



*Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.
FAF Berlin*

C O N F E R E N C E

**of European
Firms, Co-operatives and
Employment Initiatives for
Psychically Disabled**

March 9 — 11 th, 1987

Berlin

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

BERLINO - 10/12 marzo 1987

"Convegno di associazioni e cooperative europee e progetti di lavoro
per gli invalidi psichiatrici":

NOTE SULLA SITUAZIONE ITALIANA

- 1) Accenni sulla situazione italiana in relazione al fenomeno disoccupazione, ai dati in percentuale della popolazione portatrice di handicap, alla composizione sociale delle vecchie strutture manicomiali.
- 2) La Legge 180/1978 sull'assistenza psichiatrica;
l'attuale organizzazione territoriale per la tutela della salute mentale dei cittadini;
i problemi inerenti l'inserimento al lavoro dei portatori di handicap.
- 3) Le cooperative integrate: dati, problemi, progettualità.
- 4) Prospettive per il convegno e incontri futuri.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

1) Su una popolazione complessiva di circa 60 milioni di abitanti, l'Italia conta 3 milioni di disoccupati. Le ultime rilevazioni statistiche riportano un ulteriore aumento dello 0,9% tra i mesi di ottobre 1985 e 1986, raggiungendo così un tasso complessivo di disoccupazione pari all'11,6%.

Il 70% di tale cifra si riferisce a giovani tra i 14 e i 25 anni, mentre il rapporto maschi/femmine è di 1 a 2,5. Il 50% del tasso globale di disoccupazione è concentrato nelle regioni meridionali della penisola.

Nel 1984 lo Stato italiano ha investito 5 mila miliardi di lire in "spesa sociale" per mantenere la disoccupazione, i cui costi complessivi raggiungono ogni anno cifre da capogiro: nell'85 si calcola che tra spesa sociale e contributi lavorativi mancati, dalla casse dello Stato se ne siano andati 25 mila miliardi di lire.

Le ripercussioni del fenomeno disoccupazione sulla salute sono oggetto di numerose ricerche.

E' dimostrato ad esempio che i disoccupati si suicidano molto più che non coloro che posseggono un'occupazione: il 27,5% i primi, il 6,5% i secondi.

Nel 1985 in Italia sono state 191 le persone in cerca di occupazione a togliersi la vita.

In generale disoccupati e cassintegrati (coloro cioè che pur essendo stipendiati dall'azienda non lavorano), accusano maggiormente disturbi di carattere psicologico.

Per quanto concerne la percentuale di invalidi psichici e fisici, non si dispone di cifre adeguate.

Le cifre che riportiamo sono state fornite dal Ministero degli Interni a metà novembre 1986 alla Lega nazionale per il diritto al lavoro degli handicappati e non contemplano 2500 domande di invalidità, ancora da evadere.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

Ciu Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Il totale fornito dal Ministero, tra invalidi psichici e fisici, è di 688.411 unità.

Tra l'80 e l'86, gli invalidi civili al 100% che percepiscono una pensione sono passati da 94.390 a 105.582, mentre gli handicappati al 100% con pensione di invalidità e indennità di accompagnamento sono scesi da 508.000 unità a 123.343. Sempre nella medesima categoria, gli ultra 65enni sono 167.439, mentre 7 anni fa se ne contavano circa 1/3.

Per quanto riguarda i maggiorenni con handicap definito del 60%, i dati parlano di 250.364, circa 5 volte di più che nell'80; i minorenni invece sono passati da 1310 a 2411 unità. Ancora minorenni con handicap del 100% se ne contano oggi 33.360.

Per quanto riguarda infine la composizione sociale delle vecchie strutture manicomiali, possiamo affermare che ad una maggiore densità di popolazione di origine contadina, con il graduale processo di industrializzazione - soprattutto nelle grandi città del nord - la composizione è andata via via modificandosi, accogliendo cioè in percentuale maggiore pazienti operai, espulsi dai circuiti produttivi industriali.

Oggi i servizi psichiatrici territoriali rilevano un aumento in percentuale di giovani senza lavoro, con alle spalle esperienze di tossicodipendenza e più in generale in condizioni di marginalità sociale.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

2) Nel maggio del 1978 entrava in vigore la Legge 180 con cui l'Italia si dotava di una regolamentazione psichiatrica all'avanguardia in Europa e nel mondo.

La legge 180 introduce il concetto di volontarietà della cura, abolisce il manicomio e ogni struttura di ricovero coatto. Oggi il servizio psichiatrico è organizzato in ambulatori, day hospital sul territorio e reparti ospedalieri situati all'interno degli ospedali generali, in cui vengono accolti i pazienti in crisi. In questi casi, quando cioè il disturbo sia tale da richiedere un intervento urgente, è possibile - su richiesta del medico e con l'autorizzazione del sindaco - un ricovero di 15 giorni, eccezionalmente prorogabile (trattamento sanitario obbligatorio).

La legge 180 in questi 9 anni dalla sua emanazione ha suscitato continue polemiche e in molti, malcelando le proprie nostalgie manicomiali, si sono scagliati contro di essa lamentandone l'inefficienza. In realtà, e la sua frettolosa approvazione lo conferma, la riforma psichiatrica è passata grazie a un disegno esclusivamente politico volto ad evitare un referendum popolare.

Questo scollamento dall'humus culturale del Paese ha fatto sì che il manicomio venisse cancellato dalla carta ancor prima che dall'animo e dalla testa della gente. Gli attacchi politici di questi anni hanno preso spunto il più delle volte da una serie di carenze che gli stessi politici alimentavano boicottando apertamente la normativa. Sono stati finora presentati numerosi progetti di "controriforma", ma nessuno di essi si è concretizzato.

Per quanto riguarda i problemi attuali dell'assistenza psichiatrica e i suoi futuri sviluppi, possiamo affermare che è problematico innanzitutto il permanere degli ospedali psichiatrici come contenitori di pazienti che non hanno potuto trovare sistemazione esterna per motivi contingenti di lentezza burocratica e difficoltà economiche o perchè troppo anziani e deteriorati dal lungo ricovero.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Se i nuovi utenti, quindi, non conoscono il manicomio e possono usufruire di un'assistenza più a misura d'uomo, i pazienti più anziani rimangono nelle vecchie strutture manicomiali sempre più fatiscenti con poche o nessuna probabilità di uscirne.

Le risposte dei servizi territoriali, dal canto loro, non sempre sono adeguate alla domanda.

In molti dei più grandi ospedali psichiatrici esistevano un gran numero di laboratori interni sulla produzione dei quali si basava l'esistenza dell'intero complesso manicomiale. I pazienti vi svolgevano ogni tipo di lavoro senza alcuna remunerazione, tutt'al più qualche sigaretta.

E' proprio dai pazienti sfruttati con queste attività di sostentamento del manicomio e spacciate come ergoterapia, che con la collaborazione di alcuni operatori sono pian piano nate nuove cooperative di lavoro formate da ex degenti e soci normodotati. Al di là delle cooperative, di cui daremo un accenno in seguito, l'esperienza italiana è assai contraddittoria e problematica. Da un lato, infatti, la pratica ergoterapica sussiste ancora nei cosiddetti laboratori protetti e in alcune esperienze, che nonostante la definizione di cooperativa, vivono sui finanziamenti pubblici senza darsi organizzazione aziendale. Dall'altro, per quanto riguarda l'inserimento di handicappati fisici e psichici in imprese normalmente inserite nel circuito produttivo, la normativa è inadeguata. La Legge 482 del 1968 sul collocamento obbligatorio di portatori di handicap psichico e /o fisico, colla quale si richiedeva alle aziende l'assunzione di un certo numero di dipendenti problematizzati, è stata vanificata negli anni passati di crisi economica da provvedimenti governativi di tutela alle imprese.

Da molto tempo le organizzazioni che in Italia si battono per il lavoro agli handicappati chiedono la modifica della legge 482, ma finora senza risultati. Giungono anzi segnali negativi dai più alti livelli giudiziari, che nel corso dell '86 si sono pronunciati ben due volte contro l'inserimento lavorativo degli handicappati psichici.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

3) Le cooperative di lavoro formate da ex-degenti degli ospedali psichiatrici, da utenti dei servizi territoriali e più in generale da persone in condizione di marginalità sono nate in tutta Italia alla fine degli anni '70 e nei primi '80, favorite dalle politiche sociali di quel periodo e dalla complessiva crescita culturale della società.

Sono più di un centinaio in tutto il Paese le cooperative integrate - che integrano cioè soci lavoratori con problemi e soci lavoratori normodotati - e svolgono prevalentemente lavori di pulizia, florovivaismo e agricoltura, artigianato. Trattandosi di aziende che devono fare i conti con una produttività ridotta dei propri soci lavoratori e affrontare spese più elevate, la clientela privata è minima mentre i lavori provengono in percentuale maggiore dall'ente pubblico.

Questa condizione ha creato in alcuni casi situazioni di totale dipendenza dall'ente pubblico, facendo delle cooperative veri e propri laboratori protetti, più che aziende autonome o alla ricerca dell'autonomia.

In occasione di un convegno di cooperative del Piemonte, il gruppo promotore aveva avviato una riflessione su questo genere di esperienze. Tra gli altri spunti, nel documento veniva proposto l'intervento riabilitativo come strada mediana tra l'assistenza pura e semplice dove la vita di una persona è garantita da un sussidio minimo di sopravvivenza e dove il più delle volte si mantiene la situazione tal quale, e un intervento di tipo tecnicista, che tende a fare della persona un oggetto, un problema tecnico.

L'intervento riabilitativo che qui si propone tende invece ad un recupero di motivazioni, una riacquisizione di fiducia rispetto a sé e alle proprie potenzialità, una maggiore consapevolezza del mondo e delle sue regole.

Il lavoro, allora, si inserisce in questo recupero di motivazioni come opportunità per modificare una situazione, oltre che materiale anche psicologica.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Pur non dimenticando che il lavoro di per sé non è terapeutico; spesso vuole anzi dire affaticamento. Ma la scelta del lavoro (e perchè no, del non lavoro) deve essere resa possibile a coloro che vogliono riscattarsi da una condizione di emarginazione.

E se il lavoro non è necessariamente terapeutico, lo è invece il salario- dico no le cooperative: lo è nella misura in cui riconosce lo status di lavoratore e diventa il tassello fondamentale nell'acquisizione di un'identità sociale normalmente riconosciuta, l'identità di produttore.

E ancora, se l'identità di produttori permette di entrare a pieno titolo nel mondo della produzione, la condizione di socio lavoratore di un'impresa cooperativa offre una potenzialità in più, quella cioè di entrare nel merito della organizzazione del lavoro, di agire sui rapporti di produzione con la propria soggettività, riconosciuta dall'impresa nel suo insieme.

Incentivare e sviluppare la coscienza e la consapevolezza di essere soci è quindi il lavoro fondamentale affidato agli operatori che lavorano all'interno della cooperativa.

Puntare sugli interessi collettivi salvaguardando dove possibile quelli individuali, in una ricerca collettiva che ha come regola l'uguaglianza e la democrazia, è la linea teorica che permette di individuare nella cooperativa lo strumento grazie al quale superare il senso di fatalità e rassegnazione tipico delle persone problematizzate, in favore di una nuova progettualità personale e politica.

Ritornando brevemente alla questione - imprenditorialità e autonomia - della cooperativa, va ricordato che la maggior parte di esse, come già accennavamo prima, sono nate da un progetto dell'ente pubblico. Progetti riabilitativi concepiti quindi in modo tradizionale, ma attuati in forma diversa con persone che ancora dovevano maturare il senso della cooperazione, dell'autonomia individuale, del potere decisionale.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Il rapporto imprenditorialità/risocializzazione e il lavoro espletato era inizialmente un puro pretesto; ciò ha determinato anche un dipendenza economica delle cooperative nei confronti dell'ente pubblico, che doveva provvedere alla sopravvivenza dell'iniziativa.

Non affrontiamo qui i problemi creati da tali legami, il più delle volte non solo economici; diremo invece che la cooperativa è un'impresa la cui crescita va di pari passo con la crescita dei soci che partecipano in prima persona e deve tener conto perciò dei tempi di risocializzazione e maturazione di ognuno. I percorsi seguiti dalle cooperative per diventare aziende sono estremamente diversificati, ma oggi in Italia si stanno perseguendo alcuni obiettivi comuni che portino alla creazione di strumenti, occasioni e rete di situazioni favorevoli al proseguimento di questo lavoro, quale ad esempio un quadro legislativo di riferimento che tuteli le cooperative dalla conflittualità dei rapporti politici e sia di aiuto nel reperimento di risorse e fondi di investimento. In sintesi gli obiettivi principali sono:

- sviluppare le capacità imprenditoriali per non essere strutture assistite;
- puntare alla piena applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, così da rendere i soci indipendenti dal punto di vista economico;
- puntare alla piena applicazione delle forme contributive per garantire una pensione adeguata;
- valorizzare la forma cooperativa quale strumento di risocializzazione;
- stabilire rapporti chiari e organici con le strutture socio-sanitarie del territorio, pur mantenendo la piena autonomia dei soci.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

- 4) Per quanto riguarda il convegno e le sue prospettive, proponiamo schematicamente alcuni punti per la discussione:
- in Germania esiste un certo numero di scuole per operatori specializzati in ergoterapia: su che basi poggia la scelta di tale intervento riabilitativo?
 - come affrontare i problemi posti dalla questione definibile come "centralità dell'operatore"?
 - qual è il quadro legislativo sulla cooperazione dei Paesi europei?
 - sarebbe importante programmare incontri futuri prevedendo spazi adeguati per i veri protagonisti delle cooperative, coloro che le animano e che in esse lavorano.

Torino, 25.1.1987

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

BERLINO - 10/12 marzo 1987.

