

**Séminaire « Maladie Mentale et Insertion Professionnelle »  
3 et 4 décembre 2001**

Intervention du Docteur Vincent FOURNEL

**DE LA PSYCHIATRIE VERS LA SANTE MENTALE :  
LE PROBLEME DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE**

Auteur associé : Docteur J.L. ROELANDT - EPSM Lille Métropole – Secteur 59 G 21

« Une utopie c'est un projet qui n'a pas encore été réalisé »

*Théodore MONOD*

En juillet 2000, une mission de *réflexion et de prospective dans le domaine de la santé mentale* était confiée aux Docteurs Piel et Roelandt par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité (Mme AUBRY puis Madame GUIGOU) et la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés (Mme GILLOT) . Cette mission a été confirmée par le Ministre Délégué à la Santé ( Mr KOUCHNER) en Mars 2001 .

L'objectif de cette mission était notamment de redéfinir la politique de secteur afin d'évoluer vers un fonctionnement en réseau intégré au tissu sanitaire, médico-social et social.

Dans le monde, 400 millions de personnes sont concernées par un trouble mental.

Cette année un français sur 4 souffrira d'un trouble mental.

Au début du troisième millénaire, l'image du « malade mental » dans le grand public reste encore archaïque que : « c'est une personne malade, imprévisible, dangereuse , qui peut commettre des actes illégaux, qu'il faut enfermer à l'hôpital psychiatrique pour la soigner par des médicaments ». le trouble mental est encore synonyme d'exclusion sociale, et la honte associée redouble l'exclusion. la discrimination, l'ostracisme et la stigmatisation vis à vis des personnes souffrant de maladies mentales sont encore tellement forts dans notre pays, qu'il est très difficile pour le citoyen d'afficher et de vivre avec sa maladie, son trouble, son symptôme. Car l'afficher, en parler, c'est s'exposer ; c'est impliquer tout l'entourage et augmenter la souffrance des familles.

Aujourd'hui l'organisation Mondiale de la Santé fait de la santé mentale une priorité mondiale. La Journée mondiale de la santé a été cette année consacrée à la santé mentale, sur le thème : « Non à l'exclusion, Oui aux soins ».

Les personnes qui se trouvent en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables ne trouvent pas actuellement dans notre pays l'aide qui leur serait nécessaire pour une insertion sociale et professionnelle de qualité, en compléments des soins qui leur sont prodigués et en bonne articulation avec ceux-ci.

Cette situation résulte d'un ensemble de facteurs, où l'on peut reconnaître une certaine difficulté à clarifier les notions même de maladie mentale et de « handicap psychique », une grande méconnaissance des besoins d'aide des personnes concernées, et même un certain rejet à leur égard. Si des actions ont été entreprises en matière d'aide à la vie quotidienne et d'aide à l'insertion professionnelle, notamment à l'initiative des associations de familles et des équipes de santé mentale, force est de constater qu'elles sont restées isolées et n'ont pas encore suffisamment inspiré les autorités publiques et les collectivités et institutions sociales normalement en charge de l'aide aux personnes handicapées.

# 1 ETAT DES LIEUX

Le secteur social et médico-social compte : 24 500 établissements et services correspondant à 1.05 millions de lits ou places, plus de 400 000 salariés et des financements conséquents : 84 milliards de francs financés par la collectivité publique (42 milliards par l'assurance maladie, 33 milliards par les départements et 9 milliards par l'Etat).

Il existe actuellement en France 2.616 établissements médico-sociaux d'hébergement proposant 86 065 places à des personnes handicapées adultes, dont, pour les plus handicapés, 11.618 places en maisons d'accueil spécialisées (MAS). Les structures à vocation professionnelle sont au nombre de 1.912 et comportent 112.029 places, dont 13.600 en atelier protégé, 88.952 en centre d'aide par le travail (CAT) et 9.477 en centre de rééducation professionnelle.

Les établissements recevant des enfants et adolescents handicapés, avec ou sans hébergement, sont au nombre de 2.497 (125.500 places), dont 1.194 établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels, les plus nombreux, comportant 73.090 places.

Parmi les établissements pour enfants et adolescents, pour tous types de handicaps, 563 (13.804 places) sont des services autonomes d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Il existe par ailleurs des structures spécifiques, à vocation régionale ou interrégionale, répondant aux problèmes d'autisme, de traumatismes crâniens, ou de certains handicaps rares.

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels comportent : IME, IMP, IMPro et jardins d'enfants spécialisés. La diminution du nombre de psychiatres semble avoir été compensée par l'augmentation du nombre des psychologues.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) répertoriés ici sont les services autonomes, non rattachés à un autre établissement, pour tous types de handicap.

## 2 PROGRAMMES ET PERSPECTIVES

### 2.1 Deux plans pluriannuels pour les personnes handicapées

Deux plans pluriannuels pour les personnes handicapées sont en cours de réalisation pour répondre aux besoins encore insatisfaits, selon deux axes complémentaires : créer des places supplémentaires dans les établissements pour les personnes les plus lourdement handicapées, et améliorer l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire.

Le premier (1999-2003) comporte la création de 5.500 places en MAS et 11.000 places en CAT ou atelier protégé.

Le second (2001-2003), prévoit :

- la création de places dans les établissements d'éducation spéciale pour les enfants lourdement handicapés, et la création de places adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes, ainsi que pour les enfants, adolescents et adultes autistes et traumatisés crâniens.
- le développement des services et aides à l'intégration dans le milieu de vie ordinaire tels que services de soins et d'accompagnement à domicile et à l'intention des personnes handicapées, auxiliaires de vie, services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enfants et adolescents, ainsi que diverses mesures

telles le développement de l'interprétariat pour personnes sourdes, ou le renforcement du parc de matériels pédagogiques et techniques des établissements scolaires pour la scolarisation des enfants handicapés.

- Le soutien à l'insertion professionnelle par le renforcement et la modernisation des ateliers protégés.

## 2.2 Création de lieux ressource (guichet unique)

Des « sites pour la vie autonome » ont été expérimentés dans quatre départements et seront mis en place progressivement dans tous les départements d'ici trois ans : il s'agit de créer un lieu-ressource en ce qui concerne les solutions de compensation fonctionnelle du handicap. Un « pilote » est chargé de rassembler les différents partenaires en un comité, qui désigne une ou des équipes techniques compétentes pour l'élaboration des projets personnalisés avec des demandeurs, et qui rassemble les financeurs. L'Etat finance la coordination du système.

