



AFTC Ile-de-France / Paris

Sommaire

Pages 1

- Edito

Page 2 - 3

- La psychomotricité

Page 4

- SAMSAH-92

Page 5

- SAMSAH La Note Bleue

Page 6

- Forum Santé-Citoyen
- La Solitude

Page 7

- Handicap et Travail

Page 8

- ESAT Hors les murs

A NOTER

**Assemblée Générale
AFTC Ile-de-France / Paris**

Samedi 31 mars 2012

à La Note Bleue

Directeur de la Publication
Françoise FORET

Responsable de la Rédaction
Thierry DEROCLES

Impression : Kopitou - ESAT Paris 13

Plan TC

Il y a exactement deux ans le Premier Ministre, François Fillon, annonçait solennellement un plan gouvernemental pour améliorer la prise en charge des traumatisés crâniens et des blessés médullaires.

En mai 2010 une mission inter-ministérielle était confiée au Professeur Pascale Pradat-Diehl, assistée de Mr André Aoun, alors Conseiller général des établissements de santé, avec la participation d'Emeric Guillermou, Président de l'UNAFTC et du Docteur Anne Laurent-Vannier, Présidente de France Traumatisme Crânien. Ce groupe de travail poursuit activement ses travaux pendant plus de six mois. Notre AFTC s'était alors mobilisée, comme d'autres au sein de l'UNAFTC, pour exprimer les difficultés et les besoins des blessés et de leurs familles et fut auditionnée, notamment sur la problématique du vieillissement.

En novembre 2010 la mission remit aux ministères concernés son rapport définitif et la proposition d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires. Et l'année 2011 s'écoula... Malgré les nombreuses démarches des uns et des autres, le « Plan TC » semblait enlisé.

Jusqu'à ce que, le 22 décembre 2011, dans le cadre de la signature du Pacte pour l'emploi des personnes handicapées en entreprises adaptées, le Premier ministre prononce un discours dans lequel il déclare : *« Le deuxième exemple concerne la prise en charge du traumatisme crânien. Ici encore, la séparation entre un compartiment dit sanitaire et un compartiment dit médicosocial a trop longtemps empêché qu'existe une véritable transversalité dans la prise en charge. Le groupe de travail réuni à ma demande et présidé par Emeric Guillermou et Pascale Pradat l'a encore rappelé dans une contribution précieuse sur des enjeux essentiels pour de nombreuses familles et pourtant pendant beaucoup trop longtemps méconnus. C'est sur cette base que sera présenté dans les prochaines semaines un programme d'actions visant à porter à l'échelle nationale les meilleures pratiques comme celles par exemple initiées par les équipes de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris ».*

Nous apprenons que ce Plan devrait être annoncé le 8 février 2012 justement à l'Hôpital de Garches. Bonne nouvelle pour commencer l'année 2012 que nous souhaitons à tous fructueuse !

Françoise Foret

La psychomotricité : un plus pour les cérébro-lésés ?

Assez peu connue du grand public, la psychomotricité s'intéresse aux liens entre le corps et l'esprit. Cette approche permet de créer une relation thérapeutique qui aide la personne à améliorer la prise de conscience de son corps, pour mieux communiquer avec les autres et mieux s'adapter à son environnement. Le psychomotricien utilise l'expression corporelle, le théâtre, la relaxation, la balnéothérapie, les activités sportives...

Le terme de psychomotricité est apparu en Allemagne (Griesinger, fondateur de la neuropsychiatrie) puis en France (Dupré, psychologue-psychiatre) à la fin du 19e s. La psychomotricité se place au croisement des différentes disciplines : psychologie / psychiatrie / pédagogie / éducation physique / neurophysiologie.

Pour les personnes cérébro-lésées, la psychomotricité a pour but la réappropriation corporelle. En effet, la personne cérébro-lésée présente souvent une perte des capacités motrices et cognitives. La rupture avec « le corps d'avant » est importante et les conséquences au niveau identitaire peuvent être dramatiques. La psychomotricité aide alors la personne cérébro-lésée à faire connaissance avec ce nouveau corps et tente de diminuer les troubles cognitifs par une approche corporelle.

Les psychomotriciens peuvent intervenir sous différentes formes auprès des personnes cérébro-lésées. La pratique en établissement est la plus fréquente, mais les pratiques en libéral ou à domicile peuvent aussi être tout à fait efficaces.

