. Aspect de la personnalité des malades reçus	10
2.6. Considération administrative et générales	12
3. <u>Les moyens thérapeutiques et pédagogiques mis en oeuvre</u>	13
3.1. La structure d'hébergement	13
3.1.1. C'est un lieu démedicalisé	15
3.1.2. C'est un lieu de vie communautaire	15
3.1.3. L'atelier	17
3.2. L'équipe éducative	18
3.2.1. Son fonctionnement	18
3.2.2. Les réunions hebdomadaires	19
3.2.3. Les réunions mensuelles	19
3.2.4. Les réunions trimestrielles	19
3.2.5. Le rôle de l'équipe éducative	19
3.2.6. Les moyens de l'équipe	20
3.3. Le contrat de vie sociale	20
3.3.1. Vie quotidienne	21
3.4. Le contrat à long terme	22
3.5. Le service de suite	23

DEUXIEME PARTIE : ANALYSE DES CAUSES DES DIFFICULTES LIEES A LA REINSERTION	25
1. <u>Les difficultés liées au handicap</u>	27
1.1. Les médicaments	27
1.2. La maladie	28
2. <u>Les difficultés liées à l'insertion dans les milieux de travail banalisés</u>	29
2.1. La compétence technique	29
2.2. La tenue au poste de travail	30
2.3. La présentation à l'employeur	30
2.4. L'A.N.P.E. comme intermédiaire	32
2.5. Les entreprises de travail intérimaire	32
3. <u>Les difficultés liées à l'insertion dans les milieux de travail spécialisés</u>	33
3.1. Les milieux de travail spécialisés	33
3.2. Le malade mental et le rendement	33
3.3. Les malades mentaux et le travail proposé en C.A.T.	34
3.4. La différence de niveau intellectuel et culturel entre les malades mentaux et la popu- lation des C.A.T.	34
3.5. Le barrage des C.A.T. au secteur psychiatrique	35
3.6. Les ateliers protégés	35
4. <u>Les difficultés liées au fonctionnement des Administrations</u>	36
4.1. La C.O.T.O.R.E.P.	36
4.2. L'E.P.S.R.	36
4.3. La C.A.F. chargée de verser l'A.A.H.	37
5. <u>Les phénomènes d'exclusions liés au contexte social et les conséquences pour l'hébergement</u>	38
5.1. Les foyers de jeunes travailleurs	39
5.2. Les foyers Sonacotra	39
5.3. Les foyers d'accueils municipaux	40
5.4. Les foyers pour handicapés mentaux	40
5.5. Les familles d'accueil	40
5.6. La famille du pensionnaire	41
5.7. Les appartements	41
5.8. Considération générale	43

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS POUR AMELIORER LES MOYENS DE REINSERTION	45
1. <u>Une meilleure utilisation des possibilités offertes</u>	47
1.1. Améliorations à apporter dans les lieux de soins	47
1.2. Acceptation des médicaments	48
1.3. Critères d'admission au foyer	48
1.4. L'équipe éducative	49
1.5. Activités sur l'extérieur	50
1.6. Créer un réseau de collaborateurs extérieurs au foyer	51
1.7. Le service de suite	52
2. <u>La création d'un milieu de travail spécifique</u>	53
2.1. Un lieu de travail non tenu à une production	54
2.2. Un lieu de travail sans rémunération régulière	54
2.3. Les travaux et une façon de travailler adaptée au potentiel intellectuel des malades mentaux	55
2.4. Un atelier qui travaille pour des entreprises	57
2.5. Un atelier qui propose du travail aux anciens pensionnaires	57
2.6. Stage en entreprise	58
2.7. Un C.A.T. pour psychotiques	59
3. <u>Un choix d'hébergement adapté aux différentes phases de l'autonomie</u>	59
3.1. Le logement intermédiaire : ses caractéristiques	60
3.1.1. Le logement individuel	60
3.1.2. Possibilité de bénéficier d'un service collectif	61
3.1.3. Continuité de la prise en charge	61
3.1.4. Lieu de rencontre et d'animation	61
3.1.5. L'idée n'est pas nouvelle	62
3.2. Les appartements thérapeutiques	62
3.3. Foyer à vie	63
4. <u>Réflexion sur le travail comme moyen privilégié pour la réinsertion</u>	63

QUATRIEME PARTIE : CONCLUSION	67
ANNEXES	71
I. Convention avec le Département	73
II. Les statuts de l'Association Entraide La Bergerie	79
III. Le rôle du Comité technique	87
IV. Le contrat de séjour des pensionnaires	91
V. La redistribution aux pensionnaires de l'argent gagné par les travaux d'atelier	96
VI. Procédure d'admission des pensionnaires	99
VII. Fiche de relevé des heures effectuées par les pensionnaires à l'atelier	113
VIII. Contrat de stage avec l'entreprise	117
 BIBLIOGRAPHIE	 121

P R E F A C E

Bien qu'il ait déjà été beaucoup dit et beaucoup écrit sur les établissements de post-cure, il nous semble que le Foyer "La Bergerie" offre une expérience plus originale qui mérite d'être soulignée.

La thèse de M. ROBERT n'est, comme il le dit lui-même, qu'un "devoir" ; nous demanderons donc au lecteur de faire preuve d'indulgence et de n'y voir que le compte-rendu d'une tentative de réinsertion par des méthodes un peu différentes de celles habituellement préconisées.

L'auteur pose clairement le problème : l'impossibilité de mélanger déficients mentaux et jeunes malades mentaux ferme à ces derniers les portes de certaines structures de travail et d'hébergement auxquelles ils pouvaient espérer avoir accès.

L'objectif de La Bergerie est donc de répondre à deux questions cruciales pour une insertion réussie :

- comment loger les jeunes malades mentaux à la sortie du service de post-cure et parfois même pendant leur temps de post-cure ?*
- comment traiter la réinsertion au travail ?*

Après une expérience de cinq ans, M. ROBERT apporte à la question du logement des solutions réalistes et novatrices. En ce qui concerne la réinsertion au travail, la solution est moins évidente, compte tenu de l'exigence de rentabilité des employeurs potentiels.

Toute la démarche du Foyer vise à amener le jeune malade mental à gérer, non plus sa maladie, mais sa vie. Sa réinsertion sociale se fera progressivement, au Foyer puis hors du Foyer lorsque les Educateurs estimeront que le jeune est capable de vivre en logement indépendant, mais surtout dans le milieu du travail qui lui assurera une certaine autonomie financière.

Professeur MARIN

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

La réinsertion des malades mentaux semble actuellement être plus un voeu qu'une réalité. Ce voeu est la conséquence d'un courant d'opinion qui souhaite voir les hôpitaux psychiatriques faire sortir de leurs murs les malades, certes chroniques, mais ne présentant pas un degré d'invalidité nécessitant une prise en charge dans des unités de soins intensifs.

Il est vrai que la chronicité présentée par certains malades hospitalisés n'a de relation avec leur maladie que par le fait, qu'à un moment donné, une période de délire a nécessité la coupure avec le monde normal.

Par sécurité, par manque de moyens, par méconnaissance, ces personnes se sont trouvées "installées" dans un univers clausttral, sans avoir le choix de pouvoir en sortir.

Le sujet de ce devoir ne traitera pas de la réinsertion de ces malades chroniques, mais des jeunes malades qui décompensent à l'adolescence et que l'on sort rapidement des unités de soins, justement pour éviter qu'ils ne s'y "installent".

Les sortir rapidement, dès qu'ils sont stabilisés, c'est ce que nous souhaitons, mais leur fragilité psychologique, leurs craintes, en font des hommes et des femmes non aptes à réaffronter la vie sociale. Il faut donc, entre le lieu de soins et la vie sociale, une situation intermédiaire, un sas dans lequel le malade puisse réapprendre les gestes, les attitudes, et qu'il puisse reprendre toute la confiance dont il a besoin pour vivre une vie sociale normale.

Le sujet du travail que nous vous présentons est tiré d'une expérience vécue depuis deux ans dans un foyer de post-cure qui se veut être cette structure intermédiaire située entre l'hôpital et la cité.

Les jeunes malades que nous recevons présentent la particularité d'avoir décompensé à l'adolescence et de ne pas avoir vécu une trop longue hospitalisation.

Après la présentation de ce Foyer, nous avons essayé, dans une seconde partie, de dresser l'inventaire des difficultés liées soit directement à la maladie, soit à l'organisation sociale.

Les obstacles à l'objectif "réinsertion" que nous nous sommes fixés, il nous faut les franchir, et c'est un peu une manière de faire en même temps que le récit d'une expérience vécue actuellement, que nous vous proposons dans une troisième partie.

Nous remercions les amis, les collègues, qui ont su nous conseiller pour la réalisation de ce travail, et qu'il nous soit permis de nous excuser si nous n'avons pas su tirer suffisamment profit de l'aide qu'ils nous ont apportée.

PREMIERE PARTIE
LE FOYER DE POST CURE

1 - SA MISSION, LIEU DE TRANSITION ENTRE L'HOPITAL ET LA CITE

Le foyer de post-cure : lieu de transition entre l'hôpital et la cité. D'emblée les cartes sont données ! Si l'on parle de lieu de transition, on admet qu'il ne peut y avoir entre les deux extrêmes, l'hôpital et la cité, une passerelle directe, mais obligatoirement un lieu qui aura pour rôle de préparer le malade à une vie - ou plutôt à une manière de vivre différente de celle qu'il a connu durant son hospitalisation.

1.1 - L'hôpital

En admettant que le lieu de vie "normal" soit la cité et que cette cité soit le lieu où la réinsertion doit se faire, on admet du même coup qu'il y a lieu de vie "anormal" et en ce qui concerne notre propos, ce lieu est l'hôpital. En effet, un nombre important de personnes vivent en hôpital sans autre raison que celle de ne pouvoir vivre ailleurs.

Hier encore, la maladie mentale était inaccessible ni par les soins, ni par la compréhension. Aujourd'hui, un nombre important de moyens thérapeutiques permettent de stabiliser, voire de scotomiser, le comportement anormal d'un individu atteint. Ces nouvelles possibilités ont guidé à une prise de conscience collective, humaniste et financière, qui se traduit par une volonté de voir disparaître de la cité, les hôpitaux psychiatriques asilaires.

Cette volonté sociale doit, pour atteindre ses objectifs, se donner des moyens, se fabriquer un outil qui soit adapté à cette volonté de réinsertion sociale des malades mentaux.

S'il est facile de modifier, voire d'enlever la partie malade du corps d'un individu, sans que cela ne modifie en rien sa façon de faire ou de penser, il n'en est pas de même lorsque cette partie malade est justement la façon qu'il a de se voir, de se situer socialement, de s'apprécier, de se reconnaître, de se vivre en tant que personne. C'est donc un autre outil, bien différent du scalpel, qu'il va falloir fabriquer pour approcher et tenter de guérir cette maladie dont nous connaissons les effets, mais pas encore les causes.

Les milieux de soins que sont les hôpitaux psychiatriques, abordent la maladie mentale par une double approche thérapeutique :

- les médicaments stabilisants
- la psychothérapie

Les médicaments permettent au praticien, en supprimant ou diminuant la phase du délire, d'avoir ou de conserver une relation avec le malade.

La psychothérapie, en se servant de techniques telles que : la musique, le dessin, le théâtre, le travail, etc..., en agissant avec l'aide de personnes spécialistes, mais également avec la famille du malade, avec d'autres malades, ou en faisant vivre le malade dans des lieux choisis, tend, elle, à le faire penser différemment, à s'analyser et à comprendre ce qui se passe en lui.

Ces différentes techniques thérapeutiques permettent aux praticiens de mieux connaître les délires, les fantasmes, les problèmes relationnels du malade, de mieux pouvoir aborder sa personnalité et de lui apporter un éclairage qui lui permettra de se situer et de se vivre différemment.

Toutes ces techniques thérapeutiques se présentent le plus souvent comme étant des lieux de parole importants qui permettent au malade de comprendre la part de sa responsabilité face à sa maladie, de retrouver un cadre de référence intérieur mais auquel il manque un objectif réaliste : celui de la vie sociale pratique et quotidienne. L'amélioration du malade doit se faire par une transformation de sa réalité psychique mais également par une transformation de sa réalité sociale.

De par ses structures institutionnelles et sa vocation première qui est de recevoir des personnes à soigner, l'hôpital psychiatrique n'est pas à même de proposer à de jeunes malades mentaux stabilisés un cadre social vrai.

Pour sa part, le malade, bien que sécurisé intérieurement et désireux de recouvrer une indépendance, a une conscience aigüe de sa fragilité, et craint de se retrouver dans un monde social qu'il appréhende.

1.2. - La cité

Bon nombre de critiques seraient à faire sur la vie dans la cité ; mais chacun alternativement, avec ses possibilités et ses critères, accepte, subit ou organise le tissu social dans lequel il dirige sa propre existence. Les choix sociaux, tour à tour, nous les subissons ou nous en profitons et même si l'on peut espérer des améliorations ou des changements, ils ne seront jamais tout à fait comme nous le souhaitons.

C'est pour ces raisons que nous ne présenterons pas la cité mais que nous la considérerons dans cette "première partie" de devoir, comme un bloc monolithique auquel le jeune malade devra se confronter en essayant d'en découvrir les règles et, dans un premier temps, de les accepter.

1.3. - Le foyer

C'est entre l'hôpital, lieu de soins, et la cité, lieu de vie normal, qu'il est indispensable de créer un lien qui aura pour rôle de faciliter cette transition.

- La mission de ce foyer a un double objectif : le premier est de donner au malade une indépendance en le faisant vivre dans un milieu ouvert sur la cité. Cette ouverture est entendue dans tous les sens du terme : ouvert en proposant des activités sur l'extérieur, mais aussi en laissant les portes ouvertes, c'est-à-dire que le malade puisse sortir en ville et entrer chez lui quand bon lui semble.

- Cette indépendance devra également se faire par rapport au milieu de soins et principalement au traitement à l'hôpital, qui est une obligation.

- Il est nécessaire d'amener le malade à accepter ses médicaments, de les accepter comme étant une condition pour rester en contact avec la réalité et donc la seule façon de pouvoir concrétiser l'objectif réinsertion.

Indépendance également par rapport à sa maladie. Tous les malades, ayant vécu en hôpital de longues séances de psychothérapie, sont de véritables spécialistes et vous parlent de leur schizophrénie avec un tel aplomb et un tel vocabulaire que vous vous demandez comment faire pour les amener à parler d'autre chose que de "leur" médecin et de "leur" maladie. Il est donc nécessaire de proposer d'autres centres d'intérêts.

- Indépendance par rapport à la famille qui, pour la plupart des sujets, est la source de leur déséquilibre.

- Le premier objectif sera donc le désenclavement du malade, de toutes les causes périphériques de sa maladie qui, dans le milieu soignant, l'étouffaient et ne faisaient en quelque sorte que l'enfermer dans un carcan de soins.

- Le deuxième objectif du foyer de post-cure aura pour but de redonner au jeune malade les éléments et les possibilités nécessaires pour qu'il puisse se constituer un tissu social nouveau, qu'il puisse se situer dans cet environnement social et qu'il y retrouve sa personnalité et donc son autonomie.

- Enfin, et seulement après avoir atteint partiellement ou en totalité ces deux objectifs, il sera possible de penser réinsertion sociale.