L'objectif est de faciliter la démarche de la personne handicapée, en lui offrant un « guichet unique », où elle trouvera une équipe pluridisciplinaire qui pourra élaborer avec elle un bilan, et lui proposer un plan d'aide personnalisé assorti de préconisations pour des aides techniques (appareillages...), humaines, ou animalières, ainsi que pour les aménagements à apporter le cas échéant à son logement ; l'objectif est également de faciliter des aides ou aménagements préconisés, en rassemblant les financeurs et en créant un fonds de compensation, avec la participation financière de l'Etat.

## 2.3 Plan d'amélioration des COTOREP

Un plan d'amélioration du fonctionnement des Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) a été mis en place, afin que ces commissions répondent mieux aux missions que leur donne la loi : reconnaître et évaluer le handicap des personnes qui en font la demande, les conseillers, décider des orientations vers les structures médico-sociales et le milieu de travail protégé, attribuer les cartes d'invalidité et les allocations (AAH : allocation pour adulte handicapé, et ACTP : allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne). Pour évaluer le handicap, ces commissions, comme leurs équivalentes pour les enfants et adolescents, les commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES), utilisent un « guide-barème » qui lui est aussi actuellement en révision afin de mieux prendre en considération le retentissement du handicap sur la vie quotidienne des personnes.

## 2.4 Plan Handiscol

Afin d'améliorer la scolarisation en milieu ordinaire, le ministère de l'éducation nationale et le ministère de l'emploi et de la solidarité ont lancé conjointement, en avril 1999, le plan Handiscol, qui comporte vingt mesures, telles l'édition d'un guide à l'intention des parents et familles, la création d'une cellule d'écoute sur toute question concernant la scolarisation d'un enfant handicapé, la création d'un groupe de coordination dans chaque département, le développement des classes d'intégration scolaire (CLIS) dans le primaire et des unités pédagogiques d'intégration (UPI) dans le secondaire, ou la formation des enseignants. Le développement des services médico-sociaux d'accompagnement, en particulier les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), viendra à l'appui de cette politique d'intégration.

## 2.5 Convention AGEFIPH

Pour relancer l'insertion professionnelle des personnes handicapées en milieu ordinaire, l'Etat a passé avec l'AGEFIPH une convention pluriannuelle d'objectifs (1999-2003) visant à faire progresser le taux d'emploi des entreprises vers les 6 % prévus par la loi (actuellement le taux se situe à 4 %), et à augmenter l'effort de formation, d'apprentissage et d'orientation des personnes handicapées. Un programme exceptionnel (1999-2001), est mis en place par l'AGEFIPH pour la préparation et l'accompagnement de l'insertion des personnes handicapées, le développement et la modernisation des dispositifs d'orientation et de formation professionnelle, et la valorisation de l'action des entreprises. Ce programme est mis en œuvre par les délégations régionales de l'AGEFIPH, en cohérence avec les programmes départementaux d'insertion des personnes handicapées.

## 2.6 Le projet de réforme de la loi 1975

Présenté au parlement en juillet dernier, ce projet de réforme de la loi sur les institutions sociales et médico-sociales contient des dispositions visant :

- à assouplir et diversifier les institutions sociales et médico-sociales,
- organiser leur coordination et la partenariat, notamment avec les établissements de santé
- promouvoir les droits des usagers, et
- instaurer les schémas d'organisation sociale et médico-sociale, principalement départementaux

Le projet prévoit également l'obligation pour les établissements de procéder à l'évaluation de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard de références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles, qui seraient élaborées par un conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Il faut remarquer que, à l'instar des établissements pour personnes âgées où les outils de l'auto-évaluation sont déjà installés, les établissements pour personnes handicapées amorcent une démarche qualité et la construction d'outils adaptés, prenant ainsi les devants.

## 3 LA QUESTION DU HANDICAP PSYCHIQUE

Le droit des personnes souffrant de troubles mentaux suffisamment graves et prolongés pour être invalidants, à bénéficier de l'ensemble du dispositif destiné aux personnes handicapées a rencontré dès l'origine des obstacles majeurs :

- du fait de l'inscription dans la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975, en son article 47, d'une disposition particulière aux « malades mentaux dont l'état ne nécessite plus le maintien en hôpital psychiatrique mais qui requièrent temporairement une surveillance médicale et un encadrement en vue de leur réinsertion sociale ». A l'époque, les professionnels de la psychiatrie répugnaient eux-mêmes à « enfermer les malades dans un statut de handicapé ». Il en est résulté un traitement particulier des personnes handicapées du fait de la maladie mentale, en quelque sorte soumises à une injonction de guérir, et exclues notamment des structures relevant des conseils généraux, qui y voyaient un transfert de charges indues.
- du fait de la nature du handicap, « invisible » selon l'expression utilisée par les spécialistes du traumatisme crânien, irrégulier, imprévisible, et avant tout très méconnu de la population comme de la plupart des professionnels dans le champ du handicap.

Cependant, une évolution considérable s'est accomplie depuis. Tout d'abord, les concepts de déficience, incapacité et désavantage avancés par WOOD au début des années 80 ont clarifié la notion de handicap et permis de sortir de l'opposition maladie/handicap ; le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées comporte un chapitre sur les déficiences du psychisme en totale rupture avec les logiques antérieures.

Ainsi, le dispositif médico-social s'est peu à peu ouvert aux usagers de la psychiatrie. En 1998, 24,2% des demandeurs d'allocation pour adulte handicapé le font au motif de déficience psychique, dont 78% bénéficieront d'un accord. Dans les CAT, 13,9% des personnes accueillies au 1<sup>er</sup> janvier 1996 présentaient une déficience principalement psychique.

Les carences restent toutefois très importantes, en matière d'intégration en milieu ordinaire, de soutien des familles, et peut-être de places en établissements.