"Convegno di associazioni e cooperative europee e progetti di lavoro
per gli invalidi psichiatrici":

NOTE SULLA SITUAZIONE ITALIANA

- 1) Accenni sulla situazione italiana in relazione al fenomeno disoccupazione, ai dati in percentuale della popolazione portatrice di handicap, alla composizione sociale delle vecchie strutture manicomiali.
- 2) La Legge 180/1978 sull'assistenza psichiatrica;
l'attuale organizzazione territoriale per la tutela della salute mentale dei cittadini;
i problemi inerenti l'inserimento al lavoro dei portatori di handicap.
- 3) Le cooperative integrate: dati, problemi, progettualità.
- 4) Prospettive per il convegno e incontri futuri.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

1) Su una popolazione complessiva di circa 60 milioni di abitanti, l'Italia conta 3 milioni di disoccupati. Le ultime rilevazioni statistiche riportano un ulteriore aumento dello 0,9% tra i mesi di ottobre 1985 e 1986, raggiungendo così un tasso complessivo di disoccupazione pari all'11,6%.

Il 70% di tale cifra si riferisce a giovani tra i 14 e i 25 anni, mentre il rapporto maschi/femmine è di 1 a 2,5. Il 50% del tasso globale di disoccupazione è concentrato nelle regioni meridionali della penisola.

Nel 1984 lo Stato italiano ha investito 5 mila miliardi di lire in "spesa sociale" per mantenere la disoccupazione, i cui costi complessivi raggiungono ogni anno cifre da capogiro: nell'85 si calcola che tra spesa sociale e contributi lavorativi mancati, dalla casse dello Stato se ne siano andati 25 mila miliardi di lire.

Le ripercussioni del fenomeno disoccupazione sulla salute sono oggetto di numerose ricerche.

E' dimostrato ad esempio che i disoccupati si suicidano molto più che non coloro che posseggono un'occupazione: il 27,5% i primi, il 6,5% i secondi.

Nel 1985 in Italia sono state 191 le persone in cerca di occupazione a togliersi la vita.

In generale disoccupati e cassintegrati (coloro cioè che pur essendo stipendiati dall'azienda non lavorano), accusano maggiormente disturbi di carattere psicologico.

Per quanto concerne la percentuale di invalidi psichici e fisici, non si dispone di cifre adeguate.

Le cifre che riportiamo sono state fornite dal Ministero degli Interni a metà novembre 1986 alla Lega nazionale per il diritto al lavoro degli handicappati e non contengono 2500 domande di invalidità, ancora da evadere.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Il totale fornito dal Ministero, tra invalidi psichici e fisici, è di 688.411 unità.

Tra l'80 e l'86, gli invalidi civili al 100% che percepiscono una pensione sono passati da 94.390 a 105.582, mentre gli handicappati al 100% con pensione di invalidità e indennità di accompagnamento sono scesi da 508.000 unità a 123.343. Sempre nella medesima categoria, gli ultra 65enni sono 167.439, mentre 7 anni fa se ne contavano circa 1/3.

Per quanto riguarda i maggiorenni con handicap definito del 60%, i dati parlano di 250.364, circa 5 volte di più che nell'80; i minorenni invece sono passati da 1310 a 2411 unità. Ancora minorenni con handicap del 100% se ne contano oggi 33.360.

Per quanto riguarda infine la composizione sociale delle vecchie strutture manicomiali, possiamo affermare che ad una maggiore densità di popolazione di origine contadina, con il graduale processo di industrializzazione - soprattutto nelle grandi città del nord - la composizione è andata via via modificandosi, accogliendo cioè in percentuale maggiore pazienti operai, espulsi dai circuiti produttivi industriali.

Oggi i servizi psichiatrici territoriali rilevano un aumento in percentuale di giovani senza lavoro, con alle spalle esperienze di tossicodipendenza e più in generale in condizioni di marginalità sociale.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

2) Nel maggio del 1978 entrava in vigore la Legge 180 con cui l'Italia si dotava di una regolamentazione psichiatrica all'avanguardia in Europa e nel mondo.

La legge 180 introduce il concetto di volontarietà della cura, abolisce il manicomio e ogni struttura di ricovero coatto. Oggi il servizio psichiatrico è organizzato in ambulatori, day hospital sul territorio e reparti ospedalieri situati all'interno degli ospedali generali, in cui vengono accolti i pazienti in crisi. In questi casi, quando cioè il disturbo sia tale da richiedere un intervento urgente, è possibile - su richiesta del medico e con l'autorizzazione del sindaco - un ricovero di 15 giorni, eccezionalmente prorogabile (trattamento sanitario obbligatorio).

La legge 180 in questi 9 anni dalla sua emanazione ha suscitato continue polemiche e in molti, malcelando le proprie nostalgie manicomiali, si sono scagliati contro di essa lamentandone l'inefficienza. In realtà, e la sua frettolosa approvazione lo conferma, la riforma psichiatrica è passata grazie a un disegno esclusivamente politico volto ad evitare un referendum popolare.

Questo scollamento dall'humus culturale del Paese ha fatto sì che il manicomio venisse cancellato dalla carta ancor prima che dall'animo e dalla testa della gente. Gli attacchi politici di questi anni hanno preso spunto il più delle volte da una serie di carenze che gli stessi politici alimentavano boicottando apertamente la normativa. Sono stati finora presentati numerosi progetti di "controriforma", ma nessuno di essi si è concretizzato.

Per quanto riguarda i problemi attuali dell'assistenza psichiatrica e i suoi futuri sviluppi, possiamo affermare che è problematico innanzitutto il permanere degli ospedali psichiatrici come contenitori di pazienti che non hanno potuto trovare sistemazione esterna per motivi contingenti di lentezza burocratica e difficoltà economiche o perchè troppo anziani e deteriorati dal lungo ricovero.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Se i nuovi utenti, quindi, non conoscono il manicomio e possono usufruire di un'assistenza più a misura d'uomo, i pazienti più anziani rimangono nelle vecchie strutture manicomiali sempre più fatiscenti con poche o nessuna probabilità di uscirne.

Le risposte dei servizi territoriali, dal canto loro, non sempre sono adeguate alla domanda.

In molti dei più grandi ospedali psichiatrici esistevano un gran numero di laboratori interni sulla produzione dei quali si basava l'esistenza dell'intero complesso manicomiale. I pazienti vi svolgevano ogni tipo di lavoro senza alcuna remunerazione, tutt'al più qualche sigaretta.

E' proprio dai pazienti sfruttati con queste attività di sostentamento del manicomio e spacciate come ergoterapia, che con la collaborazione di alcuni operatori sono pian piano nate nuove cooperative di lavoro formate da ex degenti e soci normodotati. Al di là delle cooperative, di cui daremo un accenno in seguito, l'esperienza italiana è assai contraddittoria e problematica. Da un lato, infatti, la pratica ergoterapica sussiste ancora nei cosiddetti laboratori protetti e in alcune esperienze, che nonostante la definizione di cooperativa, vivono sui finanziamenti pubblici senza darsi organizzazione aziendale. Dall'altro, per quanto riguarda l'inserimento di handicappati fisici e psichici in imprese normalmente inserite nel circuito produttivo, la normativa è inadeguata. La Legge 482 del 1968 sul collocamento obbligatorio di portatori di handicap psichico e /o fisico, colla quale si richiedeva alle aziende l'assunzione di un certo numero di dipendenti problematizzati, è stata vanificata negli anni passati di crisi economica da provvedimenti governativi di tutela alle imprese.

Da molto tempo le organizzazioni che in Italia si battono per il lavoro agli handicappati chiedono la modifica della legge 482, ma finora senza risultati. Giungono anzi segnali negativi dai più alti livelli giudiziari, che nel corso dell '86 si sono pronunciati ben due volte contro l'inserimento lavorativo degli handicappati psichici.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

3) Le cooperative di lavoro formate da ex-degenti degli ospedali psichiatrici, da utenti dei servizi territoriali e più in generale da persone in condizione di marginalità sono nate in tutta Italia alla fine degli anni '70 e nei primi '80, favorite dalle politiche sociali di quel periodo e dalla complessiva crscita culturale della società.

Sono più di un centinaio in tutto il Paese le cooperative integrate - che integrano cioè soci lavoratori con problemi e soci lavoratori normodotati - e svolgono prevalentemente lavori di pulizia, florovivaismo e agricoltura, artigiano. Trattandosi di aziende che devono fare i conti con una produttività ridotta dei propri soci lavoratori e affrontare spese più elevate, la clientela privata è minima mentre i lavori provengono in percentuale maggiore dall'ente pubblico.

Questa condizione ha creato in alcuni casi situazioni di totale dipendenza dal l'ente pubblico, facendo delle cooperative veri e propri laboratori protetti, più che aziende autonome o alla ricerca dell'autonomia.

In occasione di un convegno di cooperative del Piemonte, il gruppo promotore aveva avviato una riflessione su questo genere di esperienze. Tra gli altri spunti, nel documento veniva proposto l'intervento riabilitativo come strada mediana tra l'assistenza pura e semplice dove la vita di una persona è garantita da un sussidio minimo di sopravvivenza e dove il più delle volte si mantiene la situazione tal quale, e un intervento di tipo tecnicista, che tende a fare della persona un oggetto, un problema tecnico.

L'intervento riabilitativo che qui si propone tende invece ad un recupero di motivazioni, una riacquisizione di fiducia rispetto a sé e alle proprie potenzialità, una maggiore consapevolezza del mondo e delle sue regole.

Il lavoro, allora, si inserisce in questo recupero di motivazioni come opportunità per modificare una situazione, oltre che materiale anche psicologica.

COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Pur non dimenticando che il lavoro di per sé non è terapeutico; spesso vuole anzi dire affaticamento. Ma la scelta del lavoro (e perché no, del non lavoro) deve essere resa possibile a coloro che vogliono riscattarsi da una condizione di emarginazione.

E se il lavoro non è necessariamente terapeutico, lo è invece il salario- dico no le cooperative: lo è nella misura in cui riconosce lo status di lavoratore e diventa il tassello fondamentale nell'acquisizione di un'identità sociale normalmente riconosciuta, l'identità di produttore.

E ancora, se l'identità di produttori permette di entrare a pieno titolo nel mondo della produzione, la condizione di socio lavoratore di un'impresa cooperativa offre una potenzialità in più, quella cioè di entrare nel merito della organizzazione del lavoro; di agire sui rapporti di produzione con la propria soggettività, riconosciuta dall'impresa nel suo insieme.

Incentivare e sviluppare la coscienza e la consapevolezza di essere soci è quindi il lavoro fondamentale affidato agli operatori che lavorano all'interno della cooperativa.

Puntare sugli interessi collettivi salvaguardando dove possibile quelli individuali, in una ricerca collettiva che ha come regola l'uguaglianza e la democrazia, è la linea teorica che permette di individuare nella cooperativa lo strumento grazie al quale superare il senso di fatalità e rassegnazione tipico delle persone problematizzate, in favore di una nuova progettualità personale e politica.

Ritornando brevemente alla questione - imprenditorialità e autonomia - della cooperativa, va ricordato che la maggior parte di esse, come già accennavamo prima, sono nate da un progetto dell'ente pubblico. Progetti riabilitativi concepiti quindi in modo tradizionale, ma attuati in forma diversa con persone che ancora dovevano maturare il senso della cooperazione, dell'autonomia individuale, del potere decisionale.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

Il rapporto imprenditorialità/risocializzazione e il lavoro espletato era inizialmente un puro pretesto; ciò ha determinato anche un dipendenza economica delle cooperative nei confronti dell'ente pubblico, che doveva provvedere alla sopravvivenza dell'iniziativa.

Non affrontiamo qui i problemi creati da tali legami; il più delle volte non solo economici; diremo invece che la cooperativa è un'impresa la cui crescita va di pari passo con la crescita dei soci che partecipano in prima persona e deve tener conto perciò dei tempi di risocializzazione e maturazione di ognuno. I percorsi seguiti dalle cooperative per diventare aziende sono estremamente diversificati, ma oggi in Italia si stanno perseguendo alcuni obiettivi comuni che portino alla creazione di strumenti, occasioni e rete di situazioni favorevoli al proseguimento di questo lavoro, quale ad esempio un quadro legislativo di riferimento che tuteli le cooperative dalla conflittualità dei rapporti politici e sia di aiuto nel reperimento di risorse e fondi di investimento. In sintesi gli obiettivi principali sono:

- sviluppare le capacità imprenditoriali per non essere strutture assistite;
- puntare alla piena applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro, così da rendere i soci indipendenti dal punto di vista economico;
- puntare alla piena applicazione delle forme contributive per garantire una pensione adeguata;
- valorizzare la forma cooperativa quale strumento di risocializzazione;
- stabilire rapporti chiari e organici con le strutture socio-sanitarie del territorio, pur mantenendo la piena autonomia dei soci.

**COORDINAMENTO NAZIONALE
COOPERATIVE PER IL SUPERAMENTO DELL'EMARGINAZIONE
SEGRETERIA TECNICA**

C/o Coordinamento Torino Progetto
Via G. da Verazzano, 4 - 10129 Torino
Tel. 011 / 500507 - 500508

- 4) Per quanto riguarda il convegno e le sue prospettive, proponiamo schematicamente alcuni punti per la discussione:
- in Germania esiste un certo numero di scuole per operatori specializzati in ergoterapia: su che basi poggia la scelta di tale intervento riabilitativo?
 - come affrontare i problemi posti dalla questione definibile come "centralità dell'operatore"?
 - qual è il quadro legislativo sulla cooperazione dei Paesi europei?
 - sarebbe importante programmare incontri futuri prevedendo spazi adeguati per i veri protagonisti delle cooperative, coloro che le animano e che in esse lavorano.

Torino, 25.1.1987

L'INSERTION PROFESSIONNELLE ET SOCIALE DES HANDICAPES MENTAUX, PSYCHIQUES

APPROCHE CRITIQUE

Observations préliminaires:

Les principales interrogations liées au statut social des personnes handicapées se présentent de manière analogue dans tous les pays européens industrialisés ; les profondes mutations économiques engendrent de nouveaux modèles institutionnels, des systèmes explicatifs et des critères de valeur différents. Elles renforcent aussi la sélection sociale. Parallèlement se développent de nouveaux concepts -culturels, économiques, thérapeutiques -, comme la désinstitution et l'insertion des "handicapés mentaux et psychiques" qui deviennent des objectifs officiels.