- L'analyse des possibilités d'autonomie personnelles et sociales du malade va permettre à l'équipe de l'épauler pour trouver le créneau de réinsertion dans lequel il pourra vivre le plus près possible de la normale. La réinsertion pourra se faire, soit totale avec appartement et travail, soit avec appartement sans travail, soit avec travail en foyer, soit en foyer avec seulement l'allocation adulte handicapé. En effet, l'insertion sociale ne passera pas obligatoirement par le cheminement classique : travail-logement qui n'est qu'un schéma social que rien ne nous oblige à respecter, sinon des contingences matérielles.

- La mission du foyer de post-cure, si elle se doit de proposer une réalité sociale, se doit également de respecter le choix de l'individu et ne pas projeter sur le jeune malade, un cadre de vie idéal qui ne correspondrait à rien, sinon de courir à l'échec, puisqu'il ne respecterait pas le choix propre à chacun, de vivre comme bon lui semble.

2 - PRESENTATION DE LA POPULATION ACCUEILLIE ET SES DIFFICULTES

La présentation de la population accueillie nous fait pénétrer dans le lieu même choisi comme témoin de réflexion pour la présentation de ce devoir.

- Le foyer Entraide la Bergerie reçoit 15 jeunes psychotiques, hommes et femmes, dont l'âge se situe entre 18 et 30 ans.

- Les principaux critères d'admission sont :

- . l'âge du malade
- . le nombre de mois ou d'années passés à l'hôpital
- . le niveau intellectuel et de socialisation
- . la volonté du malade à vouloir vivre en société

- Nous verrons également dans ce chapitre :

- . un des aspects de la personnalité des malades que nous recevons
- . les considérations administratives et générales

2.1. - L'âge du malade

18 à 30 ans est la tranche d'âge choisie pour les raisons suivantes : homogénéité du groupe et centres d'intérêts à peu près identiques. La décompensation schizophrénique se produit dans la majorité des cas à l'adolescence.

2.2. - Le nombre de mois ou d'années passés à l'hôpital

L'hôpital est un lieu qui chronicise le malade en l'invitant à vivre de façon passive et dépendante. De ce fait, un malade qui se présente avec plusieurs années d'hôpital sera beaucoup plus difficile à désenclaver et nous risquons de le voir "s'installer" au foyer avec comme seul point de repère les repas et la gestion de sa maladie.

Il est souhaitable de recevoir le malade dès que sa période de soins est terminée, c'est-à-dire dans la majorité des cas, après 6 mois d'hospitalisation.

2.3. - Le niveau intellectuel et de socialisation

Nous ne recevons que des psychotiques pour lesquels la décompensation s'est produite à l'adolescence, ce qui implique qu'ils ont vécu de la naissance à l'adolescence normalement en faisant des études ou en exerçant un métier.

2.4. - La volonté du malade à vouloir revivre en société

Il est en effet souhaitable que le jeune malade soit stabilisé, c'est-à-dire qu'il ne soit pas en phase de délire, qu'il manifeste le désir d'une part, de sortir de l'hôpital, d'autre part, de vouloir revivre le plus près possible de la normale. Ce qui implique qu'il ait un projet, mais nous en reparlerons dans les moyens pédagogiques mis en oeuvre.

2.5. - Aspect de la personnalité des malades reçus

Il est difficile de décrire et d'imaginer ce qui sépare un psychotique du monde réel. Il a tellement évolué loin de la vie pratique que, malgré son amélioration, malgré son désir d'indépendance, toute initiative se heurte à un irréalisme important.

- Ces personnes, d'intelligence normale, possédant un niveau d'études secondaires, voire pour certains supérieures, se trouvent dans l'impossibilité d'utiliser leurs connaissances, ou leurs compétences. Tous leurs investissements se font exclusivement dans le rêve, dans l'imaginaire, ou le fantastique.

Cela se traduit par une projection de leur désir d'être ou de devenir telle ou telle personne placée si haut dans la hiérarchie sociale qu'en aucun cas ce souhait ne pourra être réalisable. Ce "placement" inaccessible est volontairement fait pour qu'il ne puisse jamais se réaliser car ce serait reprendre contact avec le réel et donc entrer dans une réalité sociale qui leur fait peur.

Beaucoup de ces jeunes psychotiques suivent de longues études et ne se présentent jamais aux examens, ou projettent de travailler, mais refusent d'être payés ou de s'engager par contrat avec l'employeur.

- On se trouve donc devant un apragmatisme apparemment irréductible de voir la réalité de ce qu'ils sont capables de faire.

- Une autre difficulté présente pour les malades que nous recevons est cette crainte à communiquer avec autrui, cette peur du jugement que l'autre est à même de pouvoir porter sur vous-même.

- Ces jeunes n'existent que par référence à l'autre : parent, médecin, éducateur, et leur personnalité est diluée dans un magma de choix qui sont faits par les autres.

L'action se situera donc principalement pour répondre au désir de l'autre et non à ses propres désirs que, le plus souvent, il n'osera prononcer, par peur de déplaire en affirmant sa volonté.

- A ces difficultés, ajoutons pour certains un sens aigu de la recherche de l'abstrait, de la rationalisation ou même de l'obsessionnabilité. Pour d'autres, des phases maniaques ou dépressives qui

viennent tour à tour détruire la prise de contact avec la réalité et donc donner à l'individu une instabilité qui va, nous le verrons plus loin, augmenter la difficulté à trouver un emploi par exemple.

2.6. - Considérations administratives et générales

Le foyer Entraide la Bergerie est géré par une Association loi 1901. Une convention passée avec le Département nous place sous contrôle de la D.D.A.S.S. qui nous verse un prix de journée. Nous sommes tenus de recruter en priorité sur le département. La D.D.A.S.S. nous impose également, pour chaque pensionnaire, une durée maximale de séjour égale à 2 années.

- Cette prise en charge fait l'objet d'une demande de renouvellement de séjour tous les 6 mois, qui doit être accompagnée d'un certificat médical la justifiant.

- Cette structure intermédiaire de 15 lits, limitée volontairement dans ses admissions à des jeunes psychotiques stabilisés et réinsérables, ne doit pas nous faire oublier le nombre important de malades mentaux pour lesquels l'hôpital, faute de mieux, sert de lieu d'hébergement.

- Ce sont des malades :

- . schizophrènes et délirants en dehors des périodes de crise
- . malades atteints de névroses invalidantes
- . personnes à personnalités fragiles, incapables de régler leurs problèmes relationnels
- . encore à l'hôpital faute de structure
- . sortis d'hôpitaux, mais non réinsérés socialement, devenus marginaux ou voués à une vie de sous prolétaires.
- . jamais hospitalisés mais traités de façon ambulatoire, en situation d'échec social ou familial.
- . perdant brusquement leur soutien.

3 - LES MOYENS THERAPEUTIQUES ET PEDAGOGIQUES MIS EN OEUVRE

Ce sont, en quelque sorte, les outils nécessaires pour une réinsertion. Ils sont constitués par :

- une structure d'hébergement
- une équipe éducative
- un contrat de vie sociale à court terme
- un contrat de réinsertion à long terme

Ces contrats sont passés entre le pensionnaire et le foyer

- un service de suite

EN ANNEXE : la convention avec le Département (Annexe 1)
les statuts de l'Association (Annexe 2)

3.1. - La structure d'hébergement

La maison qui nous accueille est en fait constituée de trois maisons contiguës, aménagées pour n'en faire qu'une seule. La surface habitable est de 303,90 m², répartie comme il suit :

Au rez-de-chaussée :

- 1 hall d'entrée
- 1 buanderie
- 1 pièce de détente
- 1 pièce atelier de couture
- 1 pièce pour les éducateurs et chambre de veille
- 1 bureau Direction
- 1 bureau de secrétariat
- 1 chambre à 1 lit (dépannage)
- 1 chambre à 2 lits
- 1 WC

Ajoutons la cave qui sert de réserve pour l'économat

Au premier étage :

- 1 salle à manger et TV : seule grande pièce de la maison : 35 m2
- 1 cuisine
- 1 salle de bains
- 1 chambre à 2 lits
- 2 chambres à 1 lit
- 1 WC

Au deuxième étage :

- 4 chambres à 2 lits
- 1 chambre à 1 lit
- 1 salle de bains
- 1 WC

A noter que toutes les chambres dépendent l'une de l'autre pour le passage.

Derrière la maison : un jardin d'environ 800 m2.

Dans le jardin, une ancienne serre transformée en atelier.

- Indépendamment du fait que ce soit une très vieille demeure mal adaptée à nos besoins et enclavée dans un village périphérique, il est intéressant de connaître dans quel esprit cette structure est organisée pour la vie des pensionnaires.

La maison est ouverte et les pensionnaires peuvent sortir, aller à l'épicerie, au café, prendre le bus, se rendre en ville, coucher ou manger où ils veulent quand ils le désirent. La seule condition est de prévenir un éducateur, et le cuisinier pour les repas qu'ils ne prendront pas et de prendre la clé de la porte s'ils rentrent après 23 heures.

- De la même façon, il doit prévenir le cuisinier s'il invite quelqu'un à manger au foyer. Il devra également payer le repas de l'invité.

- Le pensionnaire, par la possibilité qu'il a de gérer ses sorties sans avoir à rendre de comptes, est placé dans une situation de confiance, et cela l'oblige à assumer la responsabilité du choix qu'il fait : "Sortir ou ne pas sortir ?". Il est seul pour répondre à cette interrogation. Cette démarche est bien différente de celle qui consiste à demander la permission.

En demandant la permission, on demande à une tierce personne, jugée responsable puisque pouvant accorder ou refuser une demande, de bien vouloir prendre à sa place la responsabilité de la sortie.

- Cette attitude pédagogique qui consiste à aider le pensionnaire à assurer lui-même la responsabilité de ses désirs et de ses choix, nous la retrouvons dans tous les actes de la vie quotidienne du foyer.

3.1.1. - C'est un lieu démedicalisé

Aucun médecin généraliste ou psychiatre n'est attaché à l'établissement. (Voir en annexe III : le rôle du comité technique).

Chaque pensionnaire doit, avec ou sans l'aide des éducateurs, se rendre en ville pour ses soins, que ce soit pour des soins généraux ou plus spécialisés, comme une psychothérapie.

La seule partie médicale du foyer est la pharmacie où chacun à une case réservée et devra se servir et gérer lui-même sa médication. Bien que présent, l'éducateur intervient le moins possible, tant dans la prise des médicaments que dans les rendez-vous, pour les renouvellements d'ordonnance ou les médicaments retard.

- A ce propos, un grand tableau situé dans la pièce commune, sert aux pensionnaires pour marquer, s'ils le désirent, leurs rendez-vous ou les démarches qu'ils ont à faire à l'extérieur.

- Dans le même esprit, les interrogations de la part des pensionnaires, concernant leur maladie, sont le plus possible non satisfaites par les éducateurs, qui invitent le demandeur à s'adresser à son médecin.

- Cette volonté de faire abstraction de la maladie et de toutes les relations et discussions qui s'y rapportent, répond à l'objectif de désenclavement du pensionnaire du milieu hospitalier qu'il vient de quitter. - Il est, en effet, indispensable de supprimer les valeurs se référant à la vie psychiatrique et de montrer que le pensionnaire n'a pas plus de mérite en prenant trois comprimés que celui qui n'en prend qu'un.

- Toutefois, le pensionnaire s'engage, en venant au foyer, à suivre la prescription médicale et à la respecter. Tout changement devra être fait par le médecin.
Le non-respect de cet engagement remet en cause le séjour du pensionnaire : voir en annexe n° IV le contrat de séjour.

3.1.2. - C'est un lieu de vie communautaire

La structure n'accueille que 15 pensionnaires et, de ce fait, il s'agit plus de vie commune que de vie collective au sens de l'organisation.

- L'exiguïté des locaux oblige les gens à vivre très près l'un de l'autre, à se tolérer, mais aussi à respecter un minimum de règles nécessaires à toute vie sociale et qui du fait de l'exiguïté des locaux deviennent évidentes pour tous. (Voir contrat de séjour : Annexe n° IV).

- Le choix de ces locaux ne pouvant recevoir qu'un petit effectif a été une volonté de l'association qui tenait, vu le type de pensionnaires reçus, à conserver avant tout une ambiance familiale.

Cette situation de vie familiale se retrouve en permanence dans tous les actes de la vie quotidienne.

La seule personne de service est un cuisinier, les repas sont servis et préparés avec l'aide des pensionnaires, ils sont pris en commun autour d'une table unique.

Le ménage, et l'entretien, du linge sont faits par les pensionnaires, le jardin également.

La cuisine, la réserve et les réfrigérateurs sont ouverts et chacun peut venir manger ou se faire une tisane quand bon lui semble.

- Dire que cela se passe toujours bien ne serait pas juste, mais pour un saucisson qui disparaît de temps en temps, alors qu'il était prévu pour le repas, il nous semble que ce n'est pas cher payé pour pouvoir proposer aux pensionnaires cette possibilité de vivre autrement que dans la plupart des collectivités. Sans compter la discussion que cet acte fait surgir et qui est le reflet d'une dynamique très réaliste.

- Cet exemple, bien que mal choisi et certainement trop terre à terre, nous paraît pourtant illustrer une façon de vivre propre à ce foyer et être dans la pleine ligne de ce style de vie familiale souhaitée.

3.1.3. - L'atelier

Nouvellement mis en place dans la structure même, un atelier offre aux pensionnaires sans travail à l'extérieur, la possibilité de s'occuper la journée.

- Les difficultés que nous avons rencontrées ces derniers temps à trouver des emplois pour nos pensionnaires, nous ont incité à organiser un lieu de travail propre au foyer.

- Cet atelier propose différentes sortes de travaux : imprimerie, composition de maquettes, soudure étain, tapisserie, transcription d'adresses sur des enveloppes, travaux d'écriture machine.

- Ces activités, indépendamment de ce qu'elles rapportent aux pensionnaires sur le plan pécuniaire (voir en annexe V : la redistribution), sont un moyen d'amener le pensionnaire à recouvrer une activité suivie dans laquelle il va retrouver un rythme de présence, une satisfaction dans la tâche accomplie et une confiance en lui-même et en ses possibilités. Elle vont

permettre aux éducateurs de se rendre compte des véritables capacités des pensionnaires et donc d'avoir des indices complémentaires pour les orienter vers un travail à l'extérieur.

3.2 - L'équipe éducative

Sa composition :

- 1 directeur : formation éducateur spécialisé et CAPASE
- 1 secrétaire comptable
- 1 cuisinier
- 1 psychologue
- 1 animatrice CAPASE
- 1 éducateur spécialisé en formation C.E.
- 2 moniteurs éducateurs, dont un de formation technique (embauché en septembre 1981)
- 1 pré-stagiaire sélectionné école d'éducateurs
- 3 veilleurs de nuit à 1/2 temps étudiants en :
 - . médecine
 - . éducateur spécialisé
 - . psychologie.

3.2.1. - Son fonctionnement

A l'exception du directeur, de la secrétaire et du cuisinier, l'équipe travaille en horaire d'internat : 365 jours par an, ce qui implique des embauches de vacataires au moment des congés. Chaque éducateur travaille un week-end sur trois.

- Chaque animateur ou éducateur a la charge de trois pensionnaires. C'est à lui que revient l'organisation administrative, le suivi et l'initiative des relations avec les services hospitaliers, les familles, les milieux de travail et la C.O.T.O.R.E.P. Ceci afin qu'il n'y ait pour les personnes extérieures à l'établissement qu'un rôle de référence.

- La psychologue entre dans le planning des horaires d'internat et a donc le même travail que les éducateurs. Du temps lui est accordé pour s'occuper, avec le directeur, des admissions des pensionnaires.