1) En établissement

Publics et établissements concernés : Les bébés prématurés en service de néo-natalité, les unités mère/bébé, les structures de la petite enfance, les centres médico-psychologiques, les foyers pour personnes handicapées, les EHPAD pour les personnes souffrant de démences de type Alzheimer.

Etablissements pour cérébro-lésés : Les psychomotriciens sont malheureusement peu présents (mais leur nombre augmente) en service de rééducation fonctionnelle ou en service de réveil de coma, alors que leur travail serait pourtant un « plus » dans l'accompagnement de la récupération des capacités. Ils sont également peu présents en UEROS (unités d'évaluation pour cérébro-lésés). Par contre, les psychomotriciens sont très présents en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), CAJ ou CAJM (Centre d'Activité de Jour Médicalisé) et FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé).

L'atelier karaté : Le groupe permet d'instaurer une dynamique de travail, d'améliorer l'estime de soi, les relations aux autres. Le karaté est une médiation psychomotrice efficace pour travailler sur la gestion des émotions, notamment l'agressivité, dans un cadre rassurant. Les fonctions psychomotrices travaillées dans un atelier de karaté sont l'équilibre, l'organisation motrice (coordinations/dissociations), l'évolution dans l'espace, la gestion du tonus, la connaissance du corps appelée « schéma corporel », la mémoire du corps (par l'apprentissage des katas) et les autres fonctions cognitives. Le travail corporel avec un partenaire permet d'améliorer les relations aux autres.

La salle Snoezelen : C'est une salle de stimulations multi-sensorielles et un outil de relaxation. Cette salle se présente souvent avec des colonnes à bulles lumineuses, un matelas à eau chauffant, un hamac, des coussins ergonomiques, des tapis au sol, des huiles essentielles. Comme nous savons que les lésions cérébrales peuvent provoquer une dégradation des systèmes sensoriels, cette salle permet de mettre ces sens en éveil. Les dégradations du système vestibulaire (perception par rapport à la verticale) et de la proprioception (perception de la position des membres et du tonus) sont aussi fréquentes et peuvent être travaillées ici. L'objectif thérapeutique est donc le développement de la sensorialité, l'amélioration de la communication par la stimulation sensorielle (le langage corporel). La salle Snoezelen est un espace de détente, de concentration sur soi dans une institution où le collectif est souvent mis en avant.

2) En cabinet libéral

Pratiques libérales : Les séances de psychomotricité en cabinet libéral se font sur prescription médicale. Le prix moyen d'une séance est de 40 euros, sans remboursement par la Sécurité sociale. Cependant, des remboursements peuvent se faire par des mutuelles ou la MDPH. La durée des séances est d'environ 45 minutes. L'accompagnement commence par un bilan psychomoteur pour avis. Ces séances sont possibles et peuvent être très bénéfiques en plus de l'accompagnement en institution. Les séances sont réalisées au cabinet ou dehors dans la rue (pour travailler la réassurance à la marche par exemple), dans un parc, dans le métro (pour traiter les claustrophobies, les agoraphobies ou améliorer l'orientation spatiale...)

Le bilan psychomoteur : On évalue la motricité globale, le tonus, le schéma corporel, l'image du corps, l'organisation dans l'espace, les repères dans le temps... Le bilan consiste en des tests en mouvement, des exercices moteurs, un « dessin du bonhomme », des exercices rythmiques, d'imitation de gestes, des mobilisations passives des membres, un test de latéralité. Les objectifs de soin peuvent être la réappropriation corporelle, l'amélioration de l'investissement corporel, la diminution des angoisses, la diminution des douleurs. Il s'agit aussi de traiter les troubles psychomoteurs pour améliorer l'estime de soi et la communication. Généralement, le psychomotricien propose une séance de 45 minutes à raison de 1 fois par semaine pendant 6 mois à 1 an au minimum.

La relaxation : Elle a pour but la diminution des angoisses, la gestion du stress, des troubles psychosomatiques et des troubles du sommeil, la diminution des rigidités musculaires, la gestion des émotions, l'aide au sevrage tabagique. Le psychomotricien pratique différents types de relaxation pour s'adapter à la diversité des publics. Par exemple, il peut utiliser des inductions verbales, le toucher, les mobilisations passives, la relaxation en mouvement. Il peut aussi utiliser des médiations comme le yoga, la sophrologie, le tai chi chuan ou des techniques de respiration ou d'imagerie mentale. Les séances de relaxation peuvent être réalisées individuellement ou en groupe.