Il paraît indispensable, à la faveur de la dynamique à l'œuvre dans le champ du handicap :

- d'évaluer le besoin dans les institutions d'hébergement et d'aide au travail (en nombre et en qualité). Il importe notamment que la transformation des hôpitaux psychiatriques s'effectue en considération des besoins réels, et non de nécessités institutionnelles.

- d'utiliser toute la palette du médico-social, et notamment les services d'accompagnement ou d'aide à domicile, à l'école ou sur les lieux de travail.

En termes de lits et places, nous pouvons constater qu'à l'issue de cette décennie il y eu suppression de 33420 lits en psychiatrie et parallèlement création de 30000 lits en MAS et Foyers.

## **PLAN DE SANTE MENTALE : L'USAGER AU CENTRE D'UN DISPOSITIF A RENOVER**

Bernard KOUCHNER - 14 novembre 2001

L'objectif de ce plan vis à vis de l'insertion sociale et professionnelle est de mieux comprendre et mesurer les besoins d'aide des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et valoriser les expériences existantes, de façon à promouvoir et développer, dans le cadre commun de la politique en direction des personnes handicapées, toutes formes d'aide, d'accompagnement et d'accueil pertinentes et nécessaires.

Il importe de souligner que la dynamique engagée dans le champ social et médico-social, ainsi que la nouvelle impulsion donnée à la politique en direction des personnes handicapées, offrent un support pour les actions spécifiques à entreprendre :

- la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, sur le point d'aboutir, offrira le cadre d'un développement des services d'accompagnement et des structures d'accueil et de soins destinés aux enfants, adolescents et adultes souffrant de troubles mentaux, articulés avec le dispositif de soins, en facilitant l'innovation nécessaire ;
- une réflexion exploratoire sur la réforme de la loi d'orientation sur les personnes handicapées vient d'être engagée dans la perspective d'une meilleure prise en compte des diverses composantes du handicap. On doit en attendre une avancée quant à l'approche du handicap résultant de troubles psychiques, les idées à ce sujet ayant particulièrement évolué depuis 1975.
- Une mission portant spécifiquement sur la situation des personnes souffrant de handicap du fait de troubles psychiques a été confiée par la Ministre de l'Enfance, de la Famille et des Personnes Handicapées à Monsieur Michel Charzat, député de Paris et maire du XXe arrondissement. Cette mission devra s'attacher à analyser les besoins et réponses possibles en matière d'accompagnement dans la vie sociale, d'aide au logement et d'aide à l'insertion par le travail de ces personnes, ainsi qu'étudier le soutien à apporter à leurs famille et proches. Il lui est également demandé de proposer des moyens propres à améliorer l'accueil que la société réserve aux personnes en situation de handicap en raison de troubles psychiques et à faire mieux comprendre leurs difficultés et leurs attentes.

Les conclusions et propositions de cette mission sont attendues en février 2002, et apporteront des éléments pour la mise au point de programmes nouveaux.

- par ailleurs, il a été confié au CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations) une étude afin d'identifier et de décrire les pratiques innovantes en centres d'aide par le travail (CAT), en vue notamment d'élaborer des hypothèses sur les conditions qui permettraient à certaines de ces pratiques de réellement s'intégrer dans leurs missions. Ce travail permettra d'élaborer un recensement et une typologie d'actions que les CAT ont mené au-delà des pratiques habituelles et d'analyser, pour les plus intéressantes, les conditions de leur efficacité. Il offrira une meilleure

connaissance et une évaluation du potentiel dynamique de ces établissements médico-sociaux. L'étude se déroulera sur une période de 14 mois, de novembre 2001 à décembre 2002 ;

- une étude portant sur les services d'accompagnement à la vie sociale, visant à une meilleure connaissance des diverses modalités actuelles de mise en œuvre de ces services, selon les différents types de handicap, est également envisagée en 2002 ;
- concernant le champ professionnel, les difficultés très spécifiques de l'insertion des malades mentaux en milieu ordinaire de travail ont mené l'AGEFIPH dès 1999 à élaborer un document méthodologique sur le thème « maladie mentale et emploi », avec le concours d'un groupe d'experts. La réflexion se poursuit dans le cadre du chantier de réflexion sur les « appuis spécifiques » à apporter aux personnes selon le type de handicap.

Le projet GALAXIE, qui va être financé dans le cadre du programme EQUAL du FSE, vise également à une prise en compte des personnes atteintes de maladie mentale dans les dispositifs d'insertion socio-économique. Ce projet a notamment pour objectif de « favoriser l'intégration dans l'entreprise des personnes malades mentales, de sensibiliser leurs responsables pour changer les représentations, tant par un souci de prévention et de maintien dans l'emploi, que dans l'approche concertée pour une adaptation du travail aux spécificités des déficiences ». Le projet GALAXIE propose ainsi la mise en place de plates-formes d'évaluation, la formation de personnels, la possibilité d'un tutorat et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'information.

**PROJET EN FAVEUR D'UNE ACTION D'INSERTION  
SOCIOPROFESSIONNELLE EN DIRECTION DES  
USAGERS DE LA PSYCHIATRIE  
PRESENTANT DES TROUBLES MENTAUX  
CHRONIQUES.**

**Association pour la Promotion du C.A.V.A. et de l'IRIS  
Siège : 217, rue Carnot 59155 FACHES THUMESNIL  
Tél : 03/20/97/92/92 Fax : 03/20/97/92/29  
E mail : cdelezie @ nordnet.fr Web : www.cava-iris.com**

## INTRODUCTION

L'insertion sociale et professionnelle des handicapés est au carrefour des déficits sociaux: celui de l'emploi et de l'exclusion sociale. Les personnes handicapées et usagers de la psychiatrie présentant des troubles mentaux chroniques, n'échappent pas à la tourmente de l'exclusion actuelle. Ils font souvent les frais d'une double discrimination fonctionnelle (autonomie limitée) et sociologique (mise à l'index des personnes affectées par un handicap).

Depuis 1977, la municipalité de FACHES THUMESNIL a été soucieuse de proposer aux personnes handicapées de nombreuses solutions, des équipements variés et des dispositions appropriées afin de les aider à trouver une autonomie nécessaire à leur développement personnel.