3.2.2. - Les réunions hebdomadaires

L'ensemble de l'équipe éducative se réunit chaque semaine. Cette réunion est divisée en trois temps : vie matérielle de l'établissement, les problèmes liés à la vie des pensionnaires (relevés dans le cahier de liaison), synthèse et orientation pour un ou deux des pensionnaires.

3.2.3. - Les réunions mensuelles

Une réunion se fait chaque mois avec l'ensemble des pensionnaires où il est traité de l'organisation de la vie de la maison, du planning, de vaisselle et de cuisine, des problèmes liés au travail effectué au foyer, des relations équipe éducative pensionnaires.

3.2.4. - Les réunions trimestrielles

Equipe éducative et comité technique de l'association (voir annexe III). Cette réunion en présence du président de l'association a pour rôle de faire le point sur la manière de fonctionner dans le respect des grandes lignes pédagogiques de l'établissement et sur les améliorations à apporter. Elle est pour le personnel (mis à part le directeur) le seul lien avec l'association.

3.2.5. - Le rôle de l'équipe éducative

Faire vivre les pensionnaires dans un climat de confiance et donc dans le respect du contrat de vie sociale propre au foyer.

Amener chaque pensionnaire à retrouver une indépendance et une personnalité lui permettant de préparer une réinsertion sociale.

Aider le pensionnaire à retrouver à l'extérieur : travail, logement et relations.

3.2.6. - Les moyens de l'équipe

Financiers : 253,74 F. de prix de journée en 1981.

Sociaux : possibilité d'ouverture sur la vie culturelle du village et de la ville, associations de loisirs, M.J.C., clubs de vacances, piscine, etc...

Recherche de travail : A.N.P.E., E.P.S.R. - Services sociaux, et surtout contacts personnels, dans une agglomération regroupant près de 300.000 habitants.

Recherche logement : H.L.M.

Contacts avec les familles des pensionnaires : en liaison avec le directeur.

Engagement de thérapie familiale : sous la responsabilité du directeur et en liaison avec le médecin traitant.

Liaison avec tous les services sociaux et hospitaliers ou administratifs : effectuée par l'éducateur chargé du pensionnaire.

3.3. - Le contrat de vie sociale

La venue au foyer doit être pour le pensionnaire un acte volontaire. La procédure d'admission (annexe VI) prévoit que le pensionnaire vienne passer une ou deux journées au foyer avant que la décision d'admission soit prise et qu'il confirme par écrit son désir de venir.

Lorsque son admission est prononcée, le pensionnaire s'engage à suivre les grandes lignes de vie sociale nécessaires à la bonne marche du foyer, en signant un contrat de séjour (contrat de séjour en annexe IV).

Indépendamment de ces obligations, la vie quotidienne, elle aussi, doit être organisée et ceci afin de rompre le plus vite possible avec une passivité qui peut-être s'était établie dans le milieu hospitalier.

3.3.1. - Vie quotidienne

Chaque matin, le petit déjeuner, pris en commun, sera un lieu de rencontre où s'établissent les projets individuels pour la journée. Tout d'abord, pour le ménage des parties communes de la maison, chacun s'engage en marquant son nom sur un tableau regroupant les différentes tâches ménagères à effectuer.

Ensuite, chacun exprimera ce qu'il a prévu de faire durant cette journée, au moins l'activité principale.

- Ces occupations peuvent être très variables : aller acheter des vêtements, pointer à l'A.N.P.E., rechercher un travail, travailler à l'atelier du foyer, faire le jardin, participer à une thérapie de groupe dans un service de l'hôpital psychiatrique, rendre visite à son psychothérapeute ou aller au travail si le pensionnaire est en situation d'embauche.

- Les éducateurs présents devront aider les pensionnaires à organiser leurs prévisions journalières et faire en sorte qu'elles soient suivies et qu'elles correspondent à l'aboutissement d'un projet fixé à plus long terme.

- C'est donc une obligation pour chaque pensionnaire de prévoir chaque jour comment il va occuper sa journée.

- L'organisation quotidienne de ces projets journaliers est importante dans la mesure où elle permet aux pensionnaires de se situer dans le temps et surtout de se situer par rapport à une action immédiate et à la mesure de leurs possibilités.

- L'engagement que chacun prend devant le groupe en élaborant son projet, va le confronter soit à l'obligation d'agir, soit à trouver des excuses qui justifient son retrait. Il faut

reconnaître que bien souvent, même incohérentes, des excuses sont présentées et peuvent mettre le pensionnaire en situation d'échec, qui, si elle est trop souvent renouvelée, renforcera encore son sentiment d'incapacité.

- L'éducateur devra donc être attentif à la manière dont le pensionnaire décide d'occuper sa journée et devra doser les projets pour qu'ils puissent aboutir.

3.4. - Le contrat à long terme

La détermination de l'occupation de la journée d'un pensionnaire s'inscrit dans un projet à plus long terme.

- Sachant que son passage au foyer ne sera que de courte durée, puisque l'administration ne renouvellera que trois fois son contrat de 6 mois, le pensionnaire et les éducateurs devront projeter une action de réinsertion qui ne pourra pas excéder deux ans.

Lors de son arrivée au foyer, le pensionnaire devra, dans les premiers mois, essayer de trouver comment il va, à partir du foyer, organiser sa vie future et en faire part à l'ensemble de l'équipe lors d'une réunion.

- Ce choix pourra porter sur l'apprentissage d'un métier, sur le perfectionnement d'une activité déjà exercée, sur l'orientation vers un milieu de travail banalisé ou spécialisé, sur des stages en entreprises ou dans des associations qui recherchent des bénévoles.

- Ce pourra être la recherche d'un lieu de vie : foyer ou appartement.

- A partir de ce projet de vie à long terme, toute l'action de l'équipe devra se faire pour aider le pensionnaire à accéder à ses désirs. Ce sera là aussi une des tâches des éducateurs de proposer ou d'aider à trouver le créneau d'activité et la manière de vivre qui correspondra le mieux aux possibilités du pensionnaire.

3.5. - Le service de suite

La prise en charge du pensionnaire ne doit pas s'arrêter le jour de sa sortie du foyer. C'est même à ce moment qu'elle doit être la plus efficace.

- Pour les petites choses à entreprendre, qu'elles soient administratives ou matérielles, le pensionnaire aura besoin de l'aide technique ou psychologique de l'éducateur qui l'aura guidé pendant son séjour au foyer.

- Bon nombre d'anciens pensionnaires reviennent au foyer pour manger, passer un week-end, demander de l'aide pour la recherche d'un emploi, ou seulement parler lorsqu'ils ont un moment difficile.

- Actuellement, le service de suite fonctionne d'une façon bénévole ou sur les heures accordées pour l'animation du foyer.

- Le département a refusé la création d'un poste supplémentaire qui permettrait d'assurer un suivi efficace. La raison en est l'existence dans les services psychiatriques d'équipes de secteur chargées d'assurer le service de suite.

- Cette proposition si elle existe sur le plan administratif s'avère, pour la plupart du temps, inexistante dans la réalité. De plus, ce n'est pas le service de suite des équipes du secteur que les anciens pensionnaires ont envie de rencontrer, mais la personne avec laquelle ils ont vécu leur réinsertion, c'est-à-dire l'éducateur du foyer.

DEUXIEME PARTIE
ANALYSE DES CAUSES DES DIFFICULTES
LIEES A LA REINSERTION

Le foyer de post-cure ne résoud pas tout à lui seul. Il assure la transition entre l'hôpital et la cité, comme nous l'avions déjà souligné, mais la réinsertion à partir du foyer de post-cure se heurte à de nombreuses difficultés liées à l'individu, aux milieux extérieurs existants et à certains facteurs administratifs.

1 - LES DIFFICULTES LIEES AU HANDICAP

La psychose est une maladie qui ne se guérit pas encore. Elle se stabilise grâce aux médicaments et aux moyens psychothérapeutiques mis en oeuvre.

1.1. - Les médicaments

Les médicaments dont le malade va être dépendant, au risque de rechuter rapidement s'il omet de les prendre, est une des premières difficultés pour une réinsertion.

Si, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les malades mettent un point d'honneur à ingurgiter tel ou tel médicament, ils ont, et c'est paradoxal, une grande envie de ne plus en prendre. Ils associent volontiers leur maladie à la prise des médicaments, en disant que ce sont les médicaments qui les rendent malades.

- Un pensionnaire qui quitte le foyer sans avoir accepté la prise des médicaments, ne les prendra plus ou oubliera volontairement sa piqûre retard.

- Dans les deux mois qui suivent, ce malade va rechuter et retourner en hôpital psychiatrique. Sa rechute sera progressive, entrecoupée de moments bien, et de moments délirants qui vont faire que son entourage, n'acceptant pas cette alternance, va le rejeter - ou le faire conduire à l'hôpital lors d'une période de délire.

- Où que cela se passe, il sera difficile par la suite de proposer à nouveau le jeune dans ce milieu.

- A ce propos, il arrive que, volontairement et avec l'accord du médecin, nous laissons un pensionnaire ne pas prendre ses médicaments. Ceci afin que lui-même fasse l'expérience de la nécessité de sa médication. Si cette expérience est nécessaire, il vaut mieux la faire pendant la durée de son séjour au foyer, plutôt que de laisser le jeune la faire lorsqu'il sera seul.

- Les effets secondaires liés aux médicaments sont également un handicap pour une mise au travail, difficulté à fournir un effort physique, ne pas se tenir au soleil, état comateux, grande fatiguabilité, bouche pâteuse, mauvais contrôle des mouvements, etc...

- Ces effets secondaires sont accentués le lendemain d'une injection retard.

- Les contrôles et équilibres des doses médicamenteuses doivent être très fréquents. Elles varient en fonction de l'intérêt que le pensionnaire porte aux engagements qu'il a dans sa vie.

- Une des prérogatives de l'équipe éducative du foyer est d'amener le jeune à sentir ses besoins en médicament et à se rendre, dès que nécessaire, chez son médecin pour faire modifier son traitement.

1.2. - La maladie

En plus de ces difficultés propres au traitement, nous retrouvons celles liées à la maladie elle-même, que nous avons déjà inventoriées dans le 2ème paragraphe du 1er chapitre : difficulté à utiliser des compétences, investissement fait dans l'imaginaire plus que dans la réalité, difficulté à communiquer, souci de plaire à l'autre en effaçant sa propre personnalité.

- Ces difficultés, bien que partiellement effacées par le séjour en foyer de post-cure, n'en sont pas moins sous-jacentes et prêtes à resurgir à la moindre complication, surtout lorsqu'il y a un changement aussi important qu'une mise au travail, ce qui a pour conséquence de créer une situation angoissante.

- Enfin, une difficulté qui se fera surtout ressentir dans les milieux de travail, c'est l'instabilité due à des rechutes fréquentes ou à des mouvements d'humeur incontrôlés.

- Ces situations vont mettre le jeune dans des situations de non retour avec l'employeur ou ses collègues de travail.

- Il faut ajouter également que le malade possède un potentiel travail au dessous de ses capacités d'origine. Il lui faudra donc admettre que son handicap diminue ses possibilités et accepter un poste de travail en conséquence.

2 - LES DIFFICULTES LIEES A L'INSERTION DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL BANALISE

Bien qu'il soit courant de dire qu'il est facile de reporter sur les autres les échecs dus à sa propre incompétence, nous croyons qu'il ne faut tout de même pas minimiser la conjoncture économique actuelle.

- En Bourgogne, on note actuellement, 1er trimestre 1983, 55.181 demandeurs d'emploi, soit 8,4 % de la population active (pour la France : 8,7 %).

- A noter également le nombre important de petites ou moyennes entreprises qui ferment pour des raisons économiques. Les entreprises actuelles qui tiennent le coup doivent leur existence à une qualité de production et à une politique d'embauche très soigneusement calculée.

- Cette situation n'est pas pour favoriser le placement de nos pensionnaires, à qui on demande une plus grande compétence technique, mais également une tenue irréprochable au poste de travail confié.

2.1. - La compétence technique

Si dans les textes on propose des formations ouvertes à tous, à condition de satisfaire aux tests psychotechniques, il n'est pas rare d'avoir à attendre plus d'un an pour pouvoir entrer en formation.

- Cette attente est beaucoup trop longue pour des personnes à qui, lorsqu'elles sont prêtes, il faudrait pouvoir proposer une solution rapidement.

- Cette situation d'attente est le plus souvent rejetée, car dans tous les cas ces délais sont source de rechute.

2.2. - La tenue au poste de travail

Si les entreprises demandent des compétences techniques, elles sont peut-être encore plus sensibles au comportement social de la personne embauchée.

- Leur environnement n'étant pas préparé à les recevoir, le comportement de nos pensionnaires est souvent mal accepté : attitudes, relations différentes d'une journée à l'autre, absences fréquentes, travail irrégulier.

- D'où des réactions d'incompréhension qui bien vite se traduisent par une coupure sociale qui rend mal à l'aise, angoisse le malade et accentue la "bizarrerie" de son comportement.

- Il n'est pas rare de voir un malade rentrer au foyer en disant qu'il ne veut plus retourner, que toutes les personnes lui veulent du mal et qu'il est malheureux.

- Ce rejet est ressenti d'autant plus fortement si son vécu en milieu hospitalier a été long et, de plus, si le malade a été au centre d'une activité thérapeutique qui aura pour effet de renforcer son narcissisme. Situation qu'il ne retrouvera pas dans un milieu de travail normal.

2.3 - La présentation à l'employeur

Devant ces attitudes de rejet, une question se pose : doit-on ou non "jouer franc jeu" avec l'employeur ? Doit-on accompagner le pensionnaire et le présenter avec son passé psychiatrique ou au contraire le laisser

seul se débrouiller ? Dans le premier cas, on affiche clairement qu'il s'agit d'un malade mental ; cette façon de faire présente les avantages suivants :

- on augmente la tolérance de l'employeur
- on peut "raccrocher" lorsque se présente une défaillance
- on peut aider le pensionnaire à mieux se situer et mieux analyser avec lui ce qui se passe au niveau de l'entreprise.

Mais elle présente aussi des inconvénients :

- on continue d'assister le malade
- la recherche du travail et son assiduité ne dépend plus de l'intérêt qu'il porte à son emploi, mais au désir qu'il a de ne pas déplaire à "son" éducateur.
- on maintient le malade dans un statut social particulier, puisque l'entourage sera tenu au courant de son handicap et l'on amenuise cette réalité avec laquelle on souhaitait qu'il se confronte
- on risque de se voir refuser la place en présentant un malade mental.

Dans le second cas, on laisse le malade chercher lui-même son employeur, au risque de le voir rechuter sans très bien comprendre ce qui lui arrive et ce sera une fois de plus une situation d'échec qui va renforcer chez lui son incapacité à entreprendre quelque chose.

- S'ajoute également, dans la plupart des cas, l'obligation de fournir un curriculum vitae, pour lequel il aura du mal à expliquer les trous dus à un ou plusieurs séjours hospitaliers.

- Actuellement, aucune règle n'est formelle quant à la recherche d'un emploi et les agissements des éducateurs se font en fonction des cas.

- Entre ces deux extrêmes, s'ajoutent des modalités particulières : mettre au courant l'employeur, mais pas les collègues de travail, proposer des stages non rémunérés, proposer une durée limitée ou non, etc...

2.4 - L'A.N.P.E. comme intermédiaire

L'inscription au chômage, pour des malades ayant déjà travaillé, ou à une demande d'emploi ne présente actuellement que des inconvénients :

- le principal de ceux-ci étant que très peu d'emplois sont proposés à nos pensionnaires,

- les seuls emplois proposés sont des emplois de manoeuvre dans le bâtiment ou en usine. Ces emplois arrivent à satisfaire une faible demande chez nos pensionnaires ; très peu, en effet, ont une formation d'ouvrier.