L'antagonisme entre deux mouvements, l'un souhaité (l'insertion), l'autre qui est constaté (une sélection renforcée, facteur de marginalisation) dans le cadre d'un changement social et culturel considérable, oblige, plus que jamais, à une grande rigueur dans l'utilisation des terminologies (le handicap "psychique" ou "mental". l'inadaptation ...) et des réponses existantes (utilise-t-on certaines institutions pour les mêmes sujets qu'il y a une douzaine d'années ?).

Après avoir procédé à une présentation critique des notions et des réponses en matière de handicaps psychiques et mentaux, j'aborderai ensuite quelques pistes pour favoriser l'insertion.

I - Les termes de Handicaps "mentaux" et "psychiques" sont beaucoup trop généraux pour délimiter des réalités précises.

Rappelons que récemment le "handicap mental" s'est substitué aux arriérations et aux déficiences mentales et le "handicap psychique" aux maladies mentales.

Or, sous le terme générique du handicap, les pouvoirs publics et les professionnels de l'action sociale et de l'hygiène mentale confondent dans une action uniforme non seulement les déficients mentaux et les malades mentaux, mais aussi les différents degrés de performance des sujets classés dans chacun de ces groupes.

Ma position à ce sujet se résumerait en deux points :

- a) - les champs des déficiences mentales (les handicapés mentaux) et des maladies mentales (les handicaps psychiques se sont considérablement élargis sous l'effet d'une sélection accrue au niveau du marché de l'emploi (5 fois plus de personnes adultes en 12 ans demandent à être aidées au titre d'un handicap en France.

Aux perturbations psychologiques graves, ainsi qu'aux marginalités chroniques et aux déficiences mentales profondes aisément identifiables, sont agrégées sous le vocable de handicap des difficultés psychologiques et professionnelles beaucoup plus légères : ainsi, les perturbations psychologiques liées au stress professionnel, au chômage et aux conditions de vie difficiles, prennent désormais leur place dans la gamme des handicaps reconnus par la collectivité sociale et par les sujets eux-mêmes. Ces difficultés personnelles et sociales n'affectent généralement que les sujets appartenant à des milieux économiquement modestes, et dépourvus de formation professionnelle ; ce qui n'est pas vérifié pour les atteintes psychiques et intellectuelles graves.

- b) - L'opposition traditionnelle entre la "stabilité" des déficiences (les handicaps mentaux) et l' "évolutivité" des maladies (les handicaps psychiques) n'est pas fondée. Elle représente pourtant le danger d'être utilisée pour définir une répartition dommageable des tâches entre les différents financeurs et professionnels.

Les déficiences et les maladies recouvrent les unes comme les autres des réalités fort diverses ; il y a par exemple peu de points communs entre un arriéré profond et un débile léger, ou entre des sujets présentant une psychose infantile et ceux affectés de troubles mentaux survenus à l'adolescence ou à l'âge adulte.

■ Pour établir un pronostic d'évolution et une politique sociale, il me paraît plus réaliste, plutôt que de distinguer globalement les déficiences et les maladies, de tenir compte du moment d'apparition et de la gravité des troubles.

- ◊ Les sujets le plus précocement et gravement atteints, qu'ils soient déficients ou psychotiques, ont des difficultés comparables d'apprentissage et d'insertion sociale.
- ◊ L'insertion sociale des sujets qui présentent des déficiences ou des perturbations relativement mineures et tardives est conditionnée par les capacités d'accueil de la collectivité sociale.

- Cependant, la distinction entre la "fixité" des troubles des sujets le plus gravement atteints (arriérations et déficiences profondes, psychoses infantiles) et les potentialités d'évolution des autres doit être largement relativisée. Les résultats obtenus par quelques institutions ou services établissent que tous les sujets, quels que soient la gravité et le moment d'apparition des troubles, ont des aptitudes à évoluer personnellement et socialement :

un maintien à domicile autoritaire ou la création de garderies-ghettos, sans moyen et sans projet, ne peuvent se justifier par la prétendue immuabilité du handicap profond.

II - La gamme très étendue des difficultés individuelles suppose donc une très large diversité de réponses sociales et institutionnelles en matière d'emploi et de vie sociale. Ce n'est pas le cas.

a) - La diversité des difficultés individuelles qu'elles soient d'origine sociale, économique ou pathologique, n'est pas suffisamment prise en compte dans les solutions proposées ; comme je le signalais précédemment, l'unification de ces difficultés sous le vocable le handicap permet de regrouper des sujets très différents , dans la même problématique médico-sociale.

Les établissements, que la collectivité destine officiellement à la formation professionnelle et la mise au travail de déficients mentaux, accueillent de manière croissante une population en difficulté personnelle, sociale et/ou économique, mais ne présentant pas de déficiences ou de maladies graves.

Ainsi, l'orientation vers les établissements de travail protégé, conçus dans les années 60 pour les déficients physiques et mentaux, de sujets adultes en difficulté personnelle et/ou économique, ainsi que de débiles légers et moyens, est récente. L'explication réside à la fois dans la crise économique et dans la faiblesse des moyens de formation et de réadaptation mis à la disposition des inadaptés sociaux et des malades mentaux les plus évolués, par rapport à ceux prévus pour les déficients mentaux profonds (dans le cadre de la politique "en faveur des personnes handicapées"). Egalement, les débiles légers et moyens s'inséraient pour la plupart, jusqu'en 1973-74, dans le circuit ordinaire de travail ; repérés au moment de leur scolarité comme enfants-problèmes ils ne se distinguaient plus des autres adultes dans la vie active".

Or, ils subissent aujourd'hui une compétition dans laquelle ils ont peu de chances.

La sélection sociale invalide donc les moins compétents ; elle est également pratiquée par les institutions spécialisées, au détriment des plus déficientes ; l'accroissement très sensible du nombre de places en maisons d'accueil spécialisées (établissements sanitaires) et l'apparition des foyers occupationnels en sont des indicateurs bien visibles.

Nous assistons donc à une double marginalisation alors que le discours officiel fait de l'insertion un objectif central et prioritaire.

b) - Le maintien ou la création d'une réponse plutôt qu'une repose, du moins en partie, non sur les difficultés des usagers, mais sur les opportunités locales (le récent partage des compétences financières entre l'Etat, la Sécurité Sociale et les départements ne fait qu'accentuer ce phénomène), ainsi que sur le niveau de sécurité financière qu'elle offre. C'est ainsi que ce sont les établissements traditionnels pour adultes les plus protégés économiquement

et les moins intégrés socialement (du moins dans leur forme majoritaire), qui connaissent le développement le plus sensible.

- c) - Enfin, l'amélioration globale des réponses au handicap (malgré des dispositions critiquables) a peu bénéficié (mises à part les prestations financières) aux sujets déficients ou gravement malades : les réponses thérapeutiques et réadaptatives établissent en effet une discrimination pathologique et économique que j'ai relevée tant dans les secteurs d'hygiène mentale que dans le réseau des institutions pour handicapés.

On constate en effet une inégalité de traitement : plus on est malade ou déficient et -circonstance aggravante- économiquement démunie et isolé sur le plan familial, moins on a de chances de bénéficier de tentatives de désenfermement et des structures les plus ouvertes sur l'environnement social.

III- Les orientations que je préconise ici, très succinctement, découlent des constats énoncés aux rubriques I et II parmi lesquels je retiens que :

l'absence d'un système cohérent, solide et bien identifié par les agences locales de l'emploi, les communes et les usagers, d'actions de formation et de réinsertion professionnelle concernant les sujets en difficulté sociale et les malades mentaux évolués entraîne l'utilisation par ceux-ci des structures professionnelles pour déficients mentaux, ^{d'autres points} Ce sont les ateliers spécialisés les moins intégrés économiquement qui se sont le plus développés, du fait de la sécurité financière qui leur est offerte par opposition à la fragilité réservée aux expériences innovantes.

Par ailleurs, il me semble que le problème fondamental se situe moins en termes quantitatifs (toujours plus d'institutions) que dans la nécessité de rééquilibrer le poids respectif des différentes formules car elles sont destinées à répondre à des difficultés très diverses : celles-ci consécutives à des déficits personnels plus ou moins graves, des maladies mentales plus ou moins chroniques ou des marginalisations sociales plus ou moins anciennes, appellent une pluralité de réponses ; or ces dernières existent dans la réglementation française ; je citerai brièvement les établissements de travail protégé (les centres d'aide par le travail et les ateliers protégés), les emplois semi-protégés ("emplois protégés en milieu ordinaire", détachements individuels ou collectifs des travailleurs handicapés des établissements de travail protégé en milieu ordinaire de travail), les aides accordées aux entreprises lorsqu'elles recrutent des travailleurs handicapés (financement d'installations spécifiques ou d'encadrement supplémentaire, abattement de salaire, exonération des charges patronales) etc...

Il ne s'agit donc pas d'une carence réglementaire mais de choix budgétaires

critiquables qu'entérinent des pratiques sociales périmées privilégiant l'institutionnalisation ; ainsi les emplois semi-protégés, qui supposent une intégration "assistée" sur les plans psychologique et financier, me paraissent à la fois socialement réalistes (étant donné la crise du marché de l'emploi et la restriction des budgets sociaux) et humainement positifs (réentraînement plus actif à la vie sociale) ; pourtant ils sont peu connus par les associations et les pouvoirs publics et donc peu recherchés ; également, les aides financières accordées aux entreprises, qui embauchent du personnel handicapé, ne sont obtenues qu'à l'issue de démarches administratives longues et complexes.

Pour éviter la création ou le maintien systématiques des institutions spécialisées traditionnelles, coûteuses et ségrégatives, la passation de "contrats sur objectifs" finalisés sur l'insertion optimum, entre les pouvoirs publics, les associations d'usagers et les entreprises, fondés sur des projets précis, pour des populations bien définies, et dont les résultats seraient évalués périodiquement éviteraient, si l'on appliquait également cette démarche aux établissements traditionnels, une uniformité des structures et la chronicité des usagers.

Les "contrats sur objectifs", méthodologie nouvelle plutôt que recette-miracle, nécessitent une utilisation à la fois souple et plus complète de la réglementation existante ainsi qu'une meilleure formation des différents partenaires (responsables d'associations, professionnels, fonctionnaires) pour négocier, conduire et évaluer de tels projets.

Les données économiques actuelles me font émettre l'hypothèse que les pays européens n'auront bientôt le choix qu'entre l'abandon social à moyen terme d'un grand nombre de sujets psychiquement, mentalement et socialement handicapés si les associations et les professionnels se limitent à présenter des programmes d'équipement lourds, et le maintien de la protection sociale, mise en place au milieu des années 70, à condition que l'insertion même partielle en matière d'emploi, d'habitat et de vie sociale devienne une réalité concrète.

Gérard ZRIBI
C. A. T
1, Avenue Marthe
94500 CHAMPIGNY S. MARNE
FRANCE

ORIENTATIONS ET MESURES RECENTES

PRISES EN FRANCE POUR LES HANDICAPES MENTAUX ET PSYCHIQUES

Les mesures adoptées depuis quelques années s'inscrivent, en France comme dans les autres pays comparables, dans une triple orientation qui, sans constituer une rupture avec l'action menée dans les périodes antérieures, se veut plus volontariste en matière d'accès à la vie ordinaire:

- La recherche de l'intégration sociale des personnes déficientes ou malades, à tous les âges de la vie;
- La fermeture d'établissements spécialisés sous-utilisés, accompagnée de la création de structures en nombre insuffisant;
- L'amorce d'une diversification des réponses, ayant pour objectif la mise en place d'étapes intermédiaires entre le milieu spécialisé et les espaces ordinaires de vie et de travail.

Ces choix représentent une modernisation des actions et services offerts jusque là, dans la mesure où ils prennent en compte à la fois la maturation du mouvement d'insertion (ou de désinstitutionnalisation), qui a lieu de façon inégale dans tous les pays européens, en même temps que les contraintes économiques (rappelons que les institutions actuelles ont été réglementées, pour une grande partie d'entre elles, à partir des années soixante, c'est-à-dire en pleine période d'expansion économique).

Je mettrai en évidence quelques options qui me paraissent de nature à modifier à moyen et à long termes l'existence des malades et des déficients mentaux. La présentation que j'en fais prend en compte le cloisonnement des mesures concernant respectivement le handicap, et la maladie mentale; mais cette distinction exprime, pour une part non négligeable, l'histoire d'un partage insatisfaisant de pouvoir entre les spécialistes médicaux et les établissements hospitaliers et extra-hospitaliers, d'une part, et les associations familiales gestionnaires d'établissements éducatifs et professionnels, d'autre part: comment justifier autrement la présence de déficients mentaux dans les hôpitaux psychiatriques et celle de psychotiques dans les établissements pour handicapés? Mais le clivage institutionnel ne peut être ignoré; d'ailleurs, l'essentiel des mesures qui ont été prises portent sur une modification de chaque réseau institutionnel.

A. En matière de santé mentale

Tout d'abord, l'adoption de la loi du 25 juillet 1985 officialise la sectorisation psychiatrique, qui n'était reconnue depuis vingt-cinq ans que par une simple circulaire; elle donne une existence juridique à plusieurs structures, telles les centres d'accueil permanent, les centres de crise et les appartements thérapeutiques.

En second lieu, l'antagonisme d'intérêts entre l'hôpital psychiatrique et les structures extra-hospitalières, qui s'exerçait au détriment de la réinsertion sociale des malades, disparaît grâce à l'unification des financements; les structures extra-hospitalières, de même que les hôpitaux psychiatriques, sont financés dorénavant par

l'Assurance-Maladie; un même budget global permet de développer et de gérer "un dispositif polyvalent organisant des actions diversifiées de prévention, de diagnostic et de soins, ces dernières n'étant pas seulement hospitalières, mais aussi ambulatoires" (discours d'E. Hervé, secrétaire d'Etat à la Santé, au congrès de l'Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux, le 15-11-1985 à Dijon).