C'est dans ce cadre qu'a été créée l'Association pour la promotion du Centre d'Adaptation à la Vie Active (C.A.V.A.) de Fâches Thumesnil en 1987; Centre dans lequel l'accompagnement social individuel, collectif et spécifique est devenu le fer de lance car visant à restaurer l'identité personnelle et sociale des personnes exclues ou en voie d'exclusion, en développant ou en instaurant un lien social par l'animation d'actions d'insertion adaptées.

Le C.A.V.A. reçoit des personnes handicapées pour des raisons de troubles mentaux dans la limite de 15 personnes en plus des handicapés sociaux de la commune.

Ensuite dans le cadre d'une volonté d'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées, la ville de Fâches Thumesnil a contribué à la mise en place et à la création dans la même association d'un atelier protégé : IRIS; entreprise spécifiquement ouverte aux personnes handicapées.

IRIS est un des rares ateliers protégés de la région du Nord à employer 30% de personnes souffrant de troubles psychiques.

## CONSTATS

Dans les pays du Nord et à une échelle plus petite dans notre Région, nous raisonnons sur la seule Culture Travail. En effet, l'accès à l'emploi constitue le fer de lance de la lutte contre l'exclusion et la pauvreté. Ainsi, l'insertion professionnelle reste un des objectifs prioritaires des plans locaux d'insertion, il n'en reste pas moins qu'elle peut passer par différentes phases plus ou moins intensives et plus ou moins longues selon les individus.

Autrement dit, et pour reprendre les termes du décret concernant l'institution du Contrat Emploi Solidarité (C.E.S.) (Loi du 19/12/1989), **si l'on ne peut garantir à court terme le « droit à l'emploi », on peut développer « le droit à l'activité » porteur d'une valorisation sociale explicite.**

Dans ce cadre le C.E.S. nous paraît tout à fait avoir sa place dans notre projet d'action d'insertion socioprofessionnelle en direction des usagers de la psychiatrie présentant des troubles mentaux chroniques.

Mais avant de définir plus loin ledit projet, revenons un peu sur l'historique de la création du C.E.S. et sur sa définition : La loi 89-905 du 19 décembre 1989 instaure le C.E.S. et confie ainsi à tous ses bénéficiaires le statut de salarié.

Contrats aidés en secteur non-marchand, les C.E.S. sont utilisés surtout dans les collectivités territoriales, les établissements publics et les associations, les C.E.S. permettent à des personnes sans emploi remplissant certaines conditions (voir plus bas) ou rencontrant des difficultés particulières d'insertion de

participer au développement d'activités correspondant à des besoins collectifs non satisfaits dans le cadre d'un contrat de travail à temps partiel.

Depuis son institution par la loi du 19/12/89 favorisant «le retour à l'emploi et la lutte contre l'exclusion professionnelle », ce dispositif a été retouché et recentré par voie de circulaires sur les populations éprouvant « les plus graves difficultés d'insertion et d'accès à l'emploi ». Cf. Décrets relatifs au C.E.S. en. Réf.: Actualités Sociales Hebdomadaires n° 2099-2084 du 11/9/98 et du 25/12/98.

Aussi notre projet utilise le C.E.S. dans le secteur public. Ce dernier choix est argumenté par le fait que la notion de production n'existe pas dans le secteur public et que par conséquent la disponibilité au niveau d'un tutorat des personnes en difficulté, particulièrement des usagers de la psychiatrie, est plus importante que dans le secteur privé.

Le secteur public fait la part belle aux demandeurs d'emploi en leur proposant une embauche en Contrat Emploi Solidarité, mais il cible surtout les publics dits « normaux ». Pourtant si on se réfère au texte de Loi, à l'origine le C.E.S. a été institué pour les publics en grande difficulté.

Les usagers de la psychiatrie présentant des troubles mentaux chroniques restent encore trop souvent ignorés en raison du tabou de la maladie mentale qui persiste et ce, même à l'aube du troisième millénaire. En effet ces statuts « malades mentaux », « handicapés », « fous », font peur et freinent ainsi l'accueil des personnes dans le secteur public.

Pourtant les compétences sont souvent égales et les avantages pour les employeurs sont les mêmes aussi. Par ailleurs les usagers de la psychiatrie, en raison de leur statut (reconnus travailleurs handicapés, bénéficiaires du RMI, allocataires de l'Allocation spécifique de solidarité) sont éligibles au C.E.S. (95% de prise en charge par l'Etat, voire 100% négociable).

Le corps médical n'a pas dans son champ de compétences de vocation pour réinsérer professionnellement ses usagers. Les services psychiatriques assurent en priorité les soins.

Cependant dans l'esprit actuel, la politique en santé mentale est la sectorisation. Aussi de plus en plus le corps médical souhaite créer des centres décentralisés afin d'éviter les procédés de ghettoisation, et d'insérer les malades dans la Cité. C'est pourquoi les services hospitaliers développent de plus en plus de contacts avec les communes, en particulier avec les politiques afin de les sensibiliser au fait mental d'une part, et de recréer d'autre part des liens de proximité entre les usagers de la psychiatrie et la Cité (naissance de la psychiatrie de secteur).

Pour citer en exemple et parce qu'il est notre partenaire privilégié, l'ambition du 21ème secteur de la psychiatrie : le transfert des 25 lits de l'ex-C.H.S. d'Armentières aujourd'hui Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille métropole, sur la commune d'Hellemmes.

En effet, le 21ème secteur de la banlieue Est de Lille développe depuis maintenant 18 ans des alternatives à l'hospitalisation psychiatrique. Dans un contexte d'intégration sociale, il a été créé une association de secteur psychiatrique : l'Association Médico Psychosociale (AMPS) à laquelle participe, hormis l'EPSM, l'ensemble des municipalités du secteur : MONS EN BAROEUL, HELLEMMES, LEZENNES, FACHES THUMESNIL, RONCHIN, LESQUIN. Cet organe de concertation a amené la sensibilisation du corps social à la maladie mentale grâce à des campagnes de médiatisation, des réunions, des débats et actions artistiques. Elle a permis également de créer des structures de soins et de prévention intégrées dans le tissu urbain et avec l'aide des municipalités.