- les emplois de bureau, ou des secteurs tertiaires en général, ne sont jamais proposés alors que la majorité de nos pensionnaires ont une formation scolaire.

L'inscription au chômage ou à une demande d'emploi suffit à satisfaire le pensionnaire pas très motivé à la recherche d'un emploi.

2.5. - Les entreprises de travail intérimaires

Elles sont les seules actuellement qui embauchent nos pensionnaires "sans poser de question" et ceci présente un avantage certain dans le sens où les pensionnaires ressentent une considération sociale normale.

- Avantage également car le pensionnaire ne se sent pas engagé de la même façon que dans une entreprise. Il peut à tout moment annuler son contrat sans autre forme de procédure et sans qu'on lui demande d'explication.

- Ce non engagement correspond assez bien à une structure mentale psychotique. Il entretient le malade dans son instabilité et en fait un quémendeur d'emploi pour une durée juste nécessaire à "faire" le salaire qui va lui permettre de survivre un peu plus longtemps.

Cette formule doit être passagère et considérée comme autant d'expériences des milieux sociaux différents ; mais nous devons tendre vers une meilleure stabilité d'emploi.

3 - LES DIFFICULTES LIEES A L'INSERTION DANS LES MILIEUX DE TRAVAIL SPECIALISES

En matière de maladie mentale, il est fondamental que la reconnaissance du handicap ne se traduise pas par une exclusion du champ social.

3.1. - Les milieux de travail spécialisé

Les milieux de travail spécialisé sont encore actuellement en marge du champ social et cela plus par la conception de leur structure que par la qualité du travail fourni.

Cette situation implique que, pour une majorité de nos pensionnaires, ces structures de travail protégé doivent être des lieux de passage court.

- les malades mentaux devraient y recevoir ce dont ils ont besoin pour une meilleure insertion dans le monde du travail banalisé. Les besoins pourront être une formation professionnelle, un apprentissage au goût de l'effort et au travail bien fait, une resocialisation, une habitude du travail en équipe.

3.2. - Le malade mental et le rendement

Par rendement on entend production nécessaire pour dégager une valeur ajoutée. Mais on associe à cette nécessité une tenue et une présence régulières à un poste de travail.

Les C.A.T. reçoivent, pour une majorité d'entre eux, des débilés mentaux. Cette spécialisation dans ce handicap permet de trouver une régularité dans le travail et une production minimale grâce à l'aménagement de postes de travail.

Le malade mental est capable de production avec un minimum d'aménagement de poste de travail. Par contre, sa régularité et sa présence sont très cycliques et sujettes à des variations d'un jour à l'autre. Ces absences, apparemment non motivées, créent des situations nouvelles et mal comprises par les éducateurs et donc difficilement justifiables aux yeux des autres travailleurs handicapés qui ne voient dans le malade mental que la personne intellectuellement plus douée mais aussi moins assidue.

3.3. - Les malades mentaux et le travail proposé en C.A.T.

Le malade mental a un potentiel intellectuel normal qu'il est incapable d'utiliser sans avoir au préalable dépassé un certain nombre de blocages dûs à sa personnalité et en particulier à son état de dépendance et à son manque de confiance en ses capacités réelles.

Le milieu de travail doit lui permettre de retrouver cette confiance en lui proposant des tâches progressives en correspondance avec ses capacités.

En lui proposant des tâches aménagées pour être exécutées par des handicapés mentaux, le C.A.T. ne lui offre pas toujours ce qu'il serait en mesure d'attendre et beaucoup de nos pensionnaires se lassent, par manque d'intérêt, à clouer des palettes, à exécuter des travaux répétitifs dont la seule valeur n'est souvent mesurable que dans le nombre de pièces exécutées.

3.4. - La différence de niveau intellectuel et culturel entre les malades mentaux et la population des C.A.T.

Le lieu de travail doit être surtout un lieu de communication. La tâche à exécuter doit, dans un premier temps, être un médiateur à des échanges. Ces échanges créés par des difficultés et des satisfactions communes doivent être un facteur épanouissant pour le malade mental.

La différence de "niveau" entre les débilés mentaux et les malades mentaux amenuise ces relations jusqu'à couper complètement le malade des autres travailleurs.

D'autre part, ce milieu relationnel non stimulant va à l'encontre de la réalité sociale souhaitée pour la plupart de nos pensionnaires.

3.5. - Le barrage des C.A.T. au secteur psychiatrique

Les C.A.T. de la région ont refusé la signature de convention avec le secteur psychiatrique.

A l'ouverture des C.A.T., un grand nombre de malades mentaux, pour la plupart chronicisés par de longues hospitalisations sont venus gonfler les effectifs des C.A.T. Ceux-ci comptent actuellement un nombre important de ces malades qui, de par leur comportement et la difficulté à les faire produire, sont plus considérés comme des charges par les autres travailleurs handicapés mentaux que comme des éléments dynamiques.

- Cette raison, ajoutée au peu de places disponibles en C.A.T. fait que, systématiquement, on se voit opposer des refus aux candidatures proposées et ceci malgré des propositions de placement faites par la C.O.T.O.R.E.P.

3.6. - Les ateliers protégés

Les ateliers protégés (notre région n'en compte que 2) ont été volontairement mis de côté pour cette analyse ; l'un reçoit des handicapés physiques et l'autre, des personnes en cure pour éthylisme. L'un et l'autre ont des difficultés à être "rentables" et font une sélection draconienne qui a comme critère la production.

- Quelques essais de placement se sont tous avérés des échecs et pour le pensionnaire qui se trouvait trop livré à lui-même avec un travail dépassant ses capacités physiques et pour les ateliers qui ne se satisfaisaient pas de la production fournie.

4 - LES DIFFICULTES LIEES AU FONCTIONNEMENT DES ADMINISTRATIONS

4.1. - La C.O.T.O.R.E.P.

Les membres de la C.O.T.O.R.E.P. 2ème section n'opposent aucune difficulté à reconnaître un malade mental handicapé à 80 % et donc à lui donner la possibilité de percevoir l'allocation adulte handicapé. La véritable difficulté se trouve au niveau de la 1ère section, lorsqu'il s'agit d'orienter professionnellement les malades mentaux et de les classer "travailleur handicapé".

- En effet, on trouve dans les dossiers de nos pensionnaires une quantité de postes de travail occupés pour un temps plus ou moins long, des stages ou des études commencés et non terminés, et des orientations tous azimuts vers les métiers les plus divers.

- Cette instabilité qui est le propre du comportement du malade mental n'est pas toujours très bien acceptée par les membres de cette commission, qui doivent tenir compte des impératifs sociaux des entreprises et terrains de stages professionnels.

- Comment faire accepter que c'est en partie cette instabilité qui caractérise le malade mental et quand bien même la commission l'accepterait, les terrains sociaux des entreprises ne sont pas prêts à l'accepter.

- Il nous faut donc éviter le plus possible de passer par la filière C.O.T.O.R.E.P., pour le placement de nos pensionnaires et faire une demande officielle que lorsque nous apprécions chez le jeune une stabilité suffisante pour envisager un placement durable.

4.2. - L'E.P.S.R.

L'équipe de préparation et de suite du reclassement est destinée à mettre en oeuvre certaines des décisions de la C.O.T.O.R.E.P., notamment celles qui impliquent l'insertion du handicapé dans le milieu normal de travail. Elle doit apporter son soutien à la personne handicapée tout au

long du processus de reclassement professionnel. Elle doit analyser les conditions nécessaires au succès de l'insertion professionnelle recherchée :

- . information du travailleur,
- . préparation psychologique,
- . amélioration des capacités professionnelles,
- . aide pour surmonter la vie quotidienne,
- . étudier les postes de travail.

Lorsque cette E.P.S.R. s'est mise en place dans notre département, nous étions persuadés trouver en elle un partenaire qui allait bien nous aider.

Mais notre joie fut de courte durée lorsqu'on nous présenta une circulaire, référence n° 2079 du 3 mai 1979, qui dit :

"D'une façon générale, l'E.P.S.R. doit accueillir les personnes dont les difficultés sont imputables à un handicap physique, sensoriel ou mental, à l'exception des inadaptés sociaux et des malades mentaux qui continuent à relever des services sociaux compétents".

Bien sûr, on peut toujours jouer sur le fait que le malade mental reconnu travailleur handicapé par la première section change de statut, mais la présentation faite par le foyer démasque cette tromperie.

4.3. - La Caisse d'Allocation Familiale chargée de verser l'allocation adulte handicapés

Suivant les cas, une demande d'allocation adulte handicapé est faite pour le pensionnaire.

Si le pensionnaire avait un emploi avant son hospitalisation et si cette hospitalisation est de courte durée, il aura des revenus soit de la Sécurité Sociale, en régime maladie, soit de l'A.N.P.E., si son inscription au chômage s'est faite avant son hospitalisation.

- Le malade aura donc des revenus qui lui permettront de pouvoir subvenir à ses besoins immédiats et la demande d'A.A.H., si elle doit se faire, devra tenir compte des capacités réelles de travail du pensionnaire.

- Il est, en effet, nécessaire d'éviter de donner à quelqu'un un statut de handicapé sans que cela soit justifié.

- Dans le cas où l'A.A.H. est attribuée et où le pensionnaire trouve un emploi de quelques mois, il se verra pénalisé l'année suivante. Les calculs permettant de déterminer le taux de l'A.A.H. étant faits à partir des revenus de l'année précédente.

- Cet inconvénient, très bien compris par nos pensionnaires, constitue une raison supplémentaire à leur non-désir de chercher un emploi.

5 - LES PHENOMENES D'EXCLUSION LIES AU CONTEXTE SOCIALE ET LES CONSEQUENCES POUR L'HEBERGEMENT

La réinsertion sociale doit viser une vie dans le milieu le plus proche possible de la normale. Ce qui implique un lieu de vie dans la cité. Ces lieux de vie seront différents et devront tenir compte du degré de socialisation atteint par le pensionnaire au moment où nous jugerons qu'il doit quitter le foyer.

- Pour aider à une évolution du pensionnaire, il est indispensable de toujours lui proposer une escalade dynamique vers une plus grande autonomie. Dès qu'il nous apparaît que le pensionnaire n'a plus rien à recevoir du foyer, dès qu'il "s'y installe", il est nécessaire de lui proposer et de l'aider à trouver un nouveau lieu de vie qui va lui demander un effort d'adaptation à un degré supplémentaire.

Les lieux de vie existent dans la cité, mais ne nous sont pas toujours couverts.

5.1. - Les foyers de jeunes travailleurs

Ils se refusent à prendre des personnes qui ont un besoin de soutien éducatif ou risquent de poser des problèmes. Ces foyers présentent dans notre région des difficultés financières qui ont pour conséquences de les démunir de leur personnel.

- Ce manque de personnel d'animation fait du foyer de jeunes travailleurs une structure qui ne présente des avantages que sur le plan hôtelier et non sur le plan d'une structure d'accueil vivante où les pensionnaires pourraient trouver une animation pour les soirées et les dimanches.

De plus, certaines expériences de placement en "foyer de jeunes travailleurs", de malades mentaux ou de cas sociaux se sont avérées des échecs et ont créé des difficultés au sein de ces structures.

- Autre inconvénient des foyers de jeunes travailleurs : il faut avoir un emploi pour y résider, ce qui n'est pas toujours le cas de nos pensionnaires.

5.2. - Les foyers SONACOTRA

Ce sont des foyers qui reçoivent en majorité des émigrés. Ce sont les seuls lieux d'hébergement qui ne posent pas de questions, ni de conditions à la venue des pensionnaires.

- Des cuisines sont installées aux étages permettant à chacun de faire ses repas.

- Là non plus, il n'y a ni prise en charge éducative, ni vie intérieure. En cas de problèmes (fréquents), ce sont les forces de l'ordre qui interviennent. L'ambiance est donc loin d'être rassurante.

- La promiscuité avec des races et des cultures bien différentes des origines de nos pensionnaires n'en font pas un milieu de vie très équilibrant. Pourtant, c'est dans ce type de foyer que la majorité de nos pensionnaires trouvent un refuge lorsqu'ils n'ont pas d'autres possibilités.

- On ne peut pas parler de réinsertion dans de telles conditions de vie communautaire.

5.3. - Les foyers d'accueil municipaux

Ces foyers reçoivent pour une durée maximum de 4 jours ; c'est la soupe populaire !

5.4. - Les foyers pour handicapés mentaux

Les foyers accueillant des travailleurs handicapés sont essentiellement réservés aux travailleurs des C.A.T., ils dépendent d'ailleurs des C.A.T. On ne peut prétendre pouvoir y héberger des personnes ne travaillant pas en C.A.T. De plus, on y rencontre la même réticence que dans les ateliers des C.A.T. à recevoir des malades mentaux et les mêmes inconvénients à loger ensemble des dévies mentaux et malades mentaux, à savoir une dynamique différente due à des niveaux intellectuels différents.

5.5. - Les familles d'accueil

Elles reçoivent, pour les vacances et les week-end, des jeunes handicapés, mais il est quasiment impossible de trouver des familles prêtes à recevoir des adultes et, qui plus est, des malades mentaux. De plus, cette solution ne convient pas pour un hébergement continu et n'apporte pas au malade mental suffisamment d'indépendance pour lui permettre une réinsertion dans le sens que nous le souhaitons.

5.6. - La famille du pensionnaire

Elle n'est pas du tout la solution souhaitée pour l'hébergement. En effet, la famille du psychotique est très liée à l'origine de la maladie. C'est le plus souvent la cellule familiale et sa dynamique qui a amené le jeune à décompenser.

- Un des rôles objectifs de l'équipe éducative du foyer est de réguler les visites dans la famille, voire même de les supprimer momentanément ou de les organiser avec une prise en charge psychothérapique des parents avec le pensionnaire.

Remettre le pensionnaire en dépendance directe de ses parents, tant sur le plan matériel qu'affectif, c'est le remettre dans une situation identique à celle qu'il a connu avant son hospitalisation et donc aller à l'encontre du but visé.

5.7. - Les appartements

Notre foyer verse, comme toutes les entreprises, le 1 % à la construction. Nous avons choisi de le verser à l'Office d'H.L.M. de notre département.

- Ce choix nous permet de prétendre, non pas à une priorité, mais à des facilités quant à nos besoins en appartements.

De plus, une convention existe par laquelle le foyer s'engage à prendre en charge le non-paiement des loyers pendant une durée de 3 mois. Ces deux mesures facilitent nos relations avec l'Office d'H.L.M.

- La formule de l'appartement est celle qui, dans le contexte d'hébergement actuel, répond le mieux à nos besoins et nous l'utilisons au maximum.

Elle présente les avantages suivants :

- Le prix du loyer, charges comprises, déduction faite de l'allocation logement, permet à un jeune de vivre avec seulement le montant de l'A.A.H.

- Elle correspond au mieux à ce que nous entendons par réinsertion dans la cité.
- Elle est pour le jeune le symbole de l'indépendance et de la vie dite "normale".

Elle présente aussi des inconvénients :

- Le premier, qui est de loin celui qui est le plus souvent source d'échec, est la solitude.

Pour la majorité des pensionnaires qui quittent le foyer, leur choix en matière de logement se fait pour le logement où ils vivront seuls. Ceci peut s'expliquer en sachant que la plupart ont vécu dans des lieux collectifs : hôpital et foyer de transition, durant des années.