Les principales critiques, d'ailleurs relativement discrètes et peu virulentes, qui se sont exprimées sur cette loi, portent sur la gestion de l'ensemble des dispositifs hospitaliers et extra-hospitaliers, par l'hôpital psychiatrique: pour E. Conan (*Libération* du 12-3-1986), une gestion par les hôpitaux "risque d'être un peu trop rigide et pesante, pour les formules souples et fragiles que nécessite le travail en secteur". Conan regrette que le projet initial de créer "un établissement public de secteur", qui aurait eu pour tâche d'organiser les différents équipements du secteur (l'hôpital n'en aurait été qu'une forme parmi d'autres), ait été abandonné. Conan craint par ailleurs que les plans d'économie budgétaire menés par la Sécurité Sociale ne risquent d'empêcher le développement des structures extra-hospitalières, ou de n'autoriser que la mise en place de "formules au rabais".

Ces arguments sont repris par T. Lainé dans une interview à *L'Humanité* du 6-5-1985; Lainé redoute également que la prévention des maladies mentales ne soit sacrifiée, la Sécurité Sociale ayant toujours refusé de rémunérer les actions préventives.

Toutes ces objections ne me paraissent pas très convaincantes; l'établissement public de secteur pouvait, aussi bien que l'administration hospitalière, être centralisateur et bureaucratique. Il

représentait en outre l'inconvénient d'être une structure administrative supplémentaire, et par là d'accroître les pesanteurs traditionnelles empêchant les décisions, ainsi que de cristalliser des rapports de force entre les structures hospitalières et extra-hospitalières. D'autre part, la gestion du dispositif de santé mentale par les services administratifs hospitaliers ne signifie pas que l'hôpital soit choisi comme l'élément central du système de soins; il est probable, au contraire, que les directeurs administratifs des hôpitaux, débarrassés de la crainte de voir disparaître leur établissement, se sentent plus concernés qu'auparavant par la constitution d'un ensemble complet et diversifié de services. Ces derniers assureraient, selon le vœu d'E. Hervé, "des prises en charge à court, moyen et long termes, combinant des prestations d'animation, de réinsertion et de rééducation, à des prestations de soins, y compris psychiatriques" (discours déjà cité).

La critique, maintes fois entendue, selon laquelle le nouveau système de financement, parce qu'il est assuré en totalité, depuis janvier 1986, par l'Assurance-Maladie, est automatiquement soumis à des coupes sombres par rapport aux budgets antérieurs (en partie alimentés par l'Aide Sociale de l'Etat), n'est pas recevable. L'Aide Sociale de l'Etat, tout comme l'Assurance-Maladie, applique une rigueur financière accrue, dont on trouve une illustration parfaite dans la circulaire de juin 1985 (D.A.S., Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale). La rigueur budgétaire est égale de part et d'autre.

Les équipes de santé mentale et les directions administratives ont aujourd'hui un outil qui, s'il est correctement financé, leur donne une souplesse et une marge de manœuvre élargie.

Parallèlement à la mise en forme de sa réforme juridique et financière, le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale demandait à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.) de préparer une note précise, relative à la restructuration des établissements psychiatriques, visant à mettre en pratique une réduction importante des lits et une réorientation des malades. Cette étude a le mérite de confronter et de synthétiser les points de vue de tous les partenaires concernés (I.G.A.S., praticiens hospitaliers, médecins des organismes payeurs). Elle se fonde sur un postulat de départ, qui est de trouver les moyens d'un remodelage profond de la gamme des réponses socio-institutionnelles, la capacité en lits psychiatriques étant disproportionnée par rapport aux besoins.

La note de l'I.G.A.S. (août 1985) est fondée sur une recherche qui a été réalisée à partir du fonctionnement de 10 centres hospitaliers spécialisés (C.H.S.), agréés pour recevoir 11.000 malades (environ 10% des personnes hospitalisées en France).

Trois constatations de l'I.G.A.S. me paraissent avoir de l'importance:

1. La tendance à la réduction de la capacité hospitalière, observée depuis quelques années, contrairement à une impression habituelle des praticiens, est globalement faible. Le taux d'occupation reste élevé: 82,46% par rapport au nombre de lits agréés, alors qu'il était raisonnablement prévu une forte diminution de lits psychiatriques, favorisée par l'évolution des moyens thérapeutiques et des idées modernes sur les alternatives à l'hospitalisation.

Il faut noter en effet que le taux d'occupation d'une institution fonctionnant avec un prix de journée se calcule sur le nombre de journées de présence, multiplié par le nombre de malades; or, un certain nombre de séjours se caractérisant par leur durée limitée, et les permissions de sortie se multipliant ces dernières années, le taux d'occupation de 82,46% montrerait qu'il y a peu de sorties définitives des hôpitaux psychiatriques. Ce taux ne signifie pas qu'il y a 17,64% de lits inoccupés; il indique au contraire une utilisation quasi-totale des lits agréés.

2. Près de la moitié des malades hospitalisés relèvent d'autres structures que les établissements hospitaliers. En effet, 3.892 personnes, sur les 8.761 (effectif présent), seraient susceptibles de vivre ailleurs que dans un hôpital psychiatrique.

On peut donc remarquer que le maintien en hôpital psychiatrique de près de la moitié de la population étudiée ne s'explique pas par des troubles psychopathologiques, mais par l'économie propre des institutions, ainsi que par l'absence de solutions de rechange.

3. Près de 3 malades sur 10, parmi ceux qui n'ont pas leur place à l'hôpital, devraient être orientés vers des établissements destinés à des handicapés, créés et gérés en très grande majorité par des organismes privés de statut associatif (C.A.T., M.A.S., foyers de vie).

Cette recommandation de l'étude me semble suivre de deux hypothèses que font les praticiens hospitaliers:

• L'une, sur les possibilités d'évolution des sujets concernés; il s'agit de patients dits "chroniques", associant fréquemment débilité et psychose, l'institutionnalisation psychiatrique constituant un facteur aggravant supplémentaire; il semble que les médecins consultés n'accordent pas à ces patients des possibilités d'évolution psychologique et sociale;

• L'autre, sur les rôles respectifs de l'hôpital et du secteur d'hygiène mentale, d'une part, et des établissements et services pour handicapés mentaux, d'autre part; les patients dont l'atteinte est considérée comme "fixée et stable" ne relèvent pas, selon cette étude, des interventions des services et des structures thérapeutiques.

Je conteste par expérience la première de ces hypothèses (voir les résultats obtenus par le C.A.T. de Champigny et les foyers de Chennevières). La deuxième hypothèse, qui porte sur le rôle des praticiens vis-à-vis de ceux qu'ils perçoivent comme "chroniques", est en opposition complète avec les principes constitutifs de la politique de sectorisation psychiatrique, et notamment avec le refus de discriminer les sujets relevant d'une zone géographique selon leur pathologie.

Cette position des praticiens hospitaliers leur est d'autant plus facile à prendre que le nouveau système de financement des actions de santé mentale les dispense de s'occuper des "chroniques", autrefois "vaches à lait de l'hôpital", comme l'écrivait très justement R. Gintis dans *Les murs de l'asile* (Paris: Maspéro, 1968).

Un deuxième type de problème concerne la dimension économique des alternatives à l'hospitalisation.

En effet, alors que l'hôpital psychiatrique est pris en charge financièrement par l'Assurance-Maladie, d'autres structures, comme les C.A.T., sont financées par l'Aide Sociale de l'Etat ou, comme les foyers d'hébergement, par l'Aide Sociale départementale. Cela signifie qu'une négociation entre ces trois blocs (Sécurité Sociale, Etat, Département) est indispensable. Faute de négociation, on assistera soit au maintien des lits d'hospitalisation, soit à l'errance dans la cité (New York en est un bon exemple) d'un certain nombre de malades que l'on aurait "sortis" de l'hôpital psychiatrique, mais sans prévoir d'aides ni de structures d'accueil.

La loi de juillet 1985 ne simplifie donc pas les problèmes; elle a cependant l'intérêt d'insister sur une nécessaire diversification des actions en matière de santé mentale. Les équipes médico-psychiatriques publiques sont concernées au premier chef par cet enjeu; si elles ne s'y impliquent pas de manière dynamique, cette restructuration s'effectuera de manière désordonnée, probablement inadéquate, et de toutes façons au détriment des malades.

Des complémentarités sont donc à rechercher "sur le terrain" entre les pratiques des différents intervenants (équipes de santé mentale, d'action sociale, associations, établissements et services pour handicapés), plutôt que de se référer à une partition des rôles fondée sur des notions aussi fragiles que celles de la maladie par nature évolutive et du handicap forcément immuable.

B. En matière de handicap

Les objectifs récents sont caractérisés par la volonté de favoriser l'insertion en milieu ordinaire. Ils se sont traduits par des textes réglementaires et par un début de rééquilibrage des financements publics, favorisant une pluralité de solutions offertes aux personnes déficientes et malades, de l'institution classique à l'aide à l'insertion directe ou progressive. Je prendrai pour exemples deux domaines significatifs, la scolarisation et la vie professionnelle.

La scolarisation des enfants et des adolescents handicapés (sensoriels, physiques, mentaux) au plus près de la vie scolaire de tous les enfants, a été recherchée dès 1982, accélérant ainsi un mouvement beaucoup trop lent en France par rapport à l'Italie (malgré les erreurs dues à la précipitation) et à l'Angleterre. Dans ce pays en effet, dès 1974, une commission d'enquête se réunit sous la présidence de Mary Warnock, professeur à Saint Hugh's College (Oxford); ses "conclusions et recommandations sur les besoins pédagogiques spéciaux" sont présentées dans un "guide résumé" (British Crown Copyright, 1979). Elles prônent une logique proche de l'orientation française. De même, l'intégration scolaire en Norvège, officialisée par une loi en 1975, prend une signification d'autant plus féconde qu'elle se situe dans un environnement imprégné de solidarités communautaires.

La circulaire du 20 janvier 1982, signée par les ministres de l'Education Nationale et de la Solidarité Nationale, énonce les motivations et les principes de la mise en oeuvre de la politique

d'intégration scolaire. Sans en exclure la participation des établissements spécialisés (E.M.P., E.M.PRO), elle affirme sans ambiguïté l'accueil prioritaire des enfants dans le système scolaire "avec, si nécessaire, les soutiens spécialisés pédagogiques et thérapeutiques appropriés". La circulaire insiste sur la souplesse et la multiplicité des formes que doit revêtir l'insertion: intégration individuelle pour certains enfants, insertion collective pour d'autres, intégration partielle au niveau de certaines activités de l'établissement pour préparer une insertion ultérieure, autres modalités inédites, etc.

Les actions d'intégration, négociées le plus souvent possible au plan local, doivent associer les associations de parents, les organisations professionnelles, les pouvoirs publics, et disposer des moyens nouveaux, notamment des aides médicales, paramédicales, psychosociales, apportées par les institutions spécialisées, véritables supports techniques de cette politique.

Enfin, des efforts importants sont prévus pour mieux préparer tous les enseignants à leur nouvelle tâche.

Une seconde circulaire, en janvier 1983, précise les modalités de la prise en charge d'actions de soins et de soutien spécialisés dans les établissements scolaires ordinaires, destinées à aider à la réinsertion ou au maintien dans les écoles des enfants et des adolescents présentant une déficience ou des troubles du comportement.

Ces soutiens, prévus par des conventions inter-établissements, devront être apportés à l'intérieur ou à l'extérieur des écoles, soit

par les institutions spécialisées de l'enfance handicapée, soit par le secteur infanto-juvénile de santé mentale.

Les deux circulaires relatives à l'intégration scolaire ont été fortement combattues par les syndicats de psychiatres (publics et privés, qu'ils soient considérés comme conservateurs ou progressistes), par les paramédicaux (les orthophonistes, notamment), par les personnels des institutions spécialisées pour enfants handicapés, dans la mesure où elles énonçaient clairement la responsabilité centrale du système d'enseignement dans l'accueil et la formation des enfants et adolescents, quel que soit leur handicap. Les arguments explicites étaient de deux ordres; certains sont relatifs au fonctionnement du système d'enseignement: l'Education Nationale, sélective et bureaucratique, ne pourrait organiser que des actions ségrégatives. D'autres critiques s'appuient sur l'explication du handicap mental: les enfants handicapés ne sont pas des retardés, mais subissent avant tout des troubles psycho-affectifs; ils relèvent donc d'établissements thérapeutiques.

Une autre explication de cette opposition me paraît d'ordre économique: la crainte que la "clientèle" ne soit totalement réorientée dans un autre système de réponses.

Il n'en reste pas moins vrai que les textes Savary-Questiaux de 1982 et 1983 donnent une marge de manoeuvre tout à fait réelle pour les secteurs infanto-juvéniles, et surtout pour les institutions spécialisées. Ces dernières, en effet, n'ont pas été mises en difficulté par les circulaires sur l'intégration scolaire, mais par le long et méthodique processus de création de structures spécialisées au sein de

l'Education Nationale; grâce à ces circulaires, elles peuvent à nouveau prouver leur utilité en supprimant, certes, un bon nombre d'activités intra-institutionnelles, mais en mettant surtout la compétence technique de leur personnel au service de l'intégration des enfants à l'école.

Un certain nombre de psychiatres (le Pr. Hochmann, à Lyon, par exemple) et d'institutions spécialisées gérées par des associations ont participé à la mise en place d'actions d'intégration scolaire; H. Lafay, professeur à l'Université de Paris-13, en a rédigé un bilan encourageant en septembre 1985 (cf. [41]). L'E.M.P. de Morsang-sur-Orge, dans l'Essonne, est un bon exemple de cette adaptation. Il accueille des enfants déficients et trisomiques pour lesquels il a mis en place des aides ambulatoires; une collaboration régulière avec les écoles de la ville permet à 48 enfants (sur 55 pris en charge) d'être concernés par une insertion totale ou partielle.