Ce partenariat avec les villes a été particulièrement étroit en ce qui concerne la réhabilitation par le travail. Elle s'est concrétisée par la mise en place d'un jumelage de plusieurs structures issues de champs différents : le champ sanitaire avec l'atelier thérapeutique, et le champ social avec le C.A.V.A. et l'atelier IRIS de Fâches Thumesnil. Une articulation étroite avec ces structures permet la création de passerelles selon les besoins.

L'atelier thérapeutique fonctionne en collaboration avec le C.A.V.A. qui accueille les personnes en difficulté sociale de la commune : RMistes, Demandeurs d'emploi, handicapés divers en vue de favoriser une réadaptation au travail avec un passage possible vers l'atelier protégé IRIS. Les activités proposées sont la menuiserie et l'encadrement des oeuvres produites par les patients dans les ateliers d'art plastique des CATTP (Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) du service.

L'atelier thérapeutique, dépendant du 21ème secteur, est accueilli dans les locaux du C.A.V.A. qui accueille, comme vu plus haut, 15 personnes du secteur. En échange, l'hôpital a mis à disposition un moniteur d'atelier qui travaille au C.A.V.A.. Ce partenariat dure depuis 10 ans et il est sans cesse réévalué.

Néanmoins la grande difficulté reste l'insertion professionnelle, c'est pourquoi en collaboration avec les Directions Départementale et Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP, DRTEFP) d'une part, et l'AGEFIPH d'autre part, le C.A.V.A. de Fâches Thumesnil, en partenariat étroit avec le 21ème secteur de psychiatrie de l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole souhaite mettre en place une action de sensibilisation de la maladie mentale vis à vis du secteur public.

En ce sens ces structures développent un projet dont les objectifs et les moyens font l'objet du paragraphe suivant. Le projet est le fruit d'un travail mené sur une dizaine d'années.

## **DEFINITION DU PROJET**

Notre projet consiste à permettre aux usagers de la psychiatrie présentant des troubles mentaux chroniques de découvrir, voire de redécouvrir le monde du travail hors milieu protégé (car aujourd'hui les perspectives de travail des personnes malades mentales restent le Centre d'Aide par le Travail (CAT) et pour les plus « heureux » l'atelier protégé. En outre ils y restent minoritaires (majorité de handicap physique, sensoriel), et donc à la fin du compte, restent exclus), de leur permettre d'avoir une expérience dans le milieu ordinaire, de retrouver des rythmes de travail, et du lien social.

### **OBJECTIFS :**

Le but n'étant pas forcément l'emploi à long terme, mais de tester leur adaptation ou non à un poste de travail (celui-ci sera négocié avec l'employeur), de tester leurs compétences (savoir faire, savoir-être), de vérifier l'adéquation de leur projet professionnel, mais aussi d'observer ce qu'une telle expérience peut leur procurer (tester la stabilisation ou non de la maladie). Et enfin et surtout d'alléger la prise en charge médicale.

Avertissement : le projet garantit un suivi permanent assuré tant au niveau médical, au niveau de l'employeur, et au niveau social, sans lesquels garde-fous nous ne pourrions parvenir à notre objectif de réinsertion socioprofessionnel de personnes en difficulté psychiatrique.

### **LES MOYENS :**

1- Les Villes signataires de la Charte Intercommunale pour l'intégration des personnes handicapées et les communes du 21ème secteur (citées également plus haut) qui constituent l'essentiel du vivier des publics accueillis.

2- Les DDTEFP et DRTEFP, qui vont attribuer les CES aux municipalités sous condition d'embaucher un certain quota d'usagers de la psychiatrie

L'AGEFIPH dont les interventions sont étroitement articulées avec la politique nationale en faveur de l'emploi conduite par l'Etat en direction des personnes handicapées.

Ainsi la conjugaison des dispositifs de Droit commun (CES ...) et du programme d'intervention de l'AGEFIPH donnera sa pleine mesure à la politique d'insertion professionnelle des personnes handicapées de notre projet d'action.

3- L'E.P.S.R.: Equipe de préparation et de suite au reclassement, dont le but est de favoriser l'emploi et le maintien des personnes handicapées en milieu ordinaire de travail.

L'E.P.S.R. est investie d'une double mission :

- vis à vis des personnes handicapées :

- °bénéficiaires de la Loi du 10/07/87
- °travailleurs handicapés reconnus COTOREP
- °accidentés du travail
- °titulaires d'une pension d'invalidité, pensionnés de guerre ou assimilés

- vis à vis des entreprises :

- °informer, conseiller, sensibiliser les entreprises
- °suivi des personnes

4- Le 21ème secteur de l'EPSM Lille Métropole, largement connu également pour ses campagnes de sensibilisation à la maladie mentale. Dans une volonté toujours plus grande de démystifier la maladie mentale de faire recouvrer aux patients leur droit de Cité, met à disposition au C.A.V.A. pour cette action un **ergothérapeute à 90% et un éducateur à mi-temps** dont les missions principales sont définies comme suit :

#### **ERGOTHERAPEUTE :**

\* **Accueil** des personnes

\* Evaluation C.A.V.A.

- Mise en place des **critères d'évaluation**
- Faire l'**interface** entre l'évaluation (C.A.V.A.) et le corps médical
- Travail des profils de poste.

\* Suivi du C.E.S. - **Suivi Entreprise**

- Collaboration avec l'éducateur
- Négociations avec l'entreprise
- **Etude des postes**
- Repérage des tuteurs
- Sensibilisation et **formation des tuteurs**
- Participation au bilan diagnostic du 2ème mois du C.E.S.
- Suivi professionnel et suivi du **projet de formation**

#### **EDUCATEUR :**

\* **Accueil** des personnes

\* Relations avec le corps médical

\* **Contact et négociations avec les entreprises du secteur public**

\* Repérage , sensibilisation des tuteurs

\* **Collaboration étroite avec la coordinatrice**, en ce qui concerne les actions suivantes : Suivi social

- ° Deuil du travail
- ° Relations avec l'environnement éducatif ( familles, organismes tutélaire...)

5- L'Association pour la promotion du C.A.V.A. et de l'Atelier Protégé IRIS, reconnue pour les actions qu'elle met en oeuvre depuis 1987 en direction des personnes handicapées, et porteuse du projet.

Pour citer en exemple quelques actions d'insertion mises en place :

- Création du C.A.V.A. en 1987

- > Insertion sociale de personnes en grandes difficultés (handicapés, chômeurs longue durée ...)