3) A domicile

Les formules : Certains psychomotriciens installés en cabinet libéral peuvent intervenir à domicile. De plus, les SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) sont composés d'une équipe pluridisciplinaire comprenant parfois un psychomotricien. Pour bénéficier d'un accompagnement en SAMSAH, une orientation de la MDPH est nécessaire. Enfin, les équipes des SSIAD (Services de Soins Infirmiers A Domicile) interviennent souvent chez les personnes âgées mais réservent fréquemment plusieurs places aux adultes handicapés. Dans ce cas, les psychomotriciens travaillent en partenariat avec les auxiliaires de vie et les aides-soignants qui sont peu formés aux lésions cérébrales.

Les troubles de la marche : La dégradation de la marche due aux lésions cérébrales gêne la personne cérébro-lésée dans sa vie quotidienne. De plus, la capacité de marche représente la capacité d'indépendance, de liberté.

Se tenir debout, c'est la principale caractéristique de l'homme. C'est pourquoi la dégradation ou la perte totale de la capacité de marche est si douloureuse. La perte du contrôle des mouvements volontaires peut provoquer des angoisses majorées par les troubles de l'équilibre et les éventuelles chutes. Les troubles de la marche sont alors d'origine psychomotrice : la peur de tomber, la perte de l'estime de soi, la colère de ne plus marcher « comme avant » provoquent une peur ou un refus de marcher ! Alors le psychomotricien va aider la personne cérébro-lésée à reprendre confiance en elle. Les exercices à domicile, dans les escaliers ou dehors, permettront une réassurance à la marche. Les techniques du psychomotricien concernent la perception des mouvements, la conscience posturale, les appuis des pieds. Peu à peu, les mouvements sont plus fluides, la personne se redresse, relève la tête. Les pas sont plus sûrs. Nous rencontrons souvent des kinésithérapeutes perplexes face aux personnes cérébro-lésées et expliquant que leurs techniques ne sont plus efficaces car le problème n'est plus en lien avec une restriction articulaire ou musculaire.

Les actes de la vie quotidienne : Les personnes cérébro-lésées peuvent être dépendantes d'un tiers lors de la toilette, l'habillage, le repas. Les professionnels intervenant à domicile peuvent être démunis devant les éventuels troubles du comportement, les refus, les angoisses provoquant des hypertonies (contractions musculaires gênant les mobilisations lors de l'habillage par exemple). Le psychomotricien peut expliquer les séquelles neurologiques, conseiller des méthodes pour faciliter et apaiser certaines situations. Le psychomotricien peut intervenir lors de la toilette pour aider la personne à diminuer les troubles du schéma corporel ou les hémisphères négligés. Lors des repas, le psychomotricien sera vigilant aux apraxies ou dysmétries (troubles du geste). Le repas sera aussi l'occasion de stimuler les différents sens (olfaction, goût) dégradés par les lésions cérébrales.

Pour conclure, nous avons vu comment le psychomotricien peut intervenir auprès des personnes cérébro-lésées. L'approche corporelle est essentielle lorsque le traumatisme a des conséquences aussi variées et complexes. Les personnes cérébro-lésées sont en effet très différentes les unes des autres mais toutes ont vécu une rupture identitaire importante. La psychomotricité est alors un élément nécessaire dans l'accompagnement des personnes sur le chemin de la réappropriation psychocorporelle.

Adeline Hougron, Psychomotricienne

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAMSAH - 92 et SAMSAH La Note Bleue

Le SAMSAH-92 est géré par l'UGECAMIF et s'intègre, avec l'antenne UEROS, dans un dispositif de suivi et d'insertion implanté dans le secteur sanitaire, au sein du service de MPR de l'hôpital R Poincaré de Garches (AP-HP), ce qui permet de favoriser la continuité de l'accompagnement depuis la sortie du secteur sanitaire.

Les missions du SAMSAH comprennent plusieurs axes : favoriser l'autonomie et l'intégration dans l'environnement de vie de la personne en collaboration avec le réseau existant (auxiliaires de vie, réseau sanitaire de proximité, mission locale...); fluidifier les sorties des services MPR; suivre les personnes dans la filière de la cérébrolésion; sensibiliser et former les partenaires à la spécificité de l'accompagnement des personnes cérébro-lésées (Auxiliaires de vie, structures non spécifiques, environnement professionnel). Ce service de 20 places, accueille des adultes cérébro-lésés, domiciliés dans l'ouest parisien, dont le besoin d'accompagnement relève d'au moins deux prestations de nature différente (sanitaire et médico-sociale). L'accompagnement proposé est pluri-disciplinaire et individualisé en fonction des besoins.