Egalement, des classes intégrées dans les écoles ordinaires ont été créées un peu partout en France, par exemple à Strasbourg et à Nantes. Les circulaires sur l'intégration scolaire n'ont pas enclenché le mouvement actuel, mais elles l'ont popularisé et développé; l'intégration scolaire, malgré son hétérogénéité qualitative et géographique, paraît aujourd'hui prendre de l'ampleur; elle contribuera peut-être à modifier le regard collectif sur les déficiences et les infirmités.

Mais le problème posé par la grande masse des enfants et des adolescents "repérés" par leurs troubles du comportement, et en général exclus de l'école, reste entier.

L'exercice d'activités professionnelles a été recherché avec l'accroissement des possibilités de travail au sein des administrations publiques, des entreprises privées ou des établissements de travail protégés:

- Dans la fonction publique, à la suite du rapport Hernandez, les impossibilités systématiques et a priori d'accès à un emploi public, lorsque certaines conditions physiques n'étaient pas remplies, sont supprimées depuis la loi du 13 juillet 1983. Un effort sensible est réalisé pour reclasser les fonctionnaires devenus inaptes à leur fonction (lois des 11 et 26 janvier 1984). Le recrutement - surtout au Ministère des Postes et Communications - de travailleurs handicapés a été notablement assoupli et favorisé par un système adapté de formation interne.

← Plusieurs mesures ont été adoptées pour inciter les entreprises privées ou nationalisées, ainsi que les collectivités locales, à embaucher des travailleurs handicapés avec, notamment, la mise en place:

- Des contrats de programmes d'insertion professionnelle (circulaire de la Délégation à l'Emploi du 29-5-1984) définissant les conditions d'une aide financière par embauche, attribuée aux entreprises pour former et recruter des travailleurs handicapés;

- Des contrats individuels d'adaptation (circulaires de la Délégation à l'Emploi du 24-10-83 et du 20-1-84), d'une durée comprise entre 3 et 6 mois, accordant à l'employeur qui embauche un travailleur handicapé une aide destinée à compenser le coût du temps consacré à sa formation pratique et à son adaptation au poste de travail. L'Etat verse

à l'employeur une aide égale à 80% du S.M.I.C.; celui-ci s'engage à conclure, à l'issue du contrat individuel d'adaptation professionnelle, un contrat de travail de droit commun;

• D'aides à l'aménagement des postes de travail et à la compensation des charges supplémentaires d'encadrement (décret du 17-5-1984). Une aide est accordée aux entreprises pour adapter leurs machines et les postes de travail aux possibilités des handicapés, dans une proportion de 80% du coût des aménagements.

Pendant la période d'adaptation d'un travailleur handicapé à son emploi, l'entreprise qui l'embauche peut percevoir une subvention destinée à des charges supplémentaires d'encadrement.

Ainsi, les contrats individuels d'adaptation professionnelle, au nombre de 400 en 1984, passent à 1.500 en 1986; les aides à l'aménagement de postes et d'accès aux lieux de travail sont multipliées par 6 entre 1978 et 1984; l'aide apportée par l'Etat pour la formation des apprentis-handicapés est multipliée par 5 entre 1981 et 1985.

Ces mesures sont intéressantes car elles encouragent une démarche vers l'insertion professionnelle; cependant, l'effort qui a été entrepris reste négligeable par rapport au développement des établissements spécialisés: en deux ans, par exemple, 1.100 contrats individuels d'adaptation professionnelle ont été passés; dans le même temps, 4.000 places de C.A.T. et 1.000 places d'A.P. étaient créées. Etant donné les différences de coût, cela signifie que les crédits consacrés aux établissements de travail protégé ont été environ 30 fois

plus élevés que ceux affectés aux aides à l'insertion directe en milieu ordinaire.

D'autre part, la loi sur l'obligation d'emploi des mutilés et des travailleurs handicapés a été mieux appliquée grâce à des instructions données aux Directions Départementales du Travail et de l'Emploi en mai 1982 et en juin 1984; cela a permis de faire embaucher un nombre sensiblement plus important de travailleurs handicapés: il passe de 57.000 en 1981 à 90.000 en 1984 (source: Délégation à l'Emploi), soit un accroissement de près de 60% en 3 ans.

Les Equipes de Préparation, de Suite et de Reclassement (E.P.S.R.), qui constituent un outil utile au service de l'insertion en milieu ordinaire, font l'objet d'un effort important: 32 équipes en 1981, 68 équipes en 1985.

- La volonté d'ouvrir les établissements de travail protégé sur l'environnement économique, et de rapprocher leurs utilisateurs du milieu professionnel ordinaire, ne s'est pas manifestée par l'arrêt des créations d'E.T.P.; en cinq ans, le nombre de places en C.A.T. est passé, selon la D.A.S. (Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité) de 44.000 à 60.000, et le nombre de places en A.P., selon la Délégation à l'Emploi (Ministère de l'Emploi), de 4.500 à 7.200.

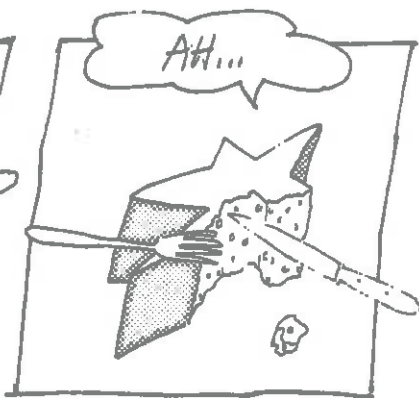
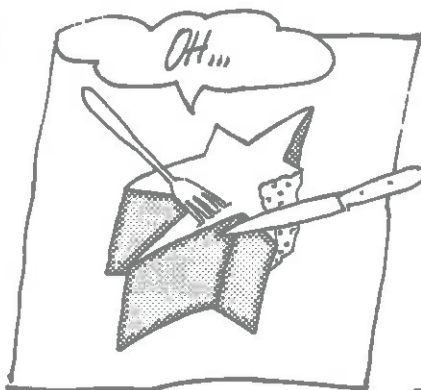
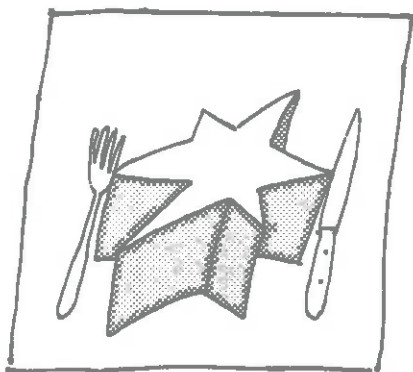
Sur le plan qualitatif, la France, suivant en cela l'exemple suédois, mais devançant les autres pays de la Communauté Européenne qui encouragent cette orientation (voir le *Journal officiel des communautés européennes* du 31-12-1981), incite les promoteurs de C.A.T. et d'A.P. à

développer un secteur d'emploi semi-protégé. Celui-ci permettrait une intégration "assistée" (avec des soutiens éducatifs) et "modulée" (accompagnement intermittent ou constant assuré par des travailleurs sociaux), de travailleurs handicapés en entreprise ordinaire. Les pouvoirs publics concrétisent cette orientation par deux décrets, en mars 1986, l'un concernant les A.P., l'autre, les C.A.T. (une illustration du travail semi-protégé et de ses résultats sera présentée plus loin dans l'analyse du fonctionnement du C.A.T. de Champigny/Vitry, en région parisienne).

Le poids des réponses traditionnelles aux maladies et aux déficiences mentales reste important. Il est sans doute conforme aux mentalités collectives et à la majorité des pratiques professionnelles.

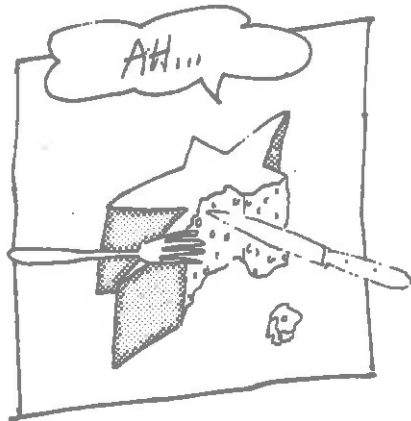
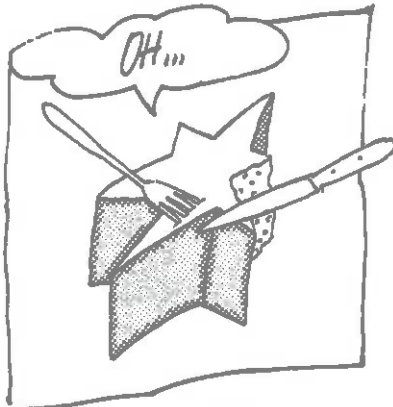
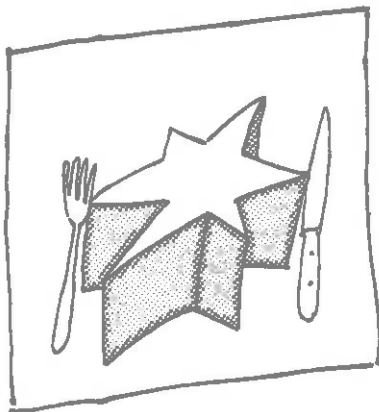
Plusieurs tentatives ont été menées pour rééquilibrer les actions en faveur de l'insertion sociale; mais ces dernières restent encore très timides. D'autre part, les aides consacrées aux inadaptés sociaux (comme le "minimum social") n'en sont qu'au stade expérimental dans quelques villes; sans la généralisation de ce type de soutien, les inadaptés sociaux continueront d'être contraints de se protéger par le masque social du handicap pour assurer leur survie économique.

Cependant, malgré un mouvement toujours très pesant en faveur de l'institutionnalisation, des modèles nouveaux de pratiques réadaptatives destinées aux déficients et aux malades mentaux prennent place dans le champ social. Ils offrent une chance à leurs utilisateurs de vivre et de travailler au sein ou au plus près de la communauté.



LE RESTAURANT
L'ÉTOILE





LE RESTAURANT
L'ÉTOILE



Recommendations of the

CONFERENCE OF EUROPEAN FIRMS, CO-OPERATIVES and EMPLOYMENT
INITIATIVES FOR THE PSYCHIATRICALLY DISABLED
in Berlin, 9 - 11th March, 1987

The Participants at the conference want to stress the fact, that work in European countries represent a high value in the lives of psychiatrically disabled people. It plays an important part for rehabilitation and reintegration into society. This is more so since mental hospitals all over Europe have reduced their size or are in the process of closing down. Therefore living and working in the community for the discharged patient plays an increasing part in rehabilitation. Work gives them, like all of us, self esteem and social contacts and helps to define life as meaningful.

The conference dedicated considerable attention to the relationship between the economic aspects of work and the human aspects. There is always a tension between the two and it seems at times as if there is an unbridgable contradiction.

In view of employment initiatives and firms we want to state that both aspects have to be considered and most projects which over-emphasize one or the other have not been successful.

Psychiatric reforms in European countries are at very different stages and levels and take place against very different historical backgrounds. So, the main aim of the conference was the exchange of information and experiences, and the concern to understand each other's situation.

The participants found a great diversity of initiatives, which should be maintained; we should never try to force them into a straitjacket. In some of the industrialised parts of Europe, like W-Germany and North-Italy, it seems important to set up firms/businesses/cooperatives for ex-patients as separate entities. At the same time, more integrative schemes have been set up, as examples in France and England showed. Some countries have a well-developed system of sheltered employment, where the employee has a defined status, as in Holland, Denmark or England.

In spite of all this diversification and very different traditions, the participants want to state some essentials common to successful employment initiatives for the psychiatrically disabled:

- Small units which allow for personal contact, building up of worthwhile relationships and teamwork instead of isolated workplaces seem very important.
- The disabled should have an employee status with normal rights and responsibilities. This helps to develop autonomy and provides a challenge to practise technical and socio-emotional skills within the work role.
- The salary should be aiming at once, or in stages, towards a level allowing the person to be independent of public welfare and thus lead a life outside psychiatric institutions.
- Vocational training is very important for some psychiatrically disabled people who have not had the chance to develop adequate skills for the required level of work performance. However, the training programmes should be based on a given employment situation, and provide training - on - the - job, rather than be set up separately with little chances to lead into an employment situation for the person concerned.

This concept allows for the promotion of technical skills and socio-emotional skills to do with the (re)learning of the work role, interaction at work and a positive attitude towards the task and fellow workers.

It is because of these essentials, agreed on by the participants that we would like to ask the EEC for further support in the creating of more and better work opportunities for the psychiatrically disabled. They have not had the same chances so far as some other groups of disabled persons. We are well aware of the fact that employment initiatives with the stated essentials can only cater for a certain group of psychiatrically disabled.

They are the long - term handicapped with psychiatric disabilities, who have had few chances because of long periods of hospitalization and the lack of work geared specifically towards their needs.

They are persons who, given the time and the attention, can develop good skills and work performance. They are the persons who, because of Europe - wide unemployment problems tend to stay longer in psychiatric institutions than necessary.

For persons who are even more severely disabled there are and will always have to be other degrees of sheltered work. Many of them will not be able to support themselves.

However, the participants of the conference want to pass on the message to medical institutions, professionals, employers and the families of psychiatrically disabled that a good number of them are well able to earn their own living and lead an independent life.

The conference participants want to make the following recommendations:

1. The further exchange of experiences on employment initiatives for the psychiatrically disabled should be promoted by an annual meeting in different European countries.
2. Italy is willing to host the meeting in 1988 if the EEC will provide assistance.
3. The participants wish to build up an international network of work initiatives for the psychiatrically disabled with the help of the EEC.
4. The participants expressively asked FAF to act as a coordination office in view of this aim, as the exchange of information, written materials, forthcoming events is of great importance to all countries.
5. Some EEC programmes should be geared more towards the promotion of employment and work opportunities than vocational training courses, separated off and limited to a very short time. This issue should be discussed in greater detail at the next conference if not before.