La vie collective, même aménagée au mieux pour préserver un minimum de liberté individuelle, reste très astreignante, ne serait-ce que par un aménagement du temps : heures des repas, du lever, du ménage, etc... et une obligation à supporter le groupe et ses décisions, choix d'un programme de T.V. par exemple.

Cette solitude est d'autant plus pesante qu'elle s'installe dans l'appartement entouré par des centaines d'autres, tous habités par des personnes qui vivent très anonymement, sans envie aucune de communiquer.

- Le moyen de remédier à cela est de proposer au pensionnaire un lieu d'échange et de vie. Pour certains, ce lieu reste le foyer d'accueil, pour d'autres, le milieu de travail.

Les pensionnaires qui arrivent à vivre en appartement sont ceux qui acceptent de vivre à deux : deux hommes, deux femmes ou le couple homme-femme ou ceux qui arrivent à vaincre leur inertie apragmatique et à régler leur vie avec un emploi du temps très organisé.

Actuellement, les anciens pensionnaires qui vivent en appartement avec le moins de problèmes, sont ceux qui acceptent de venir, en journée, travailler ou manger régulièrement au foyer.

5.8. - Considération générale

Cet inventaire des différents lieux d'habitation que l'on pourrait prétendre proposer à nos pensionnaires, montre que notre champ d'action est très réduit et que la seule vraie possibilité est le logement H.L.M. Cette possibilité offre dans la plupart des cas un changement de vie trop différent du milieu collectif.

Cette différence est surtout marquée par une brusque coupure de possibilités de communications qui se trouve justement être le principal symptôme de la maladie mentale et de la schizophrénie en particulier.

Si on en croit les sociologues, le manque de communication et donc de relations sociales serait le "mal" de notre siècle et de nos cités en particulier.

Cette constatation n'est pas pour aider à la réinsertion des malades mentaux et c'est peut-être plus dans ce sens que nous devrions chercher plutôt que dans le confort matériel de tel ou tel lieu d'habitation.

TROISIEME PARTIE

PROPOSITIONS POUR AMELIORER LES MOYENS DE REINSERTION

1 - UNE MEILLEURE UTILISATION DES POSSIBILITES OFFERTES

Au début de ce devoir, nous disions, à propos des soins à apporter à la maladie mentale, que nous connaissions ses effets, mais pas encore ses causes.

- En ce qui concerne la réinsertion, nous connaissons les difficultés qu'elle présente mais nous ne savons pas encore utiliser des moyens dont l'efficacité pourrait nous satisfaire.

- Nous nous trouvons sur un terrain expérimental où seules la multiplicité, l'analyse et la confrontation de ces expériences peuvent nous apporter quelques lumières nous permettant d'affirmer l'ambition de notre entreprise.

1.1. - Amélioration à apporter dans les lieux de soins

Les premières propositions que nous ferons seront d'ordre général et s'appuient sur notre expérience en matière de réinsertion.

- Il est absolument indispensable de sortir le malade le plus tôt possible du milieu de soins.

- Plus tôt le malade est confronté aux réalités de la vie extérieure, plus on a de chance d'avoir un sujet motivé pour reprendre une existence normale.

- Les soins doivent se faire de préférence d'une façon ambulatoire pour que le malade soit le moins possible déconnecté du milieu normal.

- La création de structures intermédiaires devrait permettre cela et éviter, dans un avenir proche, de trouver dans des structures de soins des malades stabilisés mais complètement chronicisés par une trop longue hospitalisation.

Du même coup les foyers de réinsertion se verraient proposer des candidats jeunes, non ancrés dans leur maladie, qui présenteraient de meilleures chances de possibilité de réinsertion sociale.

1.2. - Acceptation des médicaments

Il nous semble nécessaire d'informer le malade des limites de la médecine, de lui faire partager la responsabilité du traitement afin de ne pas le rendre trop dépendant du praticien.

Ne serait-il pas possible d'expliquer au malade ce qui se passe en lui et le pourquoi de tels médicaments ; lui expliquer aussi l'importance des correcteurs. Cette chimie tâtonnante doit être comprise du malade. Lui seul peut, par les explications qu'il nous donne, dire ce qu'il ressent, aider le praticien à rectifier la posologie.

Cette façon de faire permettrait au malade de mieux comprendre la nécessité du traitement, et surtout de mieux le gérer en fonction de ses besoins.

- Enfin, cela lui permettrait peut-être de mieux accepter ce traitement qui, dans presque tous les cas, fera dorénavant partie de sa vie.

1.3. - Critères d'admission au foyer

Il est nécessaire d'affiner davantage nos critères d'admission. Si nous avons déjà su nous déterminer sur l'âge du candidat, la durée de son hospitalisation, son niveau culturel, le type de sa maladie, il nous reste encore à être plus précis quant à ses possibilités à investir dans une réinsertion et sur ses véritables possibilités sociales et professionnelles.

Pour ce faire, nous envisageons, dans le processus d'admission, la passation de tests dont le contenu reste à définir.

- Cette volonté à être plus précis devrait nous amener à recevoir une population encore plus homogène et pour laquelle les moyens mis en oeuvre pour une réinsertion seraient mieux adaptés.

1.4. - L'équipe éducative

Embauchés à l'ouverture du Foyer, les animateurs ont surtout été recrutés parmi du personnel non formé.

- Le Conseil d'Administration de l'époque souhaitait que le foyer soit un lieu de vie communautaire, non médicalisé et non spécialisé.

- Quelles que soient les motivations qui ont déterminé ce choix à l'époque, on s'est très vite aperçu que la bonne volonté motivant les animateurs n'était pas suffisante, non seulement pour un travail efficace, mais surtout pour conserver l'équipe dans un état d'esprit opérationnel. L'investissement quotidien que ces personnes devaient apporter à l'aide et à la prise en charge de cette catégorie de pensionnaires devait être renouvelée et prendre appui sur un minimum de technicité, ne serait-ce que pour avoir au niveau de l'action éducative une ligne de conduite commune.

- Pour pallier cet inconvénient, un plan de formation fût mis en place.

- Un animateur est entré en formation cours d'emploi d'éducateur spécialisé.

- Une aide médico-psychologique entre en formation voie directe - Educateur spécialisé.

Nous embauchons cette année :

- un moniteur-éducateur diplômé qui a reçu une formation de base technique.

- un pré-stagiaire qui sera remplacé en 1982 par une Educatrice spécialisée qui fait les nuits actuellement durant sa formation voie directe.

En 1982, nous devrions donc avoir une équipe éducative entièrement formée.

- Nous avons été reconnus et agréés par la D.D.A.S.S. comme terrain de stage pour les différentes écoles de formation de travailleurs sociaux. Ceci nous permettra de recevoir des stagiaires pour des durées allant de 2 à 9 mois.

- Cette possibilité nous paraît très importante dans la mesure où de futures collègues viendront travailler avec nous et nous apporteront un éclairage neuf sur notre manière de faire, apporteront aussi leur expérience, de nouvelles techniques, et proposeront aux pensionnaires de nouvelles personnalités.

1.5. - Activités sur l'extérieur

La création d'un poste, cette année, et la possibilité de recevoir des stagiaires, va nous permettre de doubler certains postes de travail et donc d'effectuer des démarches plus fréquentes avec les pensionnaires sur l'extérieur :

- organiser des équipes de travail en entreprise ou pour des travaux saisonniers : vendanges, cueillettes.

- mieux suivre les placements en milieu de travail et notamment pour les cas les moins autonomes ou encore fragiles. Des visites fréquentes permettront de rassurer l'employeur et de dénoncer des situations ambiguës qui risquent de faire échouer le placement, voire de nous fermer les portes des entreprises.

- aider également à une recherche de logement mieux adapté

- entraîner, de façon plus fréquente, les pensionnaires à différentes manifestations organisées sur le plan local par les associations et clubs.

- rechercher des séjours de vacances adaptés aux désirs et aux possibilités de chacun.

A plus long terme, si nos projets de construction aboutissent, nous envisageons une ou plusieurs activités dans le cadre du foyer, ouvertes aux personnes extérieures et aux anciens pensionnaires.

Dans l'idéal, un lieu d'échange qui pourrait permettre aux pensionnaires de se constituer des relations et être le point de départ d'un tissu social vrai.

1.6. - Créer un réseau de collaborateurs extérieurs au foyer

Son faible nombre et son manque de formation a incité le personnel à travailler surtout replié sur lui-même et donc à ne pas utiliser ou mal utiliser les services sociaux existants.

Cet état de fait est dû à un manque de confiance de l'équipe, à un manque d'information et peut-être aussi à une volonté de faire par soi-même en pensant que d'autres ne sont pas à même d'apporter une aide efficace.

Il est indispensable d'amener l'équipe à penser différemment en resituant notre action pédagogique dans une action de réinsertion et non seulement dans une action d'hébergement.

- Dans cet état d'esprit, il faut voir le foyer, non comme un sas entre l'hôpital et la cité mais comme une plaque tournante ouverte le plus possible sur le lieu de vie vers lequel il faut tendre et se donner tous les moyens pour y parvenir.

Ces moyens devront être :

La collaboration avec :

- . les assistantes sociales de secteur,
- . les prospecteurs placiers de l'A.N.P.E. et de l'E.P.S.R.
(en dehors du cadre de la loi)
- . les centres de F.P.A. et d'agriculture
- . la chambre de commerce
- . la médecine du travail
- . les centres psychotechniques

. les associations : C.R.E.A.I. - O.P.E.P. -U.R.I.O.P.S.S.
en participant aux réunions et travaux de recherche.

- en participant aux expositions avec les C.A.T. et les ateliers protégés et en faisant pour eux des travaux de sous-traitance dans le cadre du foyer.

- en se créant un réseau d'entreprises publiques et privées qui pourraient devenir des terrains de stage permanents pour les pensionnaires.

- Il est certain que ces contacts et collaborations impliquent de notre part un suivi sérieux et une détermination du but que nous poursuivons. Le sérieux qui deviendra notre carte de visite devra exister au niveau des relations humaines, des prestations de travaux et de la qualité quant à l'objectivité des placements de pensionnaires et du suivi de ceux-ci.

1.7. - Le service de suite

Si notre action de réinsertion doit être sérieuse avec les pensionnaires du foyer, elle doit l'être également lorsque le pensionnaire a quitté le foyer.

- Nous avons déjà parlé dans le premier chapitre de la façon bénévole dont fonctionnait le service de suite.

- Il serait nécessaire que nous puissions obtenir de la D.D.A.S.S. l'autorisation de créer un poste supplémentaire qui permettrait d'alléger le temps de présence des éducateurs au foyer, sans trop utiliser les stagiaires.

- En effet, il ne s'agit pas de mettre en place un service de suite autonome, mais plutôt de permettre aux éducateurs concernés de suivre l'ancien pensionnaire qu'ils ont aidé durant son hébergement.

- Cette nouvelle création de poste amènerait l'effectif du personnel à 12 postes $\frac{1}{2}$, ce qui semble, pour la D.D.A.S.S., trop important pour une structure comptant 15 pensionnaires.

Il nous reste donc à démontrer le contraire à l'administration. Cette action fait également partie de notre détermination.

2 - LA CREATION D'UN MILIEU DE TRAVAIL SPECIFIQUE

Le foyer de post-cure doit offrir la possibilité d'une réinsertion aux pensionnaires qu'il accueille. Si cette réinsertion doit passer par un travail, nous devons tendre le plus possible vers une réinsertion dans les milieux de travail banalisés.

- Les difficultés rencontrées actuellement dans le monde du travail ne nous permettent pas de multiples échecs dans les placements et nous nous devons de proposer des travailleurs préparés à affronter le milieu du travail.

- Ce premier contact de remise au travail a pour but de redonner confiance au pensionnaire, de le stabiliser à une tâche, de lui redonner un goût à faire une activité.

- C'est un lieu de travail pour les pensionnaires du foyer dont la durée du séjour ne peut excéder 2 ans.

- C'est un lieu de travail :
 - . sans obligation de production suivie,
 - . sans rémunération régulière et ne se rattachant à aucune législation,
 - . proposant des travaux adaptés au potentiel intellectuel des malades mentaux et qui leur laissent le maximum d'initiatives,
 - . qui travaille pour des entreprises,
 - . qui propose du travail aux anciens pensionnaires

2.1. - Un lieu de travail non tenu à une production

Cela veut dire que le temps nécessaire à l'exécution d'une tâche n'est pas imposé. Seul, le pensionnaire choisira son rythme de travail. L'important étant plus de refixer l'attention à une occupation et à y trouver un intérêt que de produire.

- Cette initiative laissée au travailleur nous permet de nous rendre compte de l'intérêt qu'il porte à son travail et de l'aider à organiser son temps.

- La non-obligation de production ne nous impose pas de poste fixe et nous permet donc de mieux disposer des pensionnaires si un poste de stage en entreprise se trouve vacant.

- D'autre part, la rotation rapide des pensionnaire au foyer ne nous permet pas de créer des postes de travail fixe nécessaires à une production continue.

- Par contre, cette volonté de ne pas être tenu à une production régulière implique que nous ayons des travaux sans délais de livraison imposés à court terme.

2.2. - Un lieu de travail sans rémunération régulière

C'est un peu la conséquence de la volonté de ne pas produire.

- L'irrégularité du travail fourni, l'état permanent de situation d'apprentissage ou de réapprentissage à se tenir à une tâche plus que d'apprendre à l'exécuter, la rotation rapide des pensionnaires dans le foyer, fait que nous n'avons pas de poste à production régulière et donc pas de revenus fixes.

- Le système de rémunération mis en place actuellement est le suivant (Annexe V) :

. Tous les revenus du travail d'un mois sont divisés par le nombre d'heures travaillées, ce qui détermine un prix horaire pour le mois considéré. Chaque pensionnaire marque sur une feuille (annexe VII) le nombre d'heures qu'il a effectué. Le "pécule" sera pour chacun le nombre d'heures déterminé, multiplié par le prix de l'heure déterminé pour le mois.

- Cette façon de faire, interne au foyer, en marge de toute législation, nous laisse la souplesse nécessaire à une action de réadaptation du malade mental, à l'exécution et à la tenue à une tâche, sans avoir, en contrepartie, les obligations qu'a, par exemple, un C.A.T.

Néanmoins, tous les mouvements d'argent entrent dans une comptabilité parallèle, qui est l'équivalent de l'unité de production pour le C.A.T. Comptabilité qui subit l'incidence de la T.V.A.

- Le salaire horaire varie, suivant le mois, de 5 à 8 F.

2.3. - Les travaux et une façon de travailler adaptée au potentiel intellectuel des malades mentaux.

Le travail que nous proposons aux pensionnaires à l'atelier du foyer, s'il présente quelques avantages pécuniers, doit surtout être intéressant à exécuter pour pouvoir développer chez le malade une stimulation intellectuelle, un désir de faire et de créer.

- Il est indispensable que le malade retrouve un goût à l'effort et une satisfaction à faire une tâche dans sa globalité, nécessaire également qu'il se sente responsable.

- Nous évitons donc, le plus possible, de morceller les travaux et laissons à chacun la responsabilité de l'ensemble du travail.

Quelques exemples :

- . Philippe travaille depuis deux mois à la soudure de barettes pour centraux téléphoniques. Il est responsable auprès du C.A.T., qui nous confie ce travail, de la qualité des soudures, des commandes et des livraisons, de l'entretien des fers à souder, des achats de petit matériel qu'il fait lui-même. Toutes ces démarches passent par l'éducateur, mais c'est Philippe qui en a l'initiative et qui évalue ses besoins. Actuellement, il forme un autre pensionnaire à ce travail, lui-même devant faire un stage en entreprise dès septembre.
- . Jean-Pierre a arrêté son métier de peintre en bâtiment lorsqu'il est entré à l'hôpital voici 2 ans. A son arrivée au foyer, nous lui suggérons de repeindre les volets et les fenêtres de façade du foyer. Un travail important, tant par la qualité qu'il devait présenter, que par l'état de vétusté des volets eux-mêmes.