Activité du SAMSAH

(période du 01/12/09 au 31/12/11)

Vingt bénéficiaires ont été admis. Neuf d'entre eux étaient suivis par l'antenne UEROS et huit par le service de MPR de l'hôpital R. Poincaré. Sur le plan démographique, les personnes accompagnées sont âgées en moyenne de 43,8 ans. Huit sont mariées ou en concubinage, sept sont séparées et quatre sont célibataires. Parmi les usagers, neuf personnes ont été victimes d'un traumatisme crânien, neuf d'un AVC, une d'une tumeur cérébrale et une d'une anoxie. Le délai séparant l'accident de l'entrée au SAMASH est variable et reflète des besoins différents en terme d'accompagnement (1 personne est à un délai de moins de 2 ans, 4 entre 2 à 4 ans, 2 entre 4 à 8 ans, 2 entre 8 à 10 ans et 10 au delà de 10 ans). Tous présentent des troubles cognitifs, certains avec des troubles sévères du comportement. Neuf personnes présentent des déficiences motrices et six personnes ont des déficits perceptifs associés. Le niveau de handicap est globalement sévère pour huit d'entre elles. Les autres usagers ont un niveau de handicap modéré avec un degré d'autonomie relatif.

A deux ans de fonctionnement, nous constatons que les accompagnements proposés à domicile s'avèrent bénéfiques sur plusieurs plans mais surtout au plan de la restriction de la participation. Les effets (mesurés par des évaluations au décours de la prise en charge) sont constatés aux plans personnel et familial, avec une meilleure autonomisation, une meilleure coordination des soins, une diminution de l'isolement social, un effet psychologique avec amélioration de l'humeur, une meilleure qualité de l'insertion professionnelle et une évolution du projet de vie.

Néanmoins, un certain nombre de questions sont soulevées par l'équipe et les usagers. Il apparaît clairement une nécessité de souplesse dans le fonctionnement tant au niveau du rythme que du type d'accompagnement proposé afin de respecter les fluctuations inhérentes aux problématiques neurologiques et médicales des blessés ainsi que leur style de vie et celui de leur entourage. Il semble également indispensable de prendre en compte le caractère « intrusif » des accompagnements réalisés dans le lieu de vie de la personne et de poser les limites de l'accompagnement qui peut être proposé. La coordination des axes d'accompagnement et des moyens mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire et les partenaires extérieurs ainsi que les réévaluations régulières des besoins sont des éléments indispensables pour permettre une cohérence globale de l'accompagnement.

Des questions concernant l'accompagnement et le devenir des personnes après l'arrêt de la prise en charge sont également soulevées. Pour certaines personnes, l'intégration dans le milieu de vie aura permis une autonomie, souvent relative; pour d'autres, l'orientation vers des structures de jour ou des foyers de vie devra être envisagée. Et enfin, pour la plupart, la nécessité d'un suivi à distance s'avère indispensable, dans la mesure où la stabilité de l'insertion des personnes cérébro-lésées reste fragile et dépend, en partie, des modifications de l'environnement. Ces suivis ne pourront pas être réalisés par le SAMSAH-92, car les notifications sont restreintes à quelques années, mais pourraient être réalisées par les antennes UEROS ou les consultations médicales de MPR.

*Claire Vallat-Azouvi Docteur en Neuropsychologie
Coordinatrice Antenne UEROS et SAMSAH, UGECAMIF*

Le SAMSAH « La Note Bleue » accompagne depuis trois ans jusqu'à une dizaine de blessés quasi-exclusivement parisiens, disposant d'un habitat personnel, occupé seul ou en famille mais à l'exclusion des foyers d'hébergement et autres lieux institutionnels.

Il s'agit d'accompagner les personnes, quel que soit leur niveau d'autonomie fonctionnelle, dans l'élaboration et la réalisation de leurs projets, en portant une attention particulière à l'accès aux soins, aux loisirs, aux droits, à la culture et en favorisant l'insertion sociale ou socio-professionnelle, en soutenant la parentalité.

La demande d'accompagnement nous est adressée parfois par le blessé, plus souvent par son entourage ou son médecin. Le décalage entre les besoins repérés par les professionnels ou l'entourage et ce que le blessé est prêt à accepter, voire à demander, est un enjeu tant que dure le suivi.