The recommendations were worked out by the following delegates:

Dr. D. Bennett,	England
Prof..M. Richartz,	Holland
Mr. S. Guiglia,	
Ms. A. di Mascio,	Italy
Ms. S. Conte,	
Mr. Kristensen,	Denmark
Dr. Karidi,	Greece
Mr. Salijevic,	
Mr. Seyfried,	W-Germany.
Ms. Haerlin,	
Mr. Schubert,	

(The French participants had to leave earlier, but were in full consensus with the others)

DOCUMENTATION

of the

C O N F E R E N C E

**of European Firms,
Cooperatives and Employment Initiatives for the
Psychiatrically Disabled**

March 9th - 11th, 1987

BERLIN

FAF

INDEX

	page
1. Foreword	1
2. Preface by the Patron of the Conference, Reinhard Wohlleben, President of the Berlin Employment Office	2
3. Summary: Development, Positions and Problems in the various European Countries	3
3.1. General Positions	3
3.2. Great Britain	5
3.3. Denmark	5
3.4. Netherlands	6
3.5. Greece	6
3.6. France	7
3.7. Italy	7
3.8. West-Germany	8
4. Visit to Berlin Facilities for the Psychically Disabled	9
5. Recommendations of the Conference of European Firms, Cooperatives and Employment Initiatives for the Psychiatrically Disabled, in Berlin 9th to 11th March, 1986.	10

1. Foreword

Experts from seven member states of the European Community met from 9th to 11th March 1987 in Berlin to discuss ways of integrating people with psychiatric disorders into society and working life.

National situations proved to vary greatly. The development of social psychiatric care in the different countries is far from being uniform. While rehabilitation facilities exist everywhere, provision is in some countries hardly structured at all.

The same problem seems to apply in all countries respecting the creation and referral of jobs for the psychiatrically disabled: widespread unemployment among this group. Yet, social integration for them is closely related to having access to the world of work, i.e. to socially recognized jobs. There was unanimity in this point among participants.

A major aim of the conference was to exchange informations and experiences in order to learn from one another. The representatives of different member states reported on the basic development of social psychiatry, on attempts to achieve occupational rehabilitation and on ways of integrating people with psychiatric disabilities into working life. These national reports - a kind of Europe-wide stocktaking - are collected in this booklet.

Further, participants tried to distill the points they had in common, so as to make joint decisions. A communiqué was sent to the BEC after the conference, also included in this documentation.

During the conference in Berlin the participants had the opportunity to see for themselves how jobs have been created for people with psychiatric disabilities. An afternoon was devoted to visits in typical projects.

A continuation of this conference is planned in order to advance the European networking of individual initiatives, cooperatives and business projects. The second European meeting of initiatives involved in occupational integration of the psychiatrically disabled will be held in Turin from 9th to 11th May 1988.

The Berlin conference was made possible through the assistance of the following institutions:

- Commission of the European Communities
- Senator for Industry and Labour, Berlin
- Federal Ministry for Youth, Family, Women and Health
- German Association of Welfare Agencies.

2. Preface by the Patron of the Conference, Rheinhard Wohlleben,
President of the Berlin Employment Office

I should like to extend a warm welcome to all participants at the conference of European firms, cooperatives and employment initiatives for the psychiatrically disabled from 9th to 11th March 1987 in Berlin.

The conference itself is the expression of an increasing recognition of your work, and particularly that of the host association, in the difficult field of the occupational and social integration of people with psychiatric disabilities. About 40 selfhelp firms providing 250 jobs are a good beginning in this country. We need the ideas and experience of others, so I am particularly pleased that the EEC Commission has taken the initiative in holding this European conference.

Berlin as a venue offers material for practical project lessons: selfhelp-firms of the association "Lebenswelten", like the whole-meal bakery "Backstern", the health food shop "Koriander" or the planned cafeteria "Dies und Das". They are already part and parcel of rehabilitation in this city. The restaurant "L'Etoile", where the conference will be dining, is another visible success story.

A good ten years ago we were still talking about "mental patients" in the Federal Republic and it is surely a sign of progress that the term "psychiatrically disabled", has come into usage. Joint schemes by funding bodies in medical and occupational rehabilitation are new in so-called rehabilitation centres for people suffering from psychiatric disorders or disabilities, allowing hope for a better future for this group in the FRG. It can be your task to build a bridge between the general and the specific labour market for the disabled (protected workplaces).

I wish your conference every success - in the interest of rehabilitation and the service of the disabled.

3. Summary: Development, Positions and Problems in the Various European Countries

3.1. General Positions

Despite the differences in the efforts in various European countries to create jobs for the psychically disabled and despite the particular conditions having to be faced a variety of similarities can be stated:

- The development of a real social psychiatry, that means the creation of conditions under which the psychically disabled are able to live in a normal social environment within society, is closely linked to creating jobs for the persons concerned. Social and medical rehabilitation can only be successful if they are linked with vocational integration.

- Considering the economic situation which in general still is a difficult one the psychically handicapped have hardly any chances to find a job on the regular labour market. As far as there are quota systems for the employment of the handicapped they have proved to be an instrument to secure existing jobs but they do not support the vocational integration of those handicapped being without employment.

- Measures of rehabilitation and vocational training have only a temporary nature. They miss their objective when they do not consider the specific needs of the psychically handicapped and when they do not accord to the entry possibilities of the labour market. More training programmes should be based on a given employment situation and provide rehabilitation-on-the-job rather than be set up separately with little chances to lead into a job.

- As far as there are sheltered workshops they often do not fit the particular needs of the psychically handicapped especially, concerning status and social integration.

- Within normal employment, there are increasingly to be found demands and conditions under which only the most strong of the handicapped can compete.

- This is why semi-sheltered working conditions are needed i.e.

* small units which allow for personal contact and the building up of worthwhile relationships and teamwork particularly between the disabled and the non-disabled.

* where the disabled has an employee status with regular rights, where the salary aims towards a level allowing the person to be independent of social welfare and where there are

* responsibilities which secure the autonomy and personal development of the persons concerned.

In the reports of the congress participants about the various efforts to create employment in this domain it became clear that in the different countries this work is done under varying points of departure and emphasis.

In Italy and Germany for example independent economic units were created where the handicapped often work together with the non-handicapped and where they earn about the same wages as in the average society.

From the reports of the French participants it could be learned that their endeavours centered partly on the integration into regular employment whereas there are parallel efforts to expand the system of sheltered workshops and to adjust them according to the needs of the psychically handicapped.

Between these various approaches there is a variety of different models, in Denmark and Holland for example, often based on a legal framework and institutions which allow to reach economic independence by production and sale on the general market.

Also, in those countries where there are mainly models which so far allow only low payment and where no regular work contract can be arranged with the handicapped, in Greece and Holland for example, the vast importance of those two aspects in view of social integration is considered.

Only when economic autonomy and industrial law equity with the other working members of society is realized there are crucial prerequisites for an equal development of the handicapped within a community.

In addition the nature of models for employment within one country is particularly dependent of its

- history and development of social psychiatry
- cultural background concerning community and voluntary work
- social laws and
- economic situation.

As the concrete forms of employment for the handicapped can only be understood considering this background the speakers concentrated on them in their reports.

3.2. United Kingdom

There was a report by Mr. Bennett, psychiatrist and pioneer in the field of rehabilitation and work with psychiatrically handicapped and by Ms. Scott, who works in the project Mary Hands. Because of his long-standing experience Mr. Bennett was able to talk first-hand about the development of social psychiatry and the creation of employment for the psychiatrically handicapped. In England there is a long tradition concerning the creation of employment:

As far back as 1927 the first production facilities were created. Mostly those facilities were inside or in close link to the hospitals. In the last decade about 40 hospitals have been closed down in Great Britain; in parallel, the demand for jobs for the psychiatrically handicapped in the community has increased.

As in the other countries nowadays there is the problem of limited additional employment possibilities: persons who draw a disability pension are allowed to earn an extra £ 22 without effects on their pension, those who receive social security however, may only earn an extra £ 4.

Ms. Scott reported exemplarily about her employment initiative which organizes rehabilitation and employment of the psychically handicapped. At the beginning the persons concerned pass through a training phase of six months. The project collaborates with small enterprises, the local authorities and private customers, and secures part-time jobs for the participants. At present 18 trainees are cared for. By the end of this year the capacity of the project will be exhausted with 30 people. The project enters the market on the field of joiner's and redecorating work.

3.3. Denmark

The Danish contribution presented the model of a sheltered work and training place which is highly incorporated in the local structure. The speaker was Mr. Kristensen who works within the establishment.

There are 120 jobs for the training and trial work of unemployed and psychically ill adolescents. The establishment of rehabilitation comprises four different production and work sectors:

On the machinery sector motor hoes are produced and steel tubes are processed. The sectors of production are furniture of wood and steel, textiles, as well as plants to be cultivated.

The institution defines its position as part of the local industry. Both from the aspect of outer appearance (that is neutral name of company) and internal work processing the establishment orientates itself on "normal" firms.

In 1986 its turnover amounted to 42 million Danish crowns; 15 million were

granted through public subsidies which were paid to the employees as wages. All other expenses could be covered by operating results.

3.4. The Netherlands

The speakers reported from their work at the *Stichting Nieuwe Werkvormen*. The project leader *Mr. Henket* is employed there with the help of local subsidies. *Mr. Baten* is on the board of directors of this foundation. *Mr. Richartz*, Professor at the University of Maastricht is its chairman.

Mr. Richartz talked about the cultural and economic skeleton conditions of the projects which rely on the tradition of voluntary work and foundations in the Netherlands. As the traditional and well-established system of sheltered workshops is blocked to a great extent by longterm unemployed persons, the creation of employment for the psychically handicapped became necessary.

Mr. Baten reported about the new work projects which close the gap between work therapy, sheltered workshops and voluntary work. There are projects in agriculture like sheep-breeding, farming and cultivating and in construction work in local neighbourhood projects. The projects of their foundation are not only available for the psychically ill but open to other social problem groups, too.

The development of the projects is planned in several stages, which enable an increasing independence from public subsidies and which is supposed to lead to payment of wages to the handicapped out of the operating results after 5 to 10 years. At present, this is not yet possible. The persons concerned draw social security which in Holland comes up to little less than minimum wages and other public sources.

A particular problem arises from the low flexibilities of social laws concerning the drastic reduction of possibilities of extra work.

3.5. Greece

Social psychiatry in Greece does not have a long-standing history. As a result the initiatives for the creation of employment for the handicapped are still in the beginning.

The Eginition Hospital in Athens where *Ms. Karidi*, the Greek speaker works has beside others influenced the reform of psychiatry in Greece through its community and work approach. For more than one year a model project financed by the European Social Fund for the social and vocational integration of the psychically handicapped has been realized in the clinic.

Until now the model programme was particularly concerned with the lack of training and the preparation of future work situations. However, as only 30 % of the per-

sons to be rehabilitated found a job this rehabilitation programme will be expanded by the establishment of cooperatives.

At the same time a vocational programme of further education was developed. The first cooperative is to be a book-bindery for 5 patients. Other psychiatric institutions in Greece, for example in Thessaloniki, work in the same direction.

3.6. France

The French report was opened by Mr. Zribi who presented a model project for vocational and social integration of the mentally and psychically handicapped in Paris.

At the Centre d' Aide par le travail about 100 people are cared for. Within the CAT training programmes in "normal" enterprises are offered. The analysis of the experience shows that about 50 % of the participants were able to find employment within a normal enterprise.

In addition to the integration into normal companies sheltered workshops of the CAT are offered. In 1987 the sheltered workshops achieved a turnover of 2 to 2.5 million francs, which was paid to the handicapped together in addition to welfare pay. Some earn more than the average French worker.

Mr. Kieken presented the association he works for, the Ateliers Protégés which cares for 4.500 handicapped persons with the objective of vocational integration. For the adults 3.000 sheltered jobs are available.

3.7. Italy

From Italy there were Mr. Guiglia, the national coordinator, Mrs. Comte, coordinator from Pordenone and Mrs. di Mascio, president of the Nuova Cooperativa. Mr. Guiglia outlined the skeleton conditions and the development of the Italian cooperatives. The foundation is particularly influenced by the ideas of the anti-institutional psychiatry:

criticism of the lunatic asylum and in particular of the application of work therapy as a means of suppression and as economic exploitation.

According to law no. 180 which reformed the Italian psychiatry in a structural sense, work cooperatives came into being at the end of the seventies and the beginning of the eighties throughout Italy. They consisted of former patients of the institutions and patients of territorial services.

They are mainly engaged in the domaine of cleaning services, in agriculture and in the craftsman's trade. As the enterprises work with a relatively low productivity, they have few private customers and mostly receive orders from public organizations. In some cases this situation has lead to a total dependence of the cooperative from

public organisations. Others, particularly those in the south, have serious economic problems and are not in the position to pay fair wages. Usually, the payment corresponds with the minimum wage which is about 700.000 Lire per month.

The two cooperatives represented by Mrs. Comte and Mrs. di Mascio are an example for two different ways of formation of projects: the one from Collegno came out of former institution structures, the one in Pordenone developed separately after the passing of the reform.

3.8. Germany

The situation in this country was presented by Mrs. Haerlin, Mr. Seyfried (members of the board of FAF) and Mr. Saljevic (advisor of the firms for the psychiatrically disabled in the Federal Republic of Germany).

West German society had difficulties in coming to terms with the crimes that had been committed during the Nazi- Regime, also on the field of psychiatry. For many years, the repression of this history prevented any reforms in psychiatry. At the beginning of the seventies a major study was made by an inquiry commission.

In the mid-seventies model projects for various social psychiatric structures were formed in some model regions. Today, there are more or less everywhere structures of ambulant care, however, all of them badly equipped. The dissolution of high-capacity clinics did not take place.