La seule démarche faite avec Jean-Pierre : l'achat de 700 francs de peinture. Jean-Pierre s'est lui-même débrouillé pour tous les achats de matériel, réparation des volets, échagaudage, etc... Un mois $\frac{1}{2}$ de travail d'une qualité irréprochable.

Jean-Pierre cherche, lui-même, une place chez un peintre, ce qu'il n'envisageait pas à son arrivée au foyer.

- . Annick a suivi quatre années d'école aux Beaux Arts avant son entrée à l'hôpital.

C'est elle qui exécute les maquettes nécessaires aux travaux d'imprimerie que nous faisons au foyer.

La confiance qu'elle a retrouvée lui permettra d'entrer, à l'essai, dans une étude d'architecte en septembre.

Ces quelques exemples choisis sont pour nous des réussites qui nous encouragent à poursuivre et à multiplier nos efforts pour trouver des petits travaux qui correspondent aux capacités des pensionnaires et à les leur confier le plus globalement possible. C'est cette confiance que nous leur accordons, en leur donnant la responsabilité de la tâche à

accomplir, qui est la plus bénéfique pour retrouver leurs capacités à envisager le travail dans une globalité sociale et non seulement dans une simple exécution au sein d'un atelier.

Parmi les autres travaux actuellement en cours au foyer : copie d'adresses sur des enveloppes, dépouillement de questionnaires d'enquêtes commerciales, confection de tapis de haute laine, impression de rapport de congrès, de calendriers.

2.4. - Un atelier qui travaille pour des entreprises

Notre volonté de confier aux pensionnaires des travaux qui correspondent le plus possible à leur capacité, nous oblige à une recherche de travaux les plus divers.

- Cette recherche se fait par l'intermédiaire des entreprises que nous connaissons déjà et surtout par l'intermédiaire des C.A.T. En effet, bon nombre de petits travaux n'intéressent pas les C.A.T., soit que leur importance ne présente pas suffisamment d'intérêt pour un C.A.T. bloqué par des impératifs de rentabilité, soit qu'il présente trop de difficultés pour les travailleurs des C.A.T. La frappe d'enveloppes ou le dépouillement d'enquêtes commerciales ne sont pas faisables par une population de C.A.T. C'est donc dans un créneau nouveau, plus axé sur un travail "intellectuel" ou de "bureau" que nous orientons nos recherches.

2.5. - Un atelier qui propose du travail aux anciens pensionnaires

Bon nombre d'anciens pensionnaires reviennent au foyer lorsqu'ils se trouvent en difficulté.

Bien souvent ces difficultés, d'ordre matériel comme la perte d'un emploi, sont liées à des difficultés d'ordre psychologique, qui font ressurgir des crises d'angoisse, qui les déconnectent complètement de la réalité et qui les replongent dans le magma confus de leur maladie.

Nous leur proposons de venir travailler quelque temps à l'atelier du foyer, cela leur permet de se retrouver dans une ambiance plus sécurisante et nous permet de les aider, le cas échéant, à réorienter leurs recherches vers un nouvel emploi.

Toutefois, nous exigeons qu'ils viennent régulièrement à des heures décidées à l'avance. Cette condition nous semble nécessaire pour les aider à reprendre de meilleurs repères dans l'organisation de leurs emplois du temps : lever le matin, venue à l'atelier, repas, recherche d'emplois, pointage à l'A.N.P.E., etc...

- Certains travaux, comme la frappe d'enveloppes, sont donnés à d'anciens pensionnaires à domicile. C'est en quelque sorte une sous-traitance.

- Les revenus de ce travail leur sont entièrement versés et ne passent donc pas par le circuit de redistribution établi au foyer.

- Ce circuit de redistribution de travail à domicile en est à ses débuts et nous souhaiterions pouvoir l'intensifier et peut-être l'étendre à des prestations de service au sein des entreprises.

2.6. - Stage en entreprise

Parallèlement à l'atelier mis en place au sein du foyer, nous commençons une collaboration avec certaines entreprises dans lesquelles nous plaçons des pensionnaires en "stage de contact".

En plus du goût au travail, de la stabilité à une tâche, il faut également redonner confiance au malade dans ses relations sociales.

Sa manière d'être avec les autres est au moins aussi importante au sein de l'entreprise que la qualité du travail qu'il fournira.

Actuellement, les quelques entreprises, dans lesquelles nous plaçons des stagiaires, sont des plus diversifiées. Là aussi, nous essayons de choisir le lieu qui correspondra le mieux à la personnalité du malade. Magasin, bibliothèque, usine, artisan, cercle hippique, association de loisirs, architecte, imprimeur.

- Un contrat écrit est signé par le foyer et l'entreprise (Annexe VIII), il peut varier de : une semaine à un mois et est tacitement reconductible.

2.7. - Un C.A.T. pour psychotiques

Il nous apparaît indispensable d'axer la réinsertion des malades mentaux le plus possible dans les milieux banalisés. Il faut reconnaître que bon nombre d'entre-eux, actuellement dans les hôpitaux, ne pourront jamais y accéder.

Nous avons vu au chapitre II les difficultés que suscitait la présence des malades mentaux dans les C.A.T. destinés à recevoir surtout les personnes handicapées mentales.

- Il serait donc souhaitable, soit d'aménager, dans les C.A.T. existants, une section spécifique pour malades mentaux, soit de créer des types de C.A.T. qui proposeraient une forme de travail mieux adaptée au comportement et la personnalité des malades mentaux.

3 - UN CHOIX D'HEBERGEMENT ADAPTE AUX DIFFERENTES PHASES DE L'AUTONOMIE

La sortie du pensionnaire du foyer de post-cure va se faire, dans la plupart des cas, et à quelques mois près, en même temps que son entrée dans un emploi.

- Ceci est dû à la durée de prise en charge au foyer de post-cure, limitée à 2 ans, mais également au fait que l'évolution du pensionnaire vers une meilleure autonomie lui permet de prétendre à un emploi et à une vie plus individuelle.

Bien que craignant la sortie du foyer, la plupart des pensionnaires ont une farouche envie de le quitter, la vie collective, même en petit groupe, leur semblant beaucoup trop contraignante.

Le désir d'autonomie du pensionnaire se manifeste souvent à l'intérieur du foyer par des conflits avec les éducateurs. Ces manifestations d'indépendance ont comme origine les tâches collectives : vaisselle, ménage, etc...

- Cette brusque double entrée dans la vie sociale individuelle et dans le monde du travail, va être, pour le pensionnaire, source de difficultés matérielles et psychologiques.

- Dans le deuxième chapitre de ce devoir, nous avons mis en évidence les difficultés que nous avons à trouver, dans la cité, des logements adaptés au degré d'autonomie des pensionnaires.

La seule vraie possibilité reste l'appartement H.L.M. Cette possibilité de logement offre des avantages matériels évidents, mais elle isole trop brusquement le malade et est, de ce fait, source d'angoisse due à la solitude.

- Il apparaît donc nécessaire de pouvoir proposer, au moins pour un temps, un lieu d'hébergement intermédiaire entre le foyer de post-cure et l'appartement.

3.1. - Le logement intermédiaire : ses caractéristiques

Ce lieu d'hébergement devra présenter les caractéristiques suivantes :

- . logement individuel,
- . possibilité de bénéficier de services collectifs,
- . continuité de la prise en charge,
- . lieu d'échange et de rencontre.

3.1.1. - Logement individuel

Le pensionnaire a vécu des mois, voire des années, dans des structures de vie collective et son plus grand désir est de vivre dans "sa" chambre, à un rythme de vie qu'il soit seul à définir.

Le logement qu'il devra trouver en sortant du foyer devra donc proposer les mêmes avantages qu'un appartement normal avec chambre, petite cuisine, salle de bains.

Le pensionnaire devra pouvoir y vivre de la même façon que s'il était en studio H.L.M. : faire sa cuisine, recevoir des amis, etc...

3.1.2. - Possibilité de bénéficier d'un service collectif

Les logements individuels seront regroupés dans un immeuble de capacité moyenne (20 personnes environ), qui présentera les mêmes avantages de vie collective qu'en foyer par exemple.

Sur le plan matériel : buanderie, salle d'activités, restauration.
Sur le plan humain : des relations que le pensionnaire pourra choisir sans avoir à supporter le groupe en permanence, et les contraintes d'horaires et de services communs obligatoires dans toute vie communautaire.

3.1.3. - Continuité de la prise en charge

Une équipe éducative, présente dans ce foyer logement, assurera, avec le service de suite du foyer de post-cure, une continuité dans la prise en charge des pensionnaires.

3.1.4. - Lieu de rencontre et d'animation

Le foyer logement devra être un lieu de rencontre. Des activités seront proposées aux pensionnaires, mais seront ouvertes sur l'extérieur à d'anciens pensionnaires et également au foyer de post-cure.

Ces activités pourront être organisées à l'extérieur du foyer, mais également en collaboration avec des clubs et association de la cité : spectacles, participation à des activités de plein air, organisation ou correspondance d'organismes de vacances.

On pourrait l'envisager comme un centre d'information permanent pour les loisirs, mais pourquoi pas pour des recherches d'emplois, ouvert aux anciens pensionnaires et amis.

Le restaurant peut être également un lieu de rencontres et d'échanges important.

3.1.5. - L'idée n'est pas nouvelle

Cette organisation de foyer n'a rien de bien nouveau dans ce qu'elle propose. Les foyers de jeunes travailleurs l'ont expérimenté durant de nombreuses années, et, si elle ne répond plus actuellement aux jeunes travailleurs non handicapés, nous pensons qu'elle peut être un lieu de vie très bénéfique aux malades mentaux qui ne sont pas encore prêts à affronter seuls les difficultés d'une vie en totale autonomie.

3.2. - Les appartements thérapeutiques

Nous avons pensé louer des appartements que nous proposerions aux pensionnaires sortant du foyer de post-cure. Nous nous sommes heurtés à un refus des pensionnaires de vivre à plusieurs dans le même appartement, créant ainsi une mini vie collective.

A la réflexion, nous pensons qu'il est effectivement difficile de faire vivre trois, quatre ou cinq personnes collectivement, sans que soient définies des règles précises de vie communautaire.

D'un autre côté, si ces règles sont imposées par un éducateur ou par le groupe lui-même, on enlève en grande partie les effets recherchés pour une meilleure autonomie.

Sans compter que le départ et l'arrivée de personnes, dans cette mini collectivité, se ferait pour des raisons d'occupation de lits, sans qu'il y ait un choix de la part des occupants.

3.3. - Foyer à vie

Foyer de post-cure, foyer intermédiaire, sont des lieux de passage qui doivent amener le malade à accéder à une vie en appartement.

- Si au Foyer de la Bergerie nos admissions sont faites, dans toute la mesure du possible, pour que nos pensionnaires présentent les caractéristiques nous permettant d'espérer une vie en appartement, il n'en est pas de même pour une majorité de malades mentaux, encore dans des hôpitaux, faute de structures d'accueil adaptées.

Pour ces malades, vivant dans des lieux de soins intensifs, alors qu'ils pourraient être soignés d'une façon ambulatoire, il serait nécessaire de créer des foyers qui leur permettraient un vie plus ouverte sur la cité et qui, certainement, coûteraient moins cher aux contribuables.

4 - REFLEXION SUR LE TRAVAIL COMME MOYEN PRIVILEGIE POUR LA REINSERTION

Dans le petit Larousse, on trouve au mot "travail" : effort, application pour faire une chose.

Dans notre société, le mot "travail" correspond plus à un échange : effort contre argent, donc contre moyen pour manger et vivre.

Dans l'esprit général, le travail est une nécessité, presque une obligation. Celui qui ne travaille pas est un marginal, quelqu'un à qui on a envie de demander ce qu'il "fait" ; quelqu'un qui n'a pas sa "place". Même le retraité annonce qu'il est retraité, de la même façon que s'il disait : je suis banquier ou chauffeur.

Le travail symbolise l'appartenance au groupe social actif et ce n'est donc pas un hasard si le travail est assimilé aussi étroitement au mot réinsertion.

Cette réalité sociale n'est pas toujours celle des malades mentaux, qui voient dans le travail une obligation d'exécuter une tâche donnée, alors qu'ils n'en ont pas envie. On tourne cette difficulté en disant, c'est la réalité ; mais notre réalité n'est que la représentation que chacun se fait de ce qu'est la

vie, différente pour chacun d'entre nous et certainement très différente de la représentation de la vie que se fait le malade mental. Ajoutons qu'actuellement le travail que l'on propose aux malades mentaux est certainement celui dans lequel il est difficile de trouver une satisfaction.

Alors, nous direz-vous, à quoi bon avoir parlé de réinsertion par le travail tout au long de ce devoir ? Tout d'abord, comme nous l'avons dit, c'est une réalité sociale et notre rôle est de réinsérer socialement donc en passant par certaines obligations.

Aussi, parce que nous pensons que si ce n'est pas une obligation pour le malade mental de travailler pour recevoir un salaire, puisqu'il a une allocation, c'est une nécessité d'avoir une occupation.

- Tout homme a besoin de satisfaction, besoin de créer, besoin de relations, besoin d'être reconnu par les autres.

- Le travail peut donner tout cela, à condition qu'il corresponde à une envie, qu'il ne soit pas qu'une obligation permanente, mais qu'il soit aussi un besoin.

- Dans l'atelier de réentraînement au travail que nous mettons en place au foyer, nous essayons de redonner aux pensionnaires l'envie d'avoir une occupation, de retrouver une satisfaction en faisant quelque chose qu'ils ont choisi, qui leur plaît, et en les rendant responsables de ce qu'ils entreprennent.

Nous ne sommes pas sûrs qu'ils trouveront un travail qui corresponde à leurs désirs, mais nous leur auront redonné confiance en eux-mêmes et le goût de faire quelque chose, ce qui nous semble primordial pour les pensionnaires que nous recevons.

D'anciens pensionnaires vivent en ville sans autre revenu que leur allocation. Ils travaillent bénévolement dans des associations ou militent dans des groupements politiques ; ils ont trouvé momentanément un équilibre social. D'autres changent de travail chaque mois ou chaque semaine et font le tour de

toutes les entreprises de travail intérimaire. D'autres encore passent leur temps entre le foyer, leur appartement et l'A.N.P.E., à la recherche d'un travail qu'ils n'ont pas envie de trouver.

Peut-on parler de réinsertion sociale dans ces conditions ? Nous pensons que oui car nous voyons le travail comme un moyen, certes privilégié par ce qu'il peut apporter, mais non comme une panacée et nous pensons qu'il est important, pour le malade mental et pour son équilibre, qu'il puisse faire le choix, même celui de vivre sans travailler.

QUATRIEME PARTIE
C O N C L U S I O N

C O N C L U S I O N

Nous nous sommes, tout au long de ce devoir, attachés à constater les difficultés auxquelles nous nous heurtons dans notre travail quotidien.

Nous avons essayé de les analyser, de les comprendre afin d'améliorer notre outil de travail, notre manière de faire pour accroître l'efficacité du but que nous nous sommes fixés : la réinsertion des malades mentaux.