Il y a une part concrète dans la demande initiale (aménagement du domicile, aide dans les démarches administratives, retour ou accès à l'emploi...) qui n'est pas nécessairement réalisable et qui se double d'une demande plus implicite qu'il faut repérer : en cas d'isolement du blessé et parfois de sa famille, l'inquiétude du médecin connaissant l'importance des troubles cognitifs de son patient et le sachant seul à domicile.

Souvent, il s'agit d'être là, sans autre objectif clairement affiché que celui d'offrir un temps d'écoute et d'élaboration, de maintenir un lien qui peut être pour certains blessés particulièrement isolés le seul lien social qui subsiste. Mais il faut aussi réussir à redonner du sens, s'appuyer sur des projets concrets. Le seul point commun entre ces différents accompagnements est peut-être la très grande variabilité, l'importance des modulations que nous avons à opérer, en termes de rythmes, de réponses, de propositions, autant de fluctuations à mettre en lien avec le fonctionnement psychique des blessés.

La plupart des blessés que nous accompagnons qui sont très éloignés de la rééducation et de la réadaptation, refusent, parfois de façon massive, des moyens de compensation, des aides techniques ou humaines, des aménagements qui nous semblent sinon relever du bon sens, apporter un gain immédiat d'autonomie. Certains blessés ont su nous apprendre que ces refus relevaient autant de leur pathologie que d'une forme de choix existentiel, sur lequel nous n'avions aucun pouvoir.

Et c'est aussi à partir du moment où nous pouvions les reconnaître comme tels, choix d'une personne et pas seulement choix d'une personne dont les facultés de jugement sont partiellement altérées, qu'en certains cas la négociation a pu s'ouvrir.

Intervenir à domicile, c'est intervenir dans l'intimité. Même si cela répond à une demande, venir trier les papiers administratifs, comptes-rendus médicaux et relevés de compte, accompagner à des rendez-vous, à la toilette, rencontrer des proches, constituent une intrusion. Pour que cette présence tierce soit acceptable, il faut que les intervenants arrivent à se rendre familiers. Familiers du blessé certes, mais lorsque celui-ci vit en famille, cette aide doit aussi pouvoir s'inscrire dans un nouvel équilibre familial sans pour autant y faire peser trop d'étrangeté.

Il s'agit pour nous d'être capables d'accueillir avec tact et bienveillance tout autant le blessé que le fonctionnement familial, qui, il ne peut en être autrement, constitue un ensemble de liens ambivalents, porteurs d'amour et d'aliénation, de partage et de douleur. Les problématiques de chacun s'étant accommodées des comportements parfois pour le moins excentriques du blessé, il faut renoncer à vouloir dénouer trop vite les éventuels imbroglios.

Si tenir trop à distance la famille revient dans bien des situations à construire un échec programmé, il s'agit aussi de pouvoir soutenir le blessé dans son désir d'indépendance et d'autonomie. La position idéale est moins juste qu'ajustable. Parce qu'en général la famille se doit d'être beaucoup plus présente dans le registre du besoin auprès du blessé, l'intervention du SAMSAH peut permettre de restaurer des zones d'ombre nécessaires à ce que les relations se reconstruisent en faisant une place moindre au traumatisme, à l'urgence et à la nécessité.

Le SAMSAH représente donc une aide pour les familles, mais qui peut parfois être vécue comme une intrusion voire une tentative rivale de « faire mieux » ou de « faire à la place ».

Cette aide n'est pas une offre de service mais un travail qui se pense et se construit sur le long terme, à ce titre elle peut être difficile à comprendre et à accepter. L'effort de lisibilité des actions du SAMSAH en direction des familles est essentiel à l'existence durable d'un accompagnement de qualité et porteur de sens.

*Laura Simsolo, Psychologue
SAMSAH La Note Bleue - MAS Clément Wurtz*

Forum Santé-Citoyen

L'ARS, la CRSA et la CPAM d'Ile-de-France ont organisé le 5 décembre 2011 leur premier Forum Santé-Citoyen sur le thème de la démocratie de la santé, centré sur trois sujets : Information et accessibilité au système de santé - Droits des usagers - Mobilisation des citoyens et des acteurs de santé.

De nombreux points sensibles dans les rapports des Franciliens à la santé furent mis en évidence. Des plaintes sont exprimées à tous les niveaux, y compris le plus haut, celui du Défenseur des Droits, Dominique Baudis, qui a ouvert le Forum (25% des plaintes concernent la santé). Parmi les plaintes, citons : la difficulté à trouver soignant ou établissement qui convienne au problème de chacun, le droit pour tous à accéder au système de santé, la pratique des droits des usagers, l'articulation avec la démocratie locale (municipalité, conseil général ou région).