The German employment movement was formed in the early eighties on the initiative of caring personnel in the ambulant field, who realized in their daily work that the few structures in social psychiatry urgently needed supplementing by making employment available.

In Germany as well, the existing quota regulation could not procure appropriate employment for the psychically handicapped. The compensation rates which have to be paid by employers in case of non-compliance with the quota (6 % from 16 employees upwards, with a fee of 150,- Deutschmarks per job per month) are managed by local authorities (Hauptfürsorgestellen) and spend for the purpose of work and vocational promotion of the handicapped but, traditionally, only for the mentally handicapped.

Nevertheless, this is the background for the foundation of independent enterprises on the open market mainly by engaged psychologists and social workers. The crucial point was, that after long arguments they succeeded in procuring the above mentioned means from the "Hauptfürsorgestellen" to create jobs for the psychically handicapped.

Apart from firms which offer long-term employment with union rates, there are

also firms which only make available some extra earnings for the handicapped. At present, there are more than 40 of these projects. The number of jobs is over 350. Having to face difficulties in being competitive on the market there are efforts within the company movement concerning a more efficient management which are supported by the advisory bureau of FAF in Berlin.

4. Visit to Berlin Facilities for the Psychiatrically Disabled

During the conference arrangements were made for participants to gain an insight view into some of the employment projects in West-Germany.

Theta-Wedding e.V. is a rehabilitation centre for those with psychiatric disabilities under the roof of a recognized workshop for the disabled. It contains a printer's shop, a carpenter's shop, a painter's workshop, a kitchen and a domestic economy area and a garment-making department. A printing company (Theta Coopera GmbH) is being founded, providing permanent jobs for people with psychiatric disabilities.

Participants tucked into a vegetarian lunch there, and were most impressed with the high standard of cuisine. They were then guided around the printer's shop, thus getting a glimpse of its professional methods.

The next stage of the tour was the whole-meal bakery Backstern. This is the oldest of five projects operating at the initiative of the Berlin association "Lebenswelten". Its concern in creating lasting jobs for those with psychiatric disabilities is that they should work alongside those without. The bakery has been functioning since 1983, and produces 50 whole-meal loaves and cakes each day.

The health shop Koriander - the next stop-over - is wellknown in the district for its natural foods and ecological products. It too was the result of a "Lebenswelten" initiative.

Another project is the kiosk Dies & Das, located on the grounds of the Karl-Bonhoeffer Mental Hospital. It supplies patients with everyday items. The visitors were shown the generous premisses of the cafeteria which is being set up. It is also planned to serve as a communication centre and meeting place. Visitors are welcome and through exhibitions etc. a cultural exchange between "inside" and "outside" is to be fostered.

In his introductory words the hospital director, Dr. Becker, stressed the need for opening towards the outside. The experience of German facism had shown how the supposed protection of patients from society could fatally turn into marginalisation and exclusion. Though it might not yet be possible to knock down the walls around the hospital grounds, the opening of the cafeteria would be a further step towards making them penetrable.

5. Recommendations of the
Conference of European Firms, Cooperatives and Employment
Initiatives for Psychiatrically Disabled in Berlin, 9 to 11th March, 1987

The participants of the Conference want to stress the fact, that work in European countries represents a high value in the lives of psychically disabled people. It plays an important part for rehabilitation and reintegration into society. This is more so since mental hospitals all over Europe have reduced their size or are in the process of closing down. Therefore, living and working in the community for the discharged patient plays an increasing part in rehabilitation. Work gives them, like all of us, self-esteem and social contacts and helps to define life as meaningful.

The conference dedicated considerable attention to the relationship between the economic aspects of work and the human aspects. There is always a tension between the two and it seems at times as if there is an unbridgeable contradiction.

In view of the employment initiatives and firms we want to state that both aspects have to be considered and most projects which overemphasized one or the other have not been successful.

Psychiatric reforms in European countries are at very different stages and levels and take place against very different historical backgrounds. So, the main aim of the conference was the exchange of informations and experiences, and the concern to understand each other's situation.

The participants found a great diversity of initiatives, which should be maintained; we should never try to force them into a straitjacket. In some of the industrialized parts of Europe, like West-Germany and North-Italy, it seems important to set up firms/ businesses/ cooperatives for ex-patients as separate entities. At the same time, more integrative schemes have been set up, as examples in France and England showed. Some countries have a well-developed system of sheltered employment, where the employee has a defined status, as in Holland, Denmark or England.

In spite of all this diversification and very different traditions, the participants want to state some essentials common to successful employment initiatives for psychically disabled:

- * small units which allow for personal contact, building up of worthwhile relationships and teamwork instead of isolated workplaces seem very important.
- * The disabled should have an employee status with normal rights and responsibilities. This helps to develop autonomy and provides a challenge to practise technical and socio-emotional skills within the work role.
- * The salary should be aiming at once, or in stages,

towards a level allowing the person to be independent of public welfare and thus lead a life outside of psychiatric institutions.

* Vocational training is very important for some psychically disabled people who have not had the chance to develop adequate skills for the required level of work performance. However, the training programmes should be based on a given employment situation, and provide training-on-the-job, rather than be set up separately with little chances to lead into an employment situation for the person concerned.

This concept allows for the promotion of technical skills and socio-emotional skills to do with the (re-)learning of the work role, interaction at work and positive attitude towards the task and fellow workers.

It is because of these essentials, agreed on by the participants that we would like to ask the EEC for further support in the creating of more and better work opportunities for the psychically disabled. They have not had the same chances so far as some other groups of disabled persons. We are well aware of the fact, that employment initiatives with the stated essentials can only cater for a certain group of psychically disabled.

They are the long-term handicapped with psychically disabilities, who have had few chances because of long periods of hospitalization and the lack of work geared specifically towards their needs.

They are persons who, given the time and the attention, can develop good skills and work performance. They are the persons who, because of European wide employment problems tend to stay longer in psychiatric institutions than necessary.

For persons who are even more severely disabled there are and will always have to be other degrees of sheltered work. Many of them will not be able to support themselves.

However, the participants of the conference want to pass on the message to medical institutions, professionals, employers and the families of psychically disabled that a good number of them are able to earn their own living and lead an independent life.

The conference participants want to make the following recommendations:

1. The further exchange of experiences on employment initiatives for the psychically disabled should be promoted by an annual meeting in different European countries.
2. Italy is willing to host the meeting in 1988 if the EEC will provide assistance.
3. The participants wish to build up an international network of work initiatives for psychiatrically disabled with the help of the EEC.
4. The participants expressively asked FAF to act as a coordination office in view of this aim, as the exchange of information, of written materials, about forthcoming events is of great importance to all countries.
5. Some EEC programmes should be geared towards the promotion of employment and work opportunities than vocational training courses, separated off and limited to a very short time. This issue should be discussed in greater detail at the next conference if not before.

The recommendations have been worked out by the following delegates:

Dr. D. Bennett	England
Prof. M. Richartz	Holland
Mr. S. Guiglia	Italy
Ms. A di Mascio	Italy
Ms. S. Conte	Italy
Mr. O.B. Kristensen	Denmark
Dr. V. Karidi	Greece
Mr. M. Salijevic	W.-Germany
Mr. E. Seyfried	W.-Germany
Ms. C. Haerlin	W.-Germany
Mr. Schubert	W.-Germany

(The French participants had to leave earlier, but were in full consensus with the others.

Bemühungen um psychisch Behinderte

Neue Methoden zur beruflichen Integration

Psychisch Behinderte stellen noch immer eine kleine Randgruppe dar, die — im Gegensatz zur großen Gruppe der körperlich Behinderten — keine nennenswerte Lobby besitzt, die sie in der Öffentlichkeit vertritt. Das trägt, neben der in allen Ländern der Europäischen Gemeinschaft herrschenden hohen Arbeitslosigkeit, dazu bei, daß die berufliche Integration dieser chronisch psychisch erkrankten Mitmenschen überall auf große Schwierigkeiten stößt.

Um diesen Mißstand zu beseitigen, bildeten sich in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft eine Anzahl von Initiativen mit dem Ziel, neue Beschäftigungsmöglichkeiten für psychisch Behinderte zu schaffen. Sogenannte „Selbsthilfefirmen“ stellten dieser Arbeitnehmergruppe Dauerarbeitsplätze mit tariflicher Bezahlung zur Verfügung, die ihnen ein von Sozialhilfe und anderer Unterstützung freies Leben ermöglichten. Diese Firmen stellen ganz normale Betriebe des allgemeinen Arbeitsmarktes dar, in denen Behinderte und Nichtbehinderte zusammenarbeiten. Da in den „geschützten Werkstätten“ psychisch Kranken meist keine ausreichenden Entfaltungsmöglichkeiten geboten werden, wird mit den Selbsthilfefirmen eine Lücke zwischen den lediglich für körperlich und geistig Behinderte konzipierten Werkstätten und den allgemeinen Arbeitsplätzen geschlossen.

Zum erstenmal trafen sich in Berlin rund 50 Vertreter von Firmen, Genossenschaften und Beschäftigungsinitiativen für psychisch Behinderte aus der Bundesrepublik und dem europäischen Ausland zu einem dreitägigen Erfahrungsaustausch. Veranstalter dieser unter der Schirmherrschaft des Präsidenten des Landesarbeitsamtes Berlin, Reinhard Wohlleben, stehenden Tagung war der „Verein zur Förderung

von Arbeitsinitiativen und Firmenprojekten“, der in Berlin eine Beratungsstelle für den psychosozialen Bereich leitet. Die Seminarteilnehmer berichteten über die neueste Entwicklung der „Firmenbewegung“ in Großbritannien, Dänemark, Griechenland, Frankreich, Italien und den Niederlanden.

Ein Vormittag war der Bundesrepublik gewidmet, in der es bereits rund 40 Selbsthilfefirmen mit insgesamt mehr als 250 Arbeitsplätzen gibt. Fünf davon — eine Vollkornbäckerei, ein Naturkostladen, ein Restaurant, eine Cafeteria mit Verkaufsstand in einer Nervenheilstätte und eine EDV-Buchhaltung entstanden in Berlin auf Initiative des 1982 gegründeten Vereins „Lebenswelten e. V.“

Am Ende der Tagung wurden vier Empfehlungen an die Europäische Gemeinschaft gerichtet. Unter anderem forderten die Teilnehmer, daß die Selbsthilfefirmen als Bestandteil des allgemeinen Arbeitsmarktes „minderleistungsausgleichspflichtig“ gemäß Paragraph 28 des Schwerbehindertengesetzes werden sollen. Da Erfahrungen, die vor allem in Berlin gesammelt wurden, gezeigt haben, daß sich die Arbeit am Computer günstig auf die vielfach kontaktgestörten psychisch Behinderten auswirkt, sollen diese Schulungen für EDV-Arbeiten eingerichtet werden. Auch sollen — da viele psychisch Behinderte Hemmungen haben, einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen — künftig berufliche Förderungsmaßnahmen nicht allein von der Vorlage dieses Ausweises abhängig gemacht werden.

Anfragen bittet der „Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen und Firmenprojekten e. V.“ an seine Berliner Adresse, Hedemannstraße 14, 1000 Berlin 61, Telefon 2 51 10 66 zu richten.

Hans Lesser

Tagespiegel
v. 1983. 97.

FINANZÜBERBLICK

1. TEILNEHMER

- europäisches Ausland	22
- Bundesrepublik Deutschland	4
- Berlin	<u>10</u>
Summe:	36

2. AUFWENDUNGEN

2.1 Kosten der Vorbereitung

-Erstellen, Übersetzen, Drucken und Versenden der Einladungen, Tagungsunterlagen, Protokolle und Berichte	DM 3.000,--
-Auslagen für die Erstellung der nationalen Berichte pro Teilnehmerstaat (7) DM 800,--	<u>DM 5.600,--</u>
Summe:	DM 8.600,--

DM 8.600,--

2.2 Kosten der Tagungsräume

Tagungsort ist im Hause vom CEDEFOP-Berlin. Die kostenlose Benutzung der Räume und Einrichtung wurde in Aussicht gestellt.

DM --,--

2.3 Kosten für Dolmetscher

3 Dolmetscher für 3 Tage
Anmerkung: Konferenzsprache ist Englisch. Da davon auszugehen ist, da ein Großteil der Teilnehmer, auch aus Dänemark und den Beneluxstaaten diese Sprache beherrscht, sind Dolmetscher für die Sprachen Italienisch, Französisch und Deutsche notwendig.

DM 7.200,--

2.4 Kosten für Verpflegung und Unterkunft

-26 Teilnehmer europ. Ausland und BRD	
3x Mittag-u.Abandessen a`DM 45,--	DM 3.510,--
4x Übernachtung mit Frühstück a`DM 90,--	DM 9.360,--
-10 Teilnehmer aus Berlin	
3x Mittag-u.Abandessen a`DM 45,--	<u>DM 1.350,--</u>
	DM 14.220,--

DM 14.220,--

2.5 Kosten für Reisen

3 Teilnehmer aus Italien	DM 4.500,--
3 Teilnehmer aus Frankreich	DM 3.400,--
8 Teilnehmer aus Benelux-Staaten	DM 6.000,--
3 Teilnehmer aus Großbritannien	DM 3.600,--
2 Teilnehmer aus Irland	DM 3.000,--
2 Teilnehmer aus Dänemark	<u>DM 1.400,--</u>
Übertrag:	DM 21.900,--

b.w.

Obertrag:	DM 21.900,--	
1 Teilnehmer aus sonstigen Staaten	DM 1.800,--	
4 Teilnehmer aus Bundesrepublik D.	DM 1.200,--	
	<u>DM 24.900,--</u>	DM 24.900,--

Anmerkung: Diese Anzahl an Teilnehmern wird maximal eingeladen. Die Basis der Reisekosten wurde auf Grundlage der günstigsten Beförderungsklasse für das Flugzeug, bzw. I. Klasse der Eisenbahn geschätzt.