Les moyens que nous avons proposés se situent dans une manière de faire, de mieux comprendre, et dans des propositions d'ordre matériel. C'est peu, c'est loin d'être satisfaisant, d'autant plus que nous ne sommes pas du tout sûrs d'être sur la bonne voie. Mais ce sont des moyens qui se présenteront demain avec plus d'acuité dans la connaissance de la maladie mentale et avec plus de tolérance de la part des individus que nous sommes et qui formons le tissu social.

En faisant ce devoir, l'image de "l'idiote du village" n'a pas cessé de côtoyer le mot "social" dans notre esprit. Aujourd'hui, bon nombre de personnes font la rumeur publique et forment l'opinion à penser qu'il n'est pas acceptable de voir encore des gens valides croupir dans des hôpitaux ou des hospices. Tout le monde est en accord avec cela. C'est un premier pas ; c'est le principe ; il est apparu voici quelques 15 années pour les handicapés mentaux ; les C.A.T. fleurissent dans tout le pays et on ne peut que s'en réjouir.

Souhaitons qu'il en soit de même pour les malades mentaux et espérons voir avec les décrets d'application de l'article 47 de la loi d'orientation, des solutions adaptées avec autant de souplesse que pour l'ensemble de cette loi.

Souhaitons enfin que ces solutions de construction de C.A.T. ou d'ateliers spécifiques aux handicapés pris dans leur ensemble, soit un pas vers une insertion des travailleurs handicapés les moins défavorisés, dans les milieux normaux et non une nouvelle forme de ségrégation.

Nous pensons, en effet, que parler de réinsertion, c'est déjà et c'est encore faire une différence, c'est dresser une barrière entre la société, les individus qui la composent et les autres pour lesquels il faut "faire quelque chose".

Aujourd'hui chacun contribue par son argent à ce quelque chose, sans d'ailleurs en être très conscient. Demain, peut-être, chacun contribuera autrement en acceptant, non pas la différence, mais l'autre pour ce qu'il est, un peu comme l'était l'idiot du village.

A N N E X E S

A N N E X E I
LA CONVENTION ENTRE LE DEPARTEMENT DE LA COTE D'OR
ET LE FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE

REPUBLIQUE FRANCAISE

Département de la Côte d'Or

DIRECTION DEPARTEMENTALE
DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

ACTION ET AIDES SOCIALES

Dijon, le 4 décembre 1975
1, rue Nicolas Berthot

21033 DIJON CEDEX

Té1. (80) 32.76.00 - 32.99.93

- CONVENTION ENTRE LE DEPARTEMENT DE LA COTE D'OR -
ET L'ASSOCIATION "ENTRAIDE LA BERGERIE"
14, rue de la Confrérie - FONTAINE

Entre les soussignés :

M. le Préfet de la Région de Bourgogne, Préfet de la Côte-d'Or, agissant au nom et pour le compte du Département de la Côte-d'Or, en application de la décision de la Commission Départementale en date du 20 février 1976,

et M. le Président du Conseil d'Administration de l'Association Entraide la Bergerie, 14, rue de la Confrérie à FONTAINE-les-DIJON.

Il a été d'un commun accord, arrêté et prévu ce qui suit :

ARTICLE 1er : L'Association Entraide la Bergerie gèrera un Foyer d'accueil d'hébergement dénommé "Entraide la Bergerie" situé, 14, rue de la Confrérie à FONTAINE-les-DIJON. Ce centre hébergera 15 personnes du sexe masculin ou féminin, bénéficiaires ou non de l'Aide Sociale.

Les admissions de pensionnaires originaires d'autres départements ne seront acceptés que si toutes les demandes présentées par des ressortissants de la Côte d'Or ont été satisfaites.

ARTICLE 2 : Les admissions au titre de l'Aide Sociale seront prononcées par l'Association Gestionnaire après autorisation de M. le Préfet de la Côte-d'Or.

ARTICLE 3 : L'admission sera prononcée conformément au Règlement Intérieur de l'établissement.

ARTICLE 4 : Le prix de journée à rembourser à l'établissement sera celui fixé chaque année par M. le Préfet de la Côte-d'Or.

ARTICLE 5 : L'établissement sera soumis au Contrôle Administratif et Financier de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, notamment en ce qui concerne la comptabilité des prix de revient de la journée.

Le prix de journée comportera : les frais d'alimentation, de combustible, les frais de personnel, les dépenses d'eau, de gaz et d'électricité, les frais d'entretien, d'administration générale, la dotation réglementaire au fonds de roulement.

La comptabilité devra être tenue conformément aux dispositions du Décret N° 61-9 du 3 janvier 1961.

Elle devra être accessible à tout moment aux fonctionnaires de la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale dûment mandatés pour effectuer des contrôles.

ARTICLE 6 : Le personnel ne sera recruté qu'après avis conforme du Comité Technique.

ARTICLE 7 : Les salaires du personnel seront fixés par référence à la Convention Collective Nationale de Travail des établissements privés à but non lucratif d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde (31 octobre 1951), compte tenu de la qualification réelle et de l'ancienneté dans la fonction des intéressés.

ARTICLE 8 : Les traitements spéciaux, ainsi que les médicaments nécessités par l'état de santé des intéressés ne seront pas compris dans le prix de journée. Toutefois, ce dernier comprendra quelques frais de pharmacie pour soins d'urgence.

ARTICLE 9 : L'établissement sera également soumis sur le plan technique et médical, au contrôle du Médecin Inspecteur Régional de la Santé.

De plus, le médecin psychiatre responsable du secteur psychiatrique dont relève le pensionnaire du Foyer devra être avisé de l'entrée et de la sortie de celui-ci par l'établissement.

ARTICLE 10 : Le Directeur adressera chaque année l'état des effectifs et du personnel présent dans l'établissement ainsi qu'un rapport sur le fonctionnement du foyer pendant l'année écoulée.

Il permettra le contrôle sur place des conditions d'hébergement et de fonctionnement par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale et le Médecin Inspecteur Régional de la Santé conformément aux textes en vigueur.

ARTICLE 11 : L'Association s'engage à avertir immédiatement la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale de toutes modifications, survenant dans ses statuts, ses buts, ses locaux, la qualification et l'effectif de son personnel.

ARTICLE 12 : La convention est conclue pour une durée d'un an et sera renouvelée par tacite reconduction.

ARTICLE 13 : Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties avec préavis de trois mois.

Pour être valable, la dénonciation devra être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le 8 mars 1976

LE PRESIDENT

LE PREFET

A N N E X E I I

LES STATUTS DE L'ASSOCIATION ENTRAIDE LA BERGERIE

STATUTS DE L'ASSOCIATION "ENTRAIDE LA BERGERIE"

Les soussignés :

Monsieur LOIDREAU Jacques

Monsieur BOUTEFEU Roger

Monsieur BRAIN Roger

Monsieur HERMEL Jean

Monsieur JOVIGNOT Etienne

Monsieur CHEVALIER Maurice

Madame BOUTEFEU Jacqueline

Madame VAIVRAND Paulette.

Ont fondé et établi ainsi qu'il suit les statuts de l'association

ARTICLE 1

L'Association dite "ENTRAIDE LA BERGERIE" existera entre les soussignés et les autres personnes qui seront admises comme membres. Elle sera régie par la loi du 1er juillet 1901 et par les présents statuts.

ARTICLE 2

Elle a pour but de faciliter l'insertion dans la vie sociale et la réadaptation des malades ayant présentés des troubles psychiques.

Elle poursuit ce but par l'organisation d'un foyer d'accueil et s'il y a lieu, de plusieurs foyers recevant les handicapés psychiques dont l'état est susceptible d'être amélioré, en vue d'une réinsertion totale ou partielle dans la vie sociale.

ARTICLE 3

Le siège de l'association est à DIJON. Il peut être transféré en tout autre endroit par simple décision du conseil d'administration.

La durée de l'association est illimitée.

ARTICLE 4

L'association est composée :

- a) - Les membres dits fondateurs qui versent un don à leur entrée, et une cotisation annuelle minima fixée par le règlement intérieur.
- b) - Les membres ordinaires qui paient une cotisation annuelle dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

L'admission des membres est prononcée par le Conseil qui statue souverainement.

Tous les membres ont voix délibérative et sont éligibles au Conseil.

ARTICLE 5

L'adhérent ne contracte aucune obligation personnelle autre que le montant de sa cotisation, mais son adhésion quelqu'en soit l'époque l'engage pour sa cotisation de l'année courante.

ARTICLE 6

La qualité de membre de l'Association se perd :

- 1°) Par la démission ou par le refus de payer la cotisation.
- 2°) Par la radiation prononcée pour motifs graves par le Conseil d'Administration, le membre intéressé ayant été préalablement entendu ou invité à fournir des explications.

ARTICLE 7

L'Association est administrée par un Conseil composé de cinq à quinze personnes de l'un et l'autre sexe choisies parmi les membres participants de l'Association. La majorité des administrateurs devra toujours être de nationalité française.

Les membres du Conseil sont nommés pour six ans par l'Assemblée Générale. Le premier conseil sera composé des membres suivants :

- 1°) Monsieur LOIDREAU Jacques - Président,
 - 2°) Monsieur BRAIN Roger - Vice Président,
 - 3°) Monsieur BOUTEFEU Roger - Secrétaire,
 - 4°) Monsieur HERMEL Jean - Trésorier,
- etc. Monsieur JOVIGNOT.

ARTICLE 8

Le renouvellement du Conseil a lieu par moitié tous les trois ans. Par exception, au début de l'Association, la première moitié désignée par le sort sera renouvelée après trois ans.

Les conseillers sortants sont toujours rééligibles.

ARTICLE 9

En cas de vacances par suite de démission, de décès ou de toute autre cause, le Conseil peut pourvoir provisoirement au remplacement.

Le Conseil peut aussi se compléter jusqu'au maximum de huit membres le tout sauf confirmation par l'Assemblée Générale.

ARTICLE 10

Le Conseil désigne parmi ses membres, un bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un trésorier. Le bureau est élu pour trois ans.

Le Conseil se réunit sur la convocation du Président ou du quart de ses membres aussi souvent qu'il est nécessaire au siège social.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage, la voix du Président de la séance est prépondérante.

Elles sont constatées par des procès verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire.

ARTICLE 11

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour tout ce qui entre dans l'objet de l'Association. Il statue notamment sur l'admission ou la révocation des membres associés. Il prend en location, loue, acquierre, échange et vend tous immeubles ; il peut aussi accepter l'apport qui serait fait à l'Association des immeubles nécessaires pour la réalisation de son objet.

Toutefois, les immeubles ainsi apportés ou ceux acquis par l'Association qui auraient une valeur supérieure à cinquante mille francs ne pourront être aliénés qu'en vertu d'une autorisation de l'Assemblée Générale Extraordinaire à la majorité des trois quarts des membres ayant droit au vote.

ARTICLE 12

Le Conseil d'Administration peut déléguer les pouvoirs et attributions qu'il juge convenables.

ARTICLE 13

L'Assemblée Générale se réunit, chaque année.

Le bureau de l'Assemblée est celui du Conseil.

A sa réunion annuelle, l'Assemblée entend les rapports sur la gestion et la situation de l'Association, approuve les comptes, donne toutes autorisations et décharges utiles, délibère sur toutes les questions portées à l'ordre du jour arrêtées par le Conseil.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents sauf ce qui est dit à l'article 14.

ARTICLE 14

Les statuts ne peuvent être modifiés, la transformation et la dissolution ne peuvent être prononcées que par une Assemblée extraordinaire convoquée par le Conseil avec indication de cet objet.

Cette Assemblée ne pourra statuer que si la moitié au moins des membres participants est présente et à la majorité des trois quarts.

Au cas où ce quorum ne serait pas atteint une nouvelle convocation serait nécessaire. Cette fois, l'assemblée pourrait délibérer quelque soit le nombre des présents mais à la majorité des trois quarts.

ARTICLE 15

En cas de dissolution pour quelque cause que ce soit, l'Assemblée Générale pourvoit à la liquidation du patrimoine de l'Association. Elle pourra nommer un ou plusieurs liquidateurs dont elle déterminera souverainement les pouvoirs, membres ou non de l'Association. Elle statue également sur la dévolution des biens composant le patrimoine de l'Association. Cette dévolution pourra être faite au profit de telle association, société, oeuvre ou personne qu'elle déterminera.

ARTICLE 16

Pour faire toutes déclarations, publications ou formalités prescrites par la loi, tous pouvoirs sont donnés aux porteurs d'originaux ou d'extraits soit des présents statuts soit de toutes délibérations du Conseil ou de l'Assemblée.

Fait en autant d'originaux que de
parties à DIJON, le 11/8/76

JOURNAL OFFICIEL DU 03/10/1976

A N N E X E III

LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE

LE ROLE DU COMITE TECHNIQUE

Le Comité Technique est composé de trois médecins psychiatres :

- 1 Chef du service psychiatrique du C.H.R.U.
- 1 Médecin psychiatre - Chef de service à l'hôpital psychiatrique
- 1 Médecin psychiatre privé.

Ces trois médecins sont garants sur le plan médical du respect de la convention que l'Association ENTRAIDE LA BERGERIE a passé avec le département. Au niveau du fonctionnement du Foyer, le Comité Technique intervient et donne son avis :

- pour l'embauche du personnel,
- pour toutes les admissions des pensionnaires venant d'un autre département,
- il participe chaque trimestre à une réunion avec l'ensemble du personnel du foyer.

Il est abordé à ces réunions les grandes lignes du fonctionnement du Foyer. Elles sont l'occasion de critiques sur les actions menées avec les pensionnaires au niveau d'une action globale, comme par exemple la décision d'ouvrir un atelier.

A N N E X E I V

LE CONTRAT DE SEJOUR DES PENSIONNAIRES

FOYER DE LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie - 21121 FONTAINE LES DIJON
Tél. (80)32.66.03

- CONTRAT DE SEJOUR -

...Nous sommes heureux de t'accueillir dans cette maison : ce séjour parmi nous représente une étape dans ta vie ; durant cette période nous essaierons de t'aider à réaliser tes projets. C'est dans cet objectif que nous te demandons de tenir compte de certaines exigences tant au plan personnel qu'au plan de vie en commun.

Afin de te permettre d'acquérir un rythme de vie et une autonomie, pour te préparer à ta future existence en société, nous te demandons de te lever le matin avant huit heures ; à cette heure-là le petit déjeuner est pris en commun ; chacun y partage ses projets pour la journée ; ils sont à concilier avec la prise en charge matérielle de la maison (vaisselle, ménage des lieux communs, ...) ; de plus tu es responsable de la propreté de ta chambre.

Pour les commodités de la vie en commun les heures de repas sont à respecter :

Petit-déjeuner	8 heures
Déjeuner	12 heures 25
Dîner	19 heures

Si tu veux sortir le soir, avertis l'animateur de nuit. Pour les repas pris à l'extérieur, nous te demandons de prévenir également.

Toute absence de nuit, toute sortie prolongée doivent être discutées avec un membre de l'équipe d'animation.

Pendant les premières semaines de ton séjour, nous fixons ensemble les modalités des relations avec ta famille, ceci afin de te permettre d'accéder plus rapidement à l'autonomie.

Régulièrement tu rencontres ton médecin et tu t'engages à suivre ses prescriptions.

La possession de médicaments dans ta chambre n'est pas admise.

Par mesure de sécurité et d'hygiène, nous te demandons de ne fumer ni dans ta chambre ni dans ton lit.

La consommation d'alcool est interdite au Foyer.

Tu t'engages à prendre en charge toute détérioration que tu pourrais occasionner.