Les critiques se focalisent sur les délais et l'inégalité de l'accès selon la géographie ainsi que sur le « reste-à-charge » toujours croissant. Des représentants « de terrain » qui ont à faire avec des populations dites fragiles montrèrent le lien étroit entre accès aux droits et accès aux soins. Les déterminants sociaux jouent un rôle essentiel : la dégradation du contexte législatif et la précarisation grandissante, par exemple des jeunes, causent l'auto-exclusion du système de santé et, à long terme, l'aggravation des coûts des soins.

Les nouvelles structures de santé (ARS, CRSA) restant quasi inconnues du public, il y a un énorme effort d'information à faire en cette direction. La remontée des réalités de terrain vers les lieux de décision, pointées par exemple dans les Conférences de Territoire, reste toujours difficile. Le Président de la CRSA a parlé d'un « puits sans fond » où se perdent les plaintes et les remarques des usagers.

Néanmoins, de nombreuses initiatives furent rapportées, soit dans des communautés de patients (le « savoir profane » des associations VIH SIDA est un exemple frappant), soit dans divers « ateliers » sous la forme de contrats locaux de santé (dont la pérennité est parfois menacée par les diminutions de subvention). La législation actuelle offre aux usagers de vraies possibilités de se faire entendre dans les établissements hospitaliers (c'est moins évident dans le médico-social) : CRUQPC, médiateurs, sans pour autant atteindre un fonctionnement optimal

L'ARS mentionne que 1500 réclamations, reflétant des problèmes non résolus sur le terrain, lui sont parvenues cette année. Comme à tous les niveaux, l'efficacité des structures en principe démocratiques est menacée par l'épuisement des associations agréées à qui on demande beaucoup sans leur donner le pouvoir de prendre des décisions. Dans ce domaine, la démocratie participative est encore loin d'être réalisée.

Jean Foret

La Solitude

Il existe des blessés sans amis, sans famille, sans parents. Voici deux situations qui soulèvent des problèmes identiques.

Après avoir sollicité en vain des structures, un blessé s'adressa notre association qui le dirigea vers un cabinet d'avocat et un médecin spécialisés. Afin de prendre en charge sa situation, il lui fut demandé quelques documents : attestation, décision d'invalidité etc... Le blessé omit de dire qu'il ne pouvait pas remplir les dossiers et il ne signa pas les demandes de procuration reçues par courrier. N'ayant pas renvoyé les dossiers, le blessé attendit en vain une relance ou un rendez-vous, envisageant une fois de plus de tout laisser tomber. Un contact personnel permit de l'orienter vers un SAMSAH. Pour que celui-ci intervienne, il fallait encore remplir et signer un dossier qui fut adressé au blessé par la poste et ne fut jamais renvoyé. Et le blessé attendit encore en vain. C'est ainsi que les semaines, les mois, les années passent. Chacun a fait son travail et pourtant le blessé isolé reste avec son amertume, sa solitude, et parfois sans un euro.

Second cas d'un blessé dans la même situation et qui de plus a des difficultés de prononciation. Comment se faire comprendre d'un professionnel quand on lui explique un problème qui ne relève pas de sa compétence ? Renvoyé les mains vides vers un autre professionnel, le blessé n'est pas mieux compris. Il est difficile d'avoir d'autres rendez-vous. Révolté, le blessé finit par jeter une partie de son dossier et se replia dans sa solitude.

Cela se serait-il passé ainsi avec un proche ? Bien sûr que non car toutes les démarches auraient été faites par lui. Qu'en conclure ? S'il n'y a pas de tuteur ou de curateur, et que le blessé est seul, le service social ne doit pas se contenter d'orienter le blessé, il faut qu'il n'hésite pas à expliquer et expliquer encore et à l'accompagner si besoin jusqu'à son domicile. Il ne faut pas accepter les rejets ou les portes fermées le jour du rendez-vous et persister, au besoin envoyer un tiers, mais en aucun cas il ne faut abandonner.

A force de ténacité, le SAMSAH La Note Bleue a réussi à faire avancer le dossier de l'un d'entre eux, mais il ne peut résoudre tous les problèmes, notamment ceux qui concernent l'indemnisation. On découvre que certains blessés isolés ne sont pas indemnisés comme il conviendrait.