- Création d'IRIS en 1994
  - > entreprise de travail adapté pour travailleurs handicapés (COTOREP)
- Action de rapprochement milieu protégé-milieu ordinaire 1995
  - > Partenariat : CAVA -IRIS / OIFT / EPSR / ANITA Tourcoing
- Actions d'insertion par la musique, le sport (danse, musculation) 1996
  - > CAVA-IRIS / Centre musical Les Arcades / Ecole de danse / Complexe

sportif Kléber

- Mise en place du projet « L'école au jardin » 1997
  - > Sensibilisation des enfants des communes à l'environnement et à l'écologie en maintenant le lien générationnel
  - > Faire retrouver du lien social aux personnes handicapées accueillies au

C.A.V.A.

- Mise en place de Groupes de parole de familles 1998 / 1999 / 2000
  - > Projet européen
- Plateforme handicap 1999 / 2000
  - > CAVA-IRIS / OIFT / AMIS La Madeleine.

Le C.A.V.A. dispose d'une **Coordinatrice** à temps plein qui assurera le suivi social sur cette action. Le suivi administratif pour l'action étant réalisé par le **Directeur** et la **secrétaire**. Les rôles de chacun sont définis ci-après :

### **COORDINATRICE :**

#### **\* Evaluation C.A.V.A.**

- Mise en place des **critères d'évaluation**

#### **\* Suivi social**

- Proposition d'**aides techniques** dans les différents domaines sociaux
  - ° Le **logement**, en partenariat avec les assistantes sociales : placement temporaire en foyer d'hébergement jusqu'à l'obtention d'un logement personnel et individuel (bailleurs sociaux et bailleurs privés)
  - ° La **santé** en partenariat avec les dispositifs tels que Dialog' (Wattignies) Oxygène (Fâches Thumesnil) pour les problèmes de toxicomanie, ou autres organismes professionnels.
  - ° Les **droits sociaux**, en partenariat avec les assistantes sociales de circonscription, les C.C.A.S., les Cellules d'appui.  
Le but étant pour la personne suivie de recouvrer ses droits sociaux tels l'allocation logement, l'aide médicale (C.M.U.), l'allocation familiale, l'allocation handicapé ... et parfois aussi il est nécessaire de monter des dossiers de demande d'aide financière.
- **Travail avec l'environnement éducatif** (familles, organismes tutélaires)
- Garant d'une écoute individuelle qualitative et de la confidentialité des dossiers.

#### **\* Accompagnement sur le programme d'insertion par les loisirs, la culture (C.A.V.A. culturel)**

- Collaboration avec l'éducateur
- Evaluation et suivi de l'action
- Travail avec l'environnement éducatif
- Orientation des familles sur les groupes de paroles parents.

### **DIRECTEUR :**

#### **\* Suivi administratif et financier**

\* Gestion du projet

#### **\* Ressources humaines**

\* **Relations partenariales** : AGEFIPH - E.P.S.R. - EPSM secteur G21 - DDTEFP -

DRTEFP -

\* Mise en place des **comités de pilotage**

## **SECRETARIAT :**

### **\* Suivi administratif et financier**

- Rapports, Bilans
- Courriers circonstanciés
- Standard
- Comptabilité

**Impératif pour notre projet : Tous les intervenants doivent travailler en interaction permanente.**

Les rôles et missions de chacun étant définies, le paragraphe suivant développe les modalités de fonctionnement dudit projet.

## **ORGANISATION - FONCTIONNEMENT DU PROJET**

### **1) Recrutement - Effectif**

L'action s'adresse à un effectif de 30 personnes souffrant ou ayant souffert de troubles psychiques, en recherche d'emploi, et dans une situation stabilisée sur le plan médical.

L'intégration sur l'action de ces personnes se fera sur proposition du médecin de l'unité de réhabilitation psychosociale.

### **2) Temps de l'action**

17 mois qui se décomposent comme suit :

- Une prise en charge d'un mois modulable au C.A.V.A.
- 4 mois d'essai en C.E.S. dans une municipalité.
- Une prolongation de deux fois 6 mois en C.E.S. quand l'essai est concluant.
- Un suivi médical, social et familial tout au long de l'action.
- Un travail à partir de contrats d'objectifs.

### **3) Accueil**

Les personnes sont reçues au C.A.V.A. par une Commission d'admission tripartite comprenant l'ergothérapeute, l'éducateur et la coordinatrice du C.A.V.A. qui présentent l'action.

Dans cette phase d'accueil, les personnes s'engagent dans une démarche volontaire d'intégration socioprofessionnelle.

Une Convention d'accueil est signée avec le C.A.V.A. pour une durée de 1 mois, à raison de 20 heures / semaine. Celle-ci reprend les détails de l'action d'évaluation.

La Reconnaissance Travailleur Handicapé sera un critère d'admission. Si besoin le dossier sera mis en place dans la 4ème phase.

### **4) Phase d'évaluation (C.A.V.A.)**

Ce premier mois de travail est une période d'observation, qui consiste à mesurer l'adaptabilité de la personne au sein de la structure, sa pertinence par rapport aux consignes données, sa perception par rapport à la hiérarchie, et son intégration par rapport à l'ensemble du personnel et son degré d'autonomie.

L'évaluation est réalisée par l'intermédiaire d'une grille. Celle-ci se présente sous forme d'un tableau réunissant différents critères les plus objectifs possibles. A ce tableau est annexé une feuille libre sur laquelle sont inscrites les différentes remarques de la coordinatrice.

Cette grille sert à évaluer les capacités sociales et professionnelles de la personne à suivre son projet professionnel. Il s'agit d'un outil de pré-qualification sociale et de pré-qualification pré-professionnelle.

On entend par pré-qualification sociale l'ensemble des critères et éléments drainant l'environnement professionnel de la personne. Ceux-ci sont : sa capacité à apprécier un nombre d'heures de travail en fonction du temps de travail collectif de l'entreprise, sa capacité à utiliser les moyens collectifs dans le cadre de sa mobilité, sa capacité à se mobiliser sur sa tenue vestimentaire et son hygiène corporelle, respect des autres, ...