Afin de respecter la vie intime et personnelle de chacun, les relations sexuelles et la vie de couple sont interdites au Foyer.

Comme tu fais partie du Foyer, ton attitude à l'extérieur engage la réputation de celui-ci.

Tu éviteras l'usage intempestif d'appareils de radio, électrophones, instruments musicaux durant la journée ; à partir de 22 heures, le silence de la maison dépend de toi.

Nous te conseillons de ne pas garder sur toi et dans ta chambre de grosses sommes d'argent.

L'introduction dans la maison d'objets de valeur (bijoux, chaîne stéréo, télévision) n'est pas possible.

L'usage d'une automobile n'est pas permis pendant la durée du séjour au Foyer.

Tous les pensionnaires et les membres de l'Equipe sont conviés à une rencontre chaque semaine ; elle permet à chacun de s'exprimer et de partager ce qui concerne la vie au Foyer ; ton absence sans raison signifierait que tu t'excluerais de la vie du Foyer.

Chacun verse au Foyer une participation aux frais, fixée par la D.D.A.S.S. (Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale). Le Foyer se charge d'en reverser le montant à cet organisme.

La prise en charge du séjour est de 6 mois. La prolongation de cette période peut être décidée sur avis de l'équipe et du médecin traitant.

Si tu décides de quitter le Foyer, tu en avises l'équipe au moins un mois à l'avance et tu acceptes d'en parler avec elle.

Lorsque tu t'en vas, tes affaires ne peuvent rester au Foyer.

Les journées d'absence (week-end, vacances, stages...) ne sont pas décomptées ; si tu es absent plus de 15 jours sans avoir prévenu le Foyer, ta chambre est accordée à un autre pensionnaire.

Par ta signature, tu t'engages à assumer le travail que nous te demandons et à accepter le mode de vie du Foyer.

A N N E X E V

LA REDISTRIBUTION AUX PENSIONNAIRES DE L'ARGENT

GAGNE PAR LES TRAVAUX D'ATELIER

Faïement des pensionnaires : décision prise à la réunion du 13 mai 1981.

Tous les produits du travail effectué pendant un mois sont versés dans une même caisse. Ils sont divisés par le nombre d'heures totales effectuées par les pensionnaires. Le résultat donne le prix de l'heure.

Chaque pensionnaire touchera le prix d'une heure multiplié par le nombre d'heures qu'il aura travaillé dans le mois. Sur le total des produits et avant de le diviser par le nombre d'heures, on retire :

10 % pour les investissements

10 % pour les réserves de salaire

Pour les pensionnaires sans revenu et qui n'ont pas encore la possibilité de travailler, le foyer leur avance 50 francs par semaine, remboursables dès que le pensionnaire a des revenus.

Si par un quelconque travail il gagne 50 francs ou plus, on supprime l'avance. Pour le travail fait sur des bâtiments du foyer (maçonnerie, volets), on paie en prenant sur le produit de la sous-traitance, au nombre d'heures travaillées.

Pour le jardin, on ne paie pas les gars qui le font, ce travail entrant dans le même créneau que la vaisselle ou la lessive.

Le taux horaire sera variable fonction des produits et donc variable chaque mois.

A noter qu'on paie tout le monde au même tarif, sans tenir compte des notions de rendement, de compétence ou d'engagement.

Le temps minimum à marquer pour les pensionnaires qui effectuent une tâche : une demie heure.

A N N E X E VI

PROCEDURE D'ADMISSION DES PENSIONNAIRES

FOYER ENTRAIDÉ LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie
21121 FONTAINE LS DIJON -Tél. 56.46.54.

Veillez trouver ci-joint un dossier de demande d'admission au Foyer "ENTRAIDÉ LA BERGERIE".

Ce dossier contient :

- Une présentation du Foyer
- Un contrat type de séjour que nous proposons aux nouveaux arrivants
- La liste des pièces administratives à nous fournir lorsque l'admission est prononcée
- Un dossier médical et administratif.

Dans un premier temps, nous vous demandons de nous retourner, complété, le dossier médical.

Après étude de celui-ci, nous fixerons un rendez-vous au futur candidat qui devra venir passer une journée au Foyer.

A l'issue de cette rencontre, nous vous communiquerons notre décision et nous vous demanderons de remplir un dossier administratif.

Si le candidat vient d'un département autre que la Côte d'Or, il devra se présenter chez un des médecins du Comité Technique de l'Etablissement.

Si en cours de procédure vous décidez d'interrompre la demande d'admission, nous vous remercions de bien vouloir nous en avvertir.

En restant à votre disposition,

Croyez, Monsieur, Madame, en mes meilleurs sentiments.

D. ROBERT
Directeur

ENTRAIDE LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie - 21121 FONTAINE LES DIJON
Tél. (80) 56.46.54
=====

Le Foyer a été ouvert en octobre 1975.

Il accueille depuis un groupe mixte de quinze personnes âgées de 18 à 30 ans.

Le groupe est constitué exclusivement de psychotiques stabilisés.

Le Foyer étant totalement ouvert, nous ne pouvons recevoir que des personnes aptes à certaines relations sociales nécessaires à la vie en collectivité.

La durée du séjour est de 6 mois, renouvelables, avec un maximum de 2 ans.

Le séjour est pris en charge par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Le candidat-pensionnaire doit être pris en charge par l'Aide Sociale de son département avant son arrivée.

Nous prenons, en priorité, des personnes originaires de la COTE D'OR.

BUT DU FOYER

Notre objectif est d'aider les pensionnaires à assumer leurs désirs et à se donner les moyens de les réaliser : en résumé, à devenir autonomes.

Pour la plupart, l'insertion sociale se réalise à travers une activité salariée.

Le Foyer a aussi un rôle de révélateur. En effet, la vie au Foyer peut entraîner pour certains, une apparente "rechute" ; notre rôle est d'aider la personne à se reconstruire sur des bases plus solides.

L'adaptation sociale ne peut venir qu'après.

L'EQUIPE

L'équipe, éducative et thérapeutique, a pour rôle d'établir la relation avec le résident à travers tous les actes de la vie quotidienne. Chacun est aidé dans les relations qu'il entretient avec son service hospitalier d'origine, avec sa famille, avec les différents services sociaux de reclassement professionnel, avec les employeurs éventuels.

L'action de l'équipe se situe ainsi à des niveaux différents :

- individuel et affectif, d'une part
- social et professionnel, d'autre part.

MODALITES D'ADMISSION

- . Présentation d'un dossier constitué par l'équipe médicale qui a suivi la personne.
- . Dossier social (Demander les pièces à fournir).
- . Etude du comportement du candidat et de ses motivations lors d'une journée vécue au Foyer (sur rendez-vous).
- . Lettre du candidat demandant son admission.
- . Après la décision d'admission, une période d'essai de quinze jours est proposée au candidat. En cas de non-adaptation, le Service hospitalier d'origine s'engage à reprendre la personne.

Pour tous renseignements complémentaires, vous pouvez rencontrer l'équipe du Foyer Entraide la Bergerie. En effet, il nous semble difficile d'expliquer par écrit, ce qui se vit chaque jour dans notre établissement.

FOYER D'ENTRAIDE "LA BERGERIE"

14, rue de la Confrérie

21121 FONTAINE LES DIJON

Tél. : (80)56.46.54

PIECES A FOURNIR A L'ADMISSION

Sur le plan administratif

- . Carte d'identité
- . Fiche d'Etat-civil
- . Carte de Sécurité Sociale
- . Exonération du ticket modérateur
- . Titre de pension
- . 4 photographies d'identité
- . Livret de Caisse d'Epargne
- . Lettre manuscrite du candidat demandant son admission
- . Carte de groupe sanguin
- . Certificat de sortie de l'hôpital.

Sur le plan médical

- . Demande d'admission établie par le Médecin traitant avec l'engagement de réadmettre dans le service, en cas de besoin.
- . Certificat d'aptitude à la vie en collectivité (non contagion).
- . Ordonnance médicale.
- . Traitement pour un mois.

FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie
21121 FONTAINE LES DIJON - Tél. 56.46.54.

DOSSIER MEDICAL

=====

Sous enveloppe cachetée à remplir par le Médecin traitant.

HISTOIRE DU SUJET

Naissance : ____

Enfance : _____

Adolescence : ____

Situation familiale (problèmes posés par la maladie du sujet) :

Antécédents familiaux : ____

Débuts approximatif des troubles : ____

Symptomatologie : ____

Comportement : ____

DOSSIER MEDICAL (suite)

Traitement effectué : _____

Traitement actuel : _____

Hospitalisation en milieu psychiatrique et placements autres : _____

date : _____ lieu : _____

joindre les résultats de test psychologique déjà subi par le sujet.

Antécédents médicaux :

Maladies : _____

Traitement (autre que neuroleptique) : _____

Infirmité éventuelle : _____

joindre un certificat d'hospitalisation.

Tampon - Nom et signature
du Médecin traitant.

FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie
21121 FONTAINE LES DIJON 6 Tél. 56.46.54.

DOSSIER ADMINISTRATIF

=====

NOM : PRENOMS :

Né le : à

ADRESSE COMPLETE :

Adresse et téléphone de la personne à joindre en cas d'urgence :

Numéro d'immatriculation à la Caisse de Sécurité Sociale :

Numéro d'immatriculation à la Caisse d'Allocations Familiales :

Numéro de carte d'invalidité :

Organisme de prise en charge :

Décision C.O.T.O.R.E.P.

SITUATION DE FAMILLE :

Célibataire - Marié - Veuf - Divorcé

ENFANTS :

Nom : Prénoms né(s) le :

DOSSIER ADMINISTRATIF (suite)

SITUATION ACTUELLE (1) - Le candidat est-il :

Dans sa famille :

Hospitalisé :

Autres situation (à préciser) :

Tuteur (nom et adresse) :

Curateur (nom et adresse) :

Le candidat est-il actuellement sous le régime d'une sauvegarde justice ?

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX :

Nom	Prénom	Age	Profession
-----	--------	-----	------------

Père

Mère

Frère (s)

Soeur (s)

(1) Rayer les mentions inutiles

FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE - 14, rue de la Confrérie
21121 FONTAINE LES DIJON - Tél. 56.46.54.

DOSSIER PROFESSIONNEL

=====

SCOLARITE :

Diplômes obtenus ou niveau

APPRENTISSAGE :

Le candidat a-t-il appris un métier ?

Lequel ?

Par contrat d'apprentissage :

Lieu : N° du contrat :

Par F.P.A. Adresse :

par C.E.T. Adresse :

Le candidat a-t-il les diplômes suivants :

C.F.P.A.

C.A.P.

B.P.

autres.

EMPLOIS OCCUPES :

du au
du au
du au

Nom et adresse du dernier employeur :

A N N E X E VII

FICHE DE RELEVÉ DES HEURES EFFECTUÉES

PAR LES PENSIONNAIRES A L'ATELIER

FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE

14, rue de la confrérie - 21121 FONTAINE LES DIJON - Tél : (80) 56.46.54.

ETAT MENSUEL DES HEURES DE TRAVAIL DES PENSIONNAIRES

PERIODE DE REFERENCE : du au

NOM DU TRAVAILLEUR :

ATELIER :

Jour	Dates	Heures	Jour	Dates	Heures
lundi			lundi		
mardi			mardi		
mercredi			mercredi		
jeudi			jeudi		
vendredi			vendredi		
samedi			samedi		
dimanche			dimanche		
TOTAUX		1ère semaine	TOTAUX		4ème semaine
lundi			lundi		
mardi			mardi		
mercredi			mercredi		
jeudi			jeudi		
vendredi			vendredi		
samedi			samedi		
dimanche			dimanche		
TOTAUX		2ème semaine	TOTAUX		5ème semaine
lundi			lundi		
mardi			mardi		
mercredi					
jeudi			RECAPITULATION		Heures
vendredi			1ère semaine		
samedi			2ème semaine		
dimanche			3ème semaine		
TOTAUX		3ème semaine	4ème semaine		
			5ème semaine		
VU PAR L'EDUCATEUR			TOTAL DU MOIS		

NOM :

A N N E X E VIII

CONTRAT DE STAGE AVEC LES ENTREPRISES

FOYER ENTRAIDE LA BERGERIE
14, rue de la Confrérie - 21121 FONTAINE LES DIJON - Tél : (80) 56.46.54.

Fontaine, le 11 septembre 1981

CONVENTION DE STAGE

ARTICLE I :

La présente convention règle des rapports de l'Etablissement :

représenté par : Monsieur

avec : Monsieur le Directeur du Foyer "ENTRAIDE LA BERGERIE"
14, rue de la Confrérie
21121 FONTAINE LES DIJON

concernant les stages de "sensibilisation au monde du travail",
effectués dans cet établissement par Mademoiselle Annick, pensionnaire du
Foyer.

ARTICLE II :

Durée du stage : du 1er au 11 septembre 1981
Travail à mi-temps : 4 heures par jour
du lundi au vendredi.

La durée des stages et leur contenu seront établis entre :
Monsieur L.. et le Directeur du Foyer "ENTRAIDE LA BERGERIE",
représenté par Mademoiselle H.. - Animatrice.

ARTICLE III :

Le chef d'Etablissement peut à tout moment arrêter ou suspendre le stage en avertissant, soit le Directeur du Foyer ou son représentant.

D'un commun accord, la durée du stage peut être prolongée, sans qu'il soit nécessaire d'établir un nouveau contrat. Une lettre confirmera ce nouvel accord.

ARTICLE IV :

Au cours du stage, l'adulte reste assuré par le Foyer de la Bergerie, et demeure sous la responsabilité de celui-ci.

ARTICLE V :

Le stage s'effectue sans rémunération.

ARTICLE VI :

Le Chef d'Etablissement s'engage à prévenir immédiatement le Foyer "ENTRAIDE LA BERGERIE", de toute modification ou incident survenant dans le déroulement du stage, ou comportement de l'adulte.

Fait à FONTAINE le 11 septembre 1981

Le Chef d'Etablissement :

Le Directeur du Foyer
ENTRAIDE LA BERGERIE

Le responsable direct du
stagiaire :

B I B L I O G R A P H I E

VAILLE Charles

Application d'une politique de lutte contre les maladies mentales
au niveau départemental.

In Revue Française des Affaires Sociales, 1975, n° 3, pp. 3-23.

VELCHE D. DIEDERICH N.

L'activité des adultes intellectuellement handicapés, occupation,
mise au travail ou carrière professionnelle.

In Réadaptation, 1979, n° 262, pp. 3-13.

ROY Louis

Saint-Michel Archange : un grand établissement dans un petit
réseau parallèle.

In Administration hospitalière et sociale, août-septembre 1976,
n° 7, pp. 3-9.

POTHIER Paul

La société et la maladie mentale.

In Administration hospitalière et sociale, août-septembre 1976,
n° 7, pp. 10-12.

CARETTE FORTIER

La réinsertion : une intention ou un fait.

In Administration hospitalière et sociale, août-septembre 1976,
n° 7, pp. 15-16.

NORMAND Michel

Réadaptation du handicapé mental en Suède.

In Administration hospitalière et sociale, août-septembre 1976,
n° 7, pp. 17-19.

BOURREL André

Un foyer de post-cure et de réadaptation pour malades mentaux stabilisés.

In E.N.S.P. Mémoire Directeur C.A.T. 1979.

MARTEN SODER

Ecole spécialisée ou éducation intégrée ?

In Courrier de l'U.N.E.S.C.O., juin 1981, pp. 20-22.

SACKSTEIN Ed.

Le droit au travail.

In Courrier de l'U.N.E.S.C.O., juin 1981, pp. 29-30.