L'AFTC peut apporter un conseil juridique et orienter vers un avocat spécialisé. Peut-être devrait-elle aussi envisager de s'adjoindre un travailleur social qui puisse notamment venir en aide aux personnes cérébro-lésées isolées en agissant en concertation avec les structures existantes. Ce qui évidemment implique quelques moyens financiers.

Guy Cochin

Handicap et Travail

La journée consacrée au handicap, que l'Union régionale Ile-de-France (URI) de la CFDT organise depuis dix ans, s'est tenue à Paris le 1^{er} décembre, en collaboration avec l'Union départementale de Paris. Elle était intitulée « *Comprendre et agir pour l'emploi des salariés handicapés* » et l'accent était mis cette année sur le handicap non visible. L'AFTC Ile-de-France/Paris, sollicitée par la CFDT, a répondu favorablement à l'invitation et a participé à cette manifestation.

L'URI s'appuie sur un groupe d'une quarantaine de militants travaillant en entreprise qui forment un réseau et font circuler l'information sur le handicap dans l'entreprise. Une centaine de personnes de toutes professions assistait à la journée.

Son objectif était de faire « vivre » le handicap par les participants en les faisant sortir de la représentation du handicap pour les amener à sa réalité vécue. Dans ce but quatre ateliers de sensibilisation étaient organisés concernant :

- La mobilité (s'aider par les sens, rôle des chiens d'accompagnement)
- La malvoyance (accomplir différentes tâches dans le noir)
- Handicap non visible (comportement, mémoire)
- Handicap et monde du travail.

Martine Laborde et Françoise Foret ont animé l'atelier sur le handicap non visible et pris part à la table ronde qui clôturait la journée. Elles ont présenté la vidéo « *Retravailler après un TC* » réalisée par l'AFTC Alsace qui permet de dégager des facteurs clés de réussite pour la réinsertion d'un travailleur dans l'entreprise après un accident grave (un mois de coma), en particulier :

- la volonté réciproque de réussir cette réinsertion et de s'en donner les moyens
- l'aide d'une équipe multidisciplinaire
- la mise en place d'un tutorat
- l'information au sein de l'entreprise
- l'adaptation du poste
- le respect d'une charte d'insertion.

Les participants, nombreux et intéressés, ont ensuite engagé une discussion animée en évoquant des exemples vécus. La présence parmi eux d'un ergonomiste en entreprise a permis, au travers de son expérience, d'aborder des situations concrètes et aussi de souligner le bénéfice apporté aux autres salariés par les améliorations instaurées pour compenser le handicap.

Différentes problématiques ont été abordées dans l'atelier, telles que :

- la conduite d'un entretien d'embauche
- l'attitude et les réactions des collègues
- la gestion des difficultés au quotidien.

Ces échanges autour de situations concrètes avaient pour but de sensibiliser les militants qui peuvent être confrontés à tout moment de leur vie professionnelle à la situation de handicap. La démarche de déstabilisation des participants, en leur faisant « ressentir » le handicap, a été opérante : « *Ainsi, ils comprennent mieux ce que ces personnes vivent au quotidien. Cela vaut tous les discours !* », dit M L Krief, responsable de la journée.

L'intervention de l'AFTC a permis aux participants de mieux comprendre les difficultés spécifiques des personnes cérébro-lésées et les échos de cette journée ont été très positifs.

Martine Laborde

Rencontre pour les enfants dont un des parents est victime d'une lésion cérébrale

Depuis plusieurs années un groupe de professionnels de l'Association Réseau Traumatisme Crânien (médecins de rééducation, médecins psychiatres, psychologues) réfléchit sur les difficultés que peuvent rencontrer les enfants ou les adolescents quand un de leurs parents proches est atteint d'une lésion au cerveau.

Cela a déjà permis l'édition d'un livret « *Quand papa ou maman a une blessure au cerveau* » par le Centre Ressources Francilien du Traumatisme Crânien (CRFTC) pour accompagner les jeunes dans cette situation.

Ces professionnels réfléchissent à d'autres formes de soutien spécifiquement adaptées aux **adolescents entre 10 et 15 ans**. Dans ce but, ils organisent le **samedi 16 juin** prochain entre 14 h et 16 h une réunion d'échange et de discussion qui réunira des adolescents d'âge collège qui ont un parent cérébro-lésé.

Les jeunes seront accueillis par un médecin pédo-psychiatre et par un médecin de rééducation pour les écouter et répondre à leurs questions, pour les aider à partager leur expérience, et pour chercher avec eux ce qui pourrait être utile dans une telle situation.