La pré-qualification pré-professionnelle quant à elle, constitue l'ensemble des critères déterminant les capacités professionnelles de la personne : respect des règles, des consignes données, autonomie de travail, respect des horaires, du matériel.

#### La phase d'évaluation va ainsi définir les savoir-être et savoir-faire.

A l'issue de ce mois d'évaluation au C.A.V.A., nous élaborons un bilan ensemble dans lequel nous invitons les familles le cas échéant.

La participation des familles est capitale puisqu'elles constituent l'interlocuteur privilégié des personnes. Pour la bonne marche de notre action, les familles doivent être partie prenante du projet des personnes.

#### 5)Phase d'élaboration (C.E.S.)

Du bilan, nous élaborons le projet socioprofessionnel de la personne.

#### Première étape :

Il s'agira de mettre en adéquation les postes et les individus. Ces postes auront été au préalable travaillés par l'ergothérapeute et négociés avec les entreprises de secteur public par l'éducateur.

*Les modalités d'organisation de notre projet se réfèrent aux dernières instructions du Ministère de l'emploi et de la solidarité fin août 2000, à savoir :*

Les entreprises de secteur public vont contractualiser avec les personnes un « Contrat Emploi Solidarité (C.E.S.) d'une durée de 20 heures / semaine et pendant une période de 4 mois ».

Dans un premier temps ce sont les municipalités qui sont visées.

Cette phase est entièrement suivie par l'ergothérapeute et l'éducateur pour ce qui est de l'aspect entreprise d'une part, et par la coordinatrice pour ce qui est du suivi social d'autre part. Chacun des deux chargés de suivi doit être complémentaire et travailler dans son domaine de spécificité respectif.

#### Deuxième étape :

Les salariés en C.E.S. évaluent un Diagnostic-bilan au 2ème mois du C.E.S.. L'employeur devra transmettre les résultats de ce diagnostic-bilan à la DDTEFP avant le terme de la convention (c'est à dire avant le terme des 4 mois).

*Rappel des termes de la circulaire 98/44 en date du 16/12/98, à savoir conformément à la rédaction de l'article L322-467, la convention de C.E.S. doit prévoir des actions destinées à faciliter le retour à l'emploi, notamment des actions d'orientation et de formation professionnelle :*

« Si la Loi impose à tous les employeurs de C.E.S. la mise en place d'un accompagnement, elle prévoit en outre une disposition particulière : un C.E.S. ne peut faire l'objet d'un renouvellement si la demande n'est pas accompagnée d'un dispositif de formation. Un diagnostic-bilan doit être effectué dès l'embauche »

° *Le diagnostic-bilan* : action d'orientation professionnelle courte (20 heures) réalisée par un prestataire extérieur (Office Intercommunal de Fâches Thumesnil) sous la forme d'un entretien approfondi avec le salarié, obligatoire pour les personnes en C.E.S. dans les deux premiers mois du contrat, financée dans le cadre des 400 heures allouées à la formation complémentaire.

° *Une ou plusieurs formations complémentaires* (mobilisation, préqualification ou qualification), financée dans le cadre des 400 heures.

° **Le module d'accompagnement à la recherche d'emploi** de 17 heures, financé par le FSE (Fonds Social Européen) n'entraînant aucune dépense pour l'employeur.

Durant ces 4 mois, une évaluation des capacités professionnelles plus approfondie sera également réalisée par l'ergothérapeute, le tuteur du C.E.S. et le salarié. Celle-ci prendra la forme d'un livret de stage, dont le but est d'apprécier de manière la plus objective possible la pertinence du projet professionnel (la demande du salarié à faire un stage en entreprise, l'initiative à suivre une formation, l'assiduité du salarié dans le cadre de son C.E.S., son intégration dans l'entreprise ...).

Les outils (diagnostic-bilan et livret de stage) sont intimement liés et complémentaires.

C'est pendant toute la phase d'élaboration que vont intervenir la sensibilisation et la formation des tuteurs. La définition de la formation de tuteur fait l'objet du paragraphe suivant.

### **Troisième étape :**

Celle-ci va revêtir 3 cas de figure en fonction des différents bilans réalisés :

*\* Premier cas de figure :* Les différents bilans statuent sur un projet professionnel réaliste au regard des capacités du salarié. Ils orientent sur la formation adéquate.

Dans ce cas le C.E.S. est renouvelé pour 2 fois 6 mois , et il engage le salarié dans une démarche de formation . Le suivi de la formation est assuré à la fois par le tuteur et l'ergothérapeute. La possibilité de bénéficier du suivi social est prolongée.

En d'autres termes, les usagers de la psychiatrie confrontés à un contrat de travail en C.E.S. vont s'inscrire dans une dynamique emploi (« je suis capable de », « je reste inscrits à l'ANPE » ... ) et auquel cas le projet garantit une aide ultérieure à la remise à l'emploi ( avec mise en place de formations préqualifiantes et qualifiantes, techniques de recherche emploi , et la possibilité de renouveler le C.E.S.)

*\* Deuxième cas de figure :* Les bilans statuent à une inaptitude momentanée à intégrer un emploi en milieu ordinaire du travail.

Dans ce cas les personnes sont orientées sur la coordinatrice , qui va rechercher des solutions d'emploi dans le travail adapté (atelier protégé).

*\* Troisième cas de figure :*

Les personnes, au vu des différents bilans, prennent conscience de leurs limites : « je me considère comme invalide et je ne m'inscris plus à l'ANPE » et vont s'inscrire dans un processus de deuil de travail « je ne suis plus capable de travailler » . Il doit s'agir d'une décision mûrement réfléchie et qui fait participer l'environnement éducatif.

Dans ce cas nous envisagerons une orientation sur le programme d'insertion par les loisirs, la culture, le sport, développé par le C.A.V.A. Auquel dernier cas où c'est la coordinatrice qui prend en charge le suivi.

Au terme de cette phase d'élaboration, nous devons constater l'évidence suivante : Nous ne pouvons raisonner en terme de pourcentage de remise à l'emploi avec les dénominations classiques : « autant de C.D.I. ou de C.D.D. ou de Contrats de qualification sont attendus ... », car l'ambition de notre projet est de permettre aux usagers de la psychiatrie, au travers de l'expérience d'un emploi avec un accompagnement et un suivi évaluatifs de qualité, de prendre conscience de leurs propres potentialités et de leurs limites.