Gesamtaufwand: DM 54.920,--
=====

3. FINANZIERUNG

3.1 Zuschuß der EG über 85% des Gesamtaufwandes der Tagung	DM 46.682,--
3.2 Zuschuß des Senates für Wirtschaft und Arbeit von Berlin über 15% des Gesamtaufwandes der Tagung	DM 8.238,--
	<u>DM 54.920,--</u> =====

*Conference of European Firms, Co-operatives and Employment Projects
for psychiatrically disabled from 9.-11.3.87 in Berlin*

LIST OF PARTICIPANTS

Denmark

Participants	Organisation	Adress
X O. B. Kristensen	Revalideringsvirksomhederne	Revalideringsvirksomhederne Ydervangen 1 DK 6900 Randers

France

Jean-Francois Kieken	A.P.A.J.H.	A.P.A.J.H. 26 Rue de chemin vert, Paris 11 ^{em}
Bérard Zribi	Ateliers de I A.F.A. - A.C.R.	C.A.T. 1, Avenue Marthe 94500 Champigny S, Marthe

Greece

Maria-Veronika Karibli

X Maria-Veronika Karibli	Aeginition Hospital Prevocational Rehabilitation Center	Aeginition Hospital Ves, Sofias 72 GR - 11528 Athens
--------------------------	---	--

Italy

X Sandra Conte	Coop. service Noncello Via de Paoli 23 Pardenone	Via Sciaovons 273 Cordenons Pardenone
X Sandro Gullia	Coordinamento Torino Progetto	Coordinamento Torino Progetto Via G. da Verrazzano 4 10129 Torino
X Anna dk Mascio	La Nuova Cooperativa	La Nuova Cooperativa Via Martini XXX Aprile 30 Collegno (Torino)

H. Hollubasch	Laden 25,	Laden 25 Am Werder 25 2121 Lüneburg
Joachim Kamp	Rümpelfix	Bremerstr, 42-56 4400 Münster
Inge Knies	Steinlach Waschsalon	Eulenweg 4 7400 Tübingen
Hans Könecke	Dies & Das	Dies & Das K80N Klinik Oranienburgerstr. 285 1000 Berlin 26
Fr.R. Philippie	Verein zur Förderung beschützender Wohngemeinschaften und Arbeitsmöglichkeiten e.V.	Ex & Job Küsterhof 3050 Wunstorf
Horst Reiter	Sozialpsychiatrischer Dienst	Sozialpsychiatrischer Dienst Tegernseer Landstr, 75 8000 München 90
Peter Stadler	Lebenswelten e.V.	Lebenswelten e.V. Hedemannstr, 14 1000 Berlin 61
Miri Schmid	Lebenswelten e.V.	Lützenstr. 13 1000 Berlin 31
Fritz Walter	Lebenswelten e.V.	Lebenswelten e.V. Hedemannstr, 14 1000 Berlin 61
Herr Willis	Trainingsstätte	Landeskrankenhaus Weinsberg 7102 Weinsberg

CEDEFOP (Europaen Center for the Development of Vocational Training)

Tina Bertzelotou	CEDEFOP	CEDEFOP Bundesallee 22 1000 Berlin 15
------------------	---------	---

J. B. Sch.

X *Andreas Schubert* *Universität Mannheim*

*Universität Mannheim
Lehrstuhl Psychologie I
Ehlers
68 Mannheim*

Interact (Action for the Integration of disabled people in the EUROPEAN COMMUNITY)

Clemens Russel	Interact	Interact-Office Ambiorixsquare 32, Box 47 1040 Brussels
----------------	----------	---

Organisation;

Christiane Haerlin	Landschaftsverband Rheinland	Landschaftsverband Rheinland - Gesundheitsabteilung - Kennedy-Ufer 2 5000 Köln 51
--------------------	---------------------------------	--

X <u>Meto Salijevic</u>	} Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen Hedemannstr. 14 und Firmenprojekten e.V. 1000 Berlin 61	FAF Hedemannstr. 14 1000 Berlin 61
-------------------------	---	--

<u>Erwin Seyfried</u>	} Verein zur Förderung von Arbeitsinitiativen Hedemannstr. 14 und Firmenprojekten e.V. 1000 Berlin 61	FAF Hedemannstr. 14 1000 Berlin 61
-----------------------	---	--

Interpreter

Franco Bigenia		Heidelberg
Sabine Buken		Berlin
X <u>Elaine Griffiths</u>	<i>Untere Neukast. /69</i>	Heidelberg
Beatrice Vinci		Berlin



*Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.
FAF Berlin*

C O N F E R E N C E

**of European
Firms, Co-operatives and
Employment Initiatives for
Psychically Disabled**

March 9 — 11 th, 1987

Berlin



Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.

FAF Berlin · Hedemannstraße 14 · 1000 Berlin 61

Beratungsstelle für Projekte
aus dem psychosozialen Bereich

FAF Berlin
Hedemannstraße 14
1000 Berlin 61
Telefon 030/2511066

Ansprechpartner

Datum

Meto Salijevic
Christiane Haerlin

26.11.86

Dear

I am sending you the invitation for our European Conference on employment projects with the programme, some comments and suggestions for preparations.

I am hoping that you will be able to discuss some of the matters ("basic information") with colleagues in your country and send us some material in advance or bring it to the conference. We are grateful to receive it in English language. The language at the conference will be english/french/german.

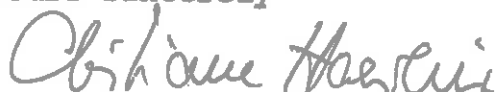
There might be great interest in some of the countries and the wish to come to the conference in bigger groups. Therefore I would like to stress that we want the conference be kept small and personal so that real exchange of experience and views is possible.

This is the reason why we see you as the psychiatric expert and coordinator to your countries groups and activities at the conference. Besides you we want to ask you to bring an "expert on firms/employment projects". We are hoping that the two of you will pass the message before and after the conference in order to initiate necessary developments on the national level and communication on the international level.

We will be able to pay for the expenses, but since the EC has not told us the exact figures of their financial support, we cannot promise fees so far.

Thank you very much for all your help and cooperation and we are looking forward to seeing you in March 87.

Yours sincerely


Christiane Haerlin

Meto Salijevic



Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.

FAF Berlin · Hedemannstraße 14 · 1000 Berlin 61

Christiane Haerlin
Hohe Straße 19
5000 Köln 90

Beratungsstelle für Projekte
aus dem psychosozialen Bereich

FAF Berlin
Hedemannstraße 14
1000 Berlin 61
Telefon 030/2511066

Ansprechpartner

Datum

10.02.1987

Einladung

zur

Tagung Europäischer Firmen, Genossenschaften und Beschäftigungsinitiativen für psychisch Behinderte

Zeitraum: 9. März - 11. März 1987
Ort: CEDEFOP, Bundesallee 22, D-1000 Berlin 15

Liebe Christiane,

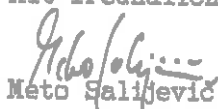
wir freuen uns, Dich im Rahmen unserer Tagung nach Berlin einladen zu können.

Die Tagung bietet Experten aus verschiedenen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft die Möglichkeit zum intensiven Austausch von Erfahrungen über Ansätze zur beruflichen und gesellschaftlichen Integration psychisch Behinderter in Firmen, Genossenschaften und Beschäftigungsinitiativen.

Teile uns bitte auf dem beigefügten Anmeldeformular bis spätestens 28. Februar mit, wann wir Dich in Berlin erwarten können und wie Du anreisen wirst, damit wir entsprechend Deinen Angaben Vorbereitungen treffen können.

Einzelheiten zum Tagungsverlauf und allgemeine Informationen zu Deinem Aufenthalt in Berlin entnimm bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Mit freundlichen Grüßen


Meto Salijević



Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.

FAF Berlin · Hedemannstraße 14 · 1000 Berlin 61

Beratungsstelle für Projekte
aus dem psychosozialen Bereich

FAF Berlin
Hedemannstraße 14
1000 Berlin 61
Telefon 030/2511066

Ansprechpartner

Datum

16.3.87

Dear friends,

I have tried to put our ideas in words and would be grateful to receive your corrections and additions by 27th of March. (After this date I shall be on moving leave till Easter - urgent messages to my new address: Christiane Haerlin, Schöne Aussicht 1, 5 Köln 90 - as from 1st April)

If I do not get any feed back from you I assume you agree on the paper.

For English corrections I have also send it to Elaine Griffiths for help.

I hope that you have returned as happy about the marvellous meeting in Berlin as I have with the hope to hear from you and see you again, if not before, in Italy.

Many kind regards

Christiane Haerlin

Gesundheitsabteilung
Landschaftsverband Rheinland

Mindenerstr. 2
5 Köln 21
Tel. 0221/8283 2379
2355

Christiane Haerlin
Häuserstraße 19
5000 Köln 90
Tel: 02203/14994

Neue Adresse:
Schöne Aussicht 1
5000 Köln 90
Telefon 02203/14994

1.4.87

of course
this time

COMMISSION
OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES

DIRECTORATE-GENERAL
EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS
AND EDUCATION

V/C/3
PED/JFC

Brussels.....

D. G. EMPLOI, AFF. SOC ET EDUC.	
- V - DEPART - REF.	
19.03.87	003197

Mr. Meto SALIJEVIC
FAF Berlin
Hedemannstr. 14
D - 1000 BERLIN 61

Dear Mr. SALIJEVIC,

I am sorry of course that it was not possible for me or my colleague Mr. VANDERHAEGHEN to be with you during your European conference recently held in Berlin. I am very pleased however that it was possible for us to be represented by Mr. Clemens RUSSELL, and have no doubt that I shall be able to receive all details of the work of the conference from him.

Nonetheless I shall be most grateful for any papers of the conference which you are able to send directly to me since as I think you know we regard the work that you are undertaking as exceptionally important.

With best wishes.

Yours sincerely,

P. E. DAUNT
Head of Bureau for Action in
Favour of Disabled People

Provisional address: Rue de la Loi 200 • B-1049 Brussels - Belgium

Telephone: Telephone exchange 235 11 11/238 11 11 - Direct line 23

Telex: COMEU B 21877 - Telegraphic address: COMEUR Brussels

REVALIDERINGSVIRKSOMHEDERNE
I RANDERS

Frau Christiane Haerlin
Landschaftsverband Rheinland
Gesundheitsabteilung
Mindenerstr. 2
D-5000 Köln 21

YDERVANGEN 1
8900 RANDERS
TELEFON (06) 42 08 77
GIRO 2 00 72 90

24.03.1987

OBK/MA

Vielen Dank für Ihr Schreiben vom 16. März 1987. Ich habe keine Bemerkungen zu den "Recommendations of the conference".

- Für Ihre ausgezeichnete Leitung der Tagung in Berlin möchte ich meine Bewunderung aussprechen. Ich fand den Austausch von Erfahrungen sehr wertvoll und ich hoffe, dass das Zusammensein Basis dafür gibt, "Berlin 1987" eine Fortsetzung zu geben.

Nochmals vielen Dank für Alles,

Ihr

Ole B. Kristensen

Ole B. Kristensen

ab 30/3. 11,



Verein zur Förderung
von Arbeitsinitiativen
und Firmenprojekten e.V.

FAF Berlin · Hedemannstraße 14 · 1000 Berlin 61

Mr. Patrick Daunt
Head of the Commissionè Bureau
for the Action in Favour of
Disabled People

Rue de la Loi 200
B - 1049 Bruxelles
BELGIEN

Beratungsstelle für Projekte
aus dem psychosozialen Bereich

FAF Berlin
Hedemannstraße 14
1000 Berlin 61
Telefon 030/2511066

Ansprechpartner

Datum

27th, March 1987

Dear Mr. Daunt,

it is some time since we met in London in June 1985 at the European Conference of Occupational Therapists, after my paper on German "Self-Help-Firme".

We are happy that our plans for a European Meeting on Employment Initiatives for the Psychiatrically Disabled have been realized with your help.

This was a very encouraging meeting for all of us. The mutual interest and the intensity of communication between the countries was far beyond my expectations.

On the last day we gathered up our ideas for the futures and a delegation of all present countries expressed the wish to pass these on to you.

The main recommendations are

- the futures exchange of experiences in Europe
- the wish of the participants to ask FAF to coordinate activities
- the aim to build up a network of work initiatives in Europe with the aid of FAF and the EEC.

More details are drawn out in our paper of recommendations.

I promised to write to you as soon as possible to give you an idea of the outcome of the conference and thank you once again for all your support.

Erwin Seyfried and Meto Šalijevič will, apart from this, send a full report of the Conference and want to discuss this with you personally. They will contact you in due time.

With kind regards

Christiane Haerlin
Landeschaftverband Rheinland
- Gesundheitsabteilung -
Mindener Str. 2
5000 Köln 21

COMMISSION
OF THE
EUROPEAN COMMUNITIES

DIRECTORATE-GENERAL
EMPLOYMENT, SOCIAL AFFAIRS
AND EDUCATION

Brussels..... 23.04.87..... 004852

COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES
23.04.87
004852

V/C/3
PED/JFC

Ms. Christiane Haerlin
Landschaftsverband Rheinland
Gesundheitabteilung
Mindener Strasse 2
D - 5000 KOLN 21

Dear Ms. Haerlin,

Very many thanks for your letter of the 27th of March.
I am delighted that the Berlin seminar was such a great success
and has led to practical conclusions and the determination to
keep the work going at European level. On our side I can
reassure you that we shall do whatever we can to support this
continuing activity which we believe has a great contribution
to make.

I look forward to hearing again from Mr. Seyfried and Salijevic
and to discussing with them the most practical ways of carrying
the work forward.

With best wishes.

Yours sincerely,



P. E. DAUNT
Head of Bureau for Action in
Favour of Disabled People

CC. : Mrs. Tina Bertzeletou

Provisional address: Rue de la Loi 200 • B-1049 Brussels - Belgium

Telephone: Telephone exchange 235 11 11/236 11 11 - Direct line 23

Telex: COMEU B 21877 - Telegraphic address: COMEUR Brussels