Dans le même temps, les parents accompagnateurs qui le souhaiteraient seront accueillis par une psychologue et un représentant de l'AFTC Ile-de-France / Paris.

**Si vous et votre enfant êtes intéressés
par ce projet, contactez le CRFTC
Tél : 01 56 53 69 90 - crftc@crftc.org**

« ESAT HORS LES MURS »

Le 30 novembre 2011, nous avons été reçus à « l'ESAT hors les murs » de Chatillon - 92320, nouvelle structure de l'ADAPT, ouverte en octobre dernier et rattachée à la plateforme médico-sociale d'Evry bien connue pour son UEROS.

Mesdames Raquel Secades, Directrice de la plateforme d'Evry et des ESAT hors les murs d'Evry et Châtillon, et Manuèle Masset, Directrice adjointe, nous ont présenté de façon approfondie les objectifs, l'approche et le programme de ce nouveau type de structure destinée à l'accompagnement à l'insertion professionnelle de personnes handicapées présentant des troubles cognitifs d'origine neurologique et/ou psychique.

Véritable passerelle entre milieu protégé et milieu ordinaire de travail, cette innovation, expérimentée à Evry depuis 2001, a pour but de rendre progressivement accessible l'environnement ordinaire à des personnes cérébro-lésées grâce à l'accompagnement d'une équipe spécifique de neuropsychologues et de « job coachs » et à la prise en compte de la culture et de la volonté de l'entreprise. Elle nous a paru extrêmement intéressante et adaptée à la problématique de l'insertion professionnelle pérenne de ces personnes.

Ce tout nouveau ESAT hors les murs de Châtillon offre 50 places à des personnes orientées par la CDAPH, pour un parcours vers l'emploi en milieu ordinaire s'échelonnant sur une durée moyenne de 26 mois, avec un suivi d'un an renouvelable à partir de la conclusion d'un CDI.

Le parcours à l'ESAT hors les murs a été défini à partir d'une approche neuropsychologique du handicap d'origine neurologique et /ou psychique dans l'objectif de « mettre la bonne personne au bon endroit ». Chaque programme individuel de soutien dans l'emploi et de « réhabilitation professionnelle » est défini à partir d'un bilan neuropsychologique spécifique orienté « tâches professionnelles » et de « l'identification des leviers permettant de réduire le handicap dans la réalisation des tâches ».

Pour Information ou Candidature à l'ESAT Hors les murs

Mme Raquel Secades
01 60 79 88 55

Mme Manuèle Masset
01 41 09 75 07

Ce bilan permet de préciser un projet d'activité professionnelle, individualisé, de cibler l'entreprise et les tâches adaptées.

« La démarche s'organise ensuite selon trois axes :

1. **Une préparation à l'intégration en milieu ordinaire**, préalable à toute mise à disposition : réentraînement cognitif et psychosocial de 12 semaines.
2. **Une analyse cognitive du poste de travail** envisagé en termes de tâches professionnelles et d'environnement (matériel et relationnel).
3. **Un accompagnement professionnel** (job coaching) : réentraînement en situation réelle de travail par des mises à disposition en entreprise . De mise à disposition en mise à disposition, le CV se construit progressivement jusqu'à ce qu'une entreprise exprime sa volonté de recrutement en CDI, le taux d'insertion est estimé à 43 % (taux cumulé sur 10 ans) » (*Extrait de la note d'information de l'ESAT*).

La palette des métiers est très ouverte puisqu'on part du projet individuel de chaque personne. Les entreprises sont plutôt des grands groupes, de secteurs divers, notamment la grande distribution, la distribution spécialisée (bricolage...) et la restauration rapide.

La pluridisciplinarité des équipes de l'ESAT, l'individualisation des programmes et de la recherche de contrats avec les entreprises, l'importance accordée à la préparation du projet de chacun, la progressivité de la présentation et de l'insertion en entreprise, la régularité, la profondeur et la réactivité du suivi nous ont paru autant d'atouts essentiels pour la réussite de l'insertion professionnelle de personnes cérébro-lésées en milieu ordinaire.

*Marie-Paule Mansour
Jean-Michel Laborde*

Pour nous contacter

Courrier : A F T C IdF / Paris
Boîte 7
96 rue Didot - 75014 Paris

Téléphone : 01 40 44 43 94

Télécopie : 01 40 44 43 58

E-mail : aftc.idf@wanadoo.fr