### **6) Suivi de l'action**

- des rencontres régulières entre les chargés de suivi (entreprise / social)
- Est prévu également la mise en place d'un Comité de pilotage

## 7) Pérennisation

Nous pensons qu'au terme de cette phase expérimentale, nous allons nous heurter à la limite tenant au recrutement du public. Aussi, nous réfléchissons déjà à ouvrir notre projet aux autres secteurs psychiatriques limitrophes.

## **SENSIBILISATION - FORMATION DES TUTEURS**

Cette action s'inscrit dans une action plus large de sensibilisation au fait mental, auprès des différents intervenants des municipalités (Villes de la Charte intercommunale et villes concernées par le secteur G21 déjà citées plus haut.)

**@ Constat :** la folie fait peur, le statut de handicapé également, sans que l'on connaisse parfois ce que recouvrent ces termes.

Aussi, il nous semble capital pour la bonne réussite de notre projet, de faire participer un membre de l'équipe dans l'entreprise de secteur public. En effet, ce membre de l'équipe sera le référent, en contact quotidien avec le salarié. Nous l'appelons le tuteur du salarié en C.E.S.

Par son statut, il est un partenaire avec qui nous devons travailler. Ce travail fait l'objet du chapitre 3 de ce paragraphe.

Notre action de sensibilisation va comprendre les différents points suivants :

### 1) Sensibilisation des communes

Chronologiquement, cette action se situe à la base. Les villes de la charte intercommunale sont déjà concernées, mais il faut convaincre les politiques d'employer en Contrat Emploi Solidarité dans leurs mairies, des usagers de la psychiatrie atteints de troubles mentaux. Il en est de même pour les villes du secteur G21.

Aussi des rencontres avec les Maires et les secrétaires généraux des différentes communes ciblées seront organisées afin qu'une réelle volonté politique se dégage et prenne forme dans une action concrète.

Après une description globale de notre projet (particulièrement axée sur le suivi et l'accompagnement mis en place par l'ergothérapeute, l'éducateur, le suivi social et le superviseur), il s'agira pour les communes de s'engager ou non, et de négocier si elles s'engagent, quels sont les moyens qu'elles mettent en oeuvre.

### 2) Rencontre des chefs de service

Les secrétaires généraux vont ensuite appliquer les décisions municipales et vont missionner les différents chefs de service.

A ce niveau, notre intervention avec les chefs de service prend effet sur 2 axes :

- une présentation de notre projet
- un repérage des tuteurs, ce qui revient à une définition des tuteurs :

Le tuteur qui va être identifié pour accompagner le salarié en C.E.S. est tout d'abord volontaire et choisi pour ses qualités humaines et professionnelles. Ce n'est pas forcément le responsable ou son adjoint (chef de service), ce peut être un membre de l'équipe reconnu par tous pour son professionnalisme (qualités techniques) et sa pédagogie (transférabilité des savoir faire), sa maturité et son désir de faire avancer les choses de façon positive.

De part son rôle de référent, il influencera le comportement du salarié à l'intérieur de l'entreprise, sera à son écoute et l'aidera si nécessaire en soutenant les efforts et en aidant parfois à surmonter les échecs (qualités d'encadrement).

### 3) Sensibilisation - Formation des tuteurs

Afin de mieux préparer les tuteurs, nous suggérons plusieurs étapes :

- Une invitation à répondre à un **questionnaire de représentation de la folie**.

Cet outil a deux fonctions : d'une part il s'agit de connaître la propre représentation de la maladie mentale que se fait le tuteur, et d'autre part d'avoir une réflexion sur la folie qui permettra éventuellement de modifier ses points de vue.

L'ergothérapeute sera autorisé à utiliser cet outil qui a été élaboré par l'Organisation Mondiale de la Santé.

- Une invitation à **visiter la Clinique J. BOSCH** de l'EPSM d'Armentières **et du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) FRONTIERES** à Hellemmes.

Démarche préconisée pour démystifier les lieux d'hospitalisation, et pour découvrir les structures de soins (Frontières) dans la Cité, avec sa salle d'exposition, son fonds d'art contemporain, sa salle d'ergothérapie, ses activités culturelles et artistiques.

Ainsi le tuteur pourra connaître le milieu dans lequel le nouvel employé a évolué, ce qui permettra par ailleurs de créer des liens privilégiés entre le tuteur et le futur employé avant l'insertion en entreprise.

- Un **entretien libre avec l'ergothérapeute** sous la forme d'une discussion - débat entre l'expérience de l'ergothérapeute d'une part et les doutes, craintes du tuteur d'autre part.

Pourront être abordées des questions relatives à la dangerosité des outils, des machines (Est-ce que les personnes peuvent « craquer » devant une machine?) la conduite à tenir en cas de crise .../...

Tout au long de l'action l'ergothérapeute chargé du suivi entreprise est en lien permanent avec le tuteur (et réciproquement). Son rôle est d'être à son écoute et de le conseiller dans sa relation avec le salarié en C.E.S. Une fois en entreprise le tuteur ne doit pas être constamment à côté du salarié. Ce qui importe c'est que le salarié puisse communiquer avec son tuteur quand il en ressent le besoin, il n'a pas besoin d'une personne qui le surprotège, d'une ombre qui le couvre à tout moment, n'oublions pas que c'est quelqu'un qui a déjà des compétences professionnelles et qui ne nécessite donc pas un guidage au quotidien.

Le travail de l'ergothérapeute permettra de rassurer l'ensemble du personnel municipal à tous les niveaux.

### 4) Supervision de l'action

Comme nous l'avons déjà mentionné, des Comités de pilotage de l'action vont être mis en place, au cours desquels nous avons pensé dans un souci d'objectivité à la participation d'un psychologue - superviseur.

Ce dernier nous servira de « conseiller technique », de « garde-fou » et recadrera l'action quand il le faudra.

La coordinatrice, l'ergothérapeute et l'éducateur, le tuteur, le superviseur à l'écoute : 5 éléments clés pour la réussite de notre action d'insertion socioprofessionnelle de personnes atteintes de troubles mentaux.