



**Adapter un ESAT pour favoriser le parcours d'insertion
professionnelle des personnes souffrant de troubles
psychiques**

Florence MAGNIEZ

2013

cafdes



Remerciements

Je tiens à remercier la directrice de la formation CAFDES, la secrétaire et les formateurs de l'Institut Régional du Travail Social du Nord-Pas-de-Calais pour leur soutien et leur disponibilité pendant la réalisation de ce travail.

Je tiens à remercier mon tuteur de mémoire, Monsieur Pierre Delor, qui m'a guidée et conseillée avec bienveillance. Ses remarques m'ont permis d'enrichir ma réflexion et m'ont aidé à me positionner dans la fonction de directeur.

Je remercie également le directeur de l'ESAT, Monsieur Delezoide et la chef de service, Mme Deneckre, pour la qualité de leur accueil tout au long du stage. Merci aussi aux professionnels de l'ESAT qui m'ont accordé de leur temps précieux et qui m'ont accueilli avec une extrême gentillesse.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues cadres de santé et à l'équipe médicale et infirmière de l'EPSM, qui ont pallié mes manquements avec compréhension et bienveillance.

Je remercie particulièrement mon conjoint, ma mère et mes amis pour leurs encouragements et leur soutien pendant cette formation. Merci à Jérémy et Alexis, mes fils, qui ont accepté mes absences et qui m'ont toujours soutenue. J'espère vraiment leur avoir transmis le courage et l'envie d'apprendre.

Sommaire

Introduction.....	3
1 Le contexte général des ESAT	6
1.1 Le travail des personnes handicapées.....	6
1.1.1 La valorisation sociale par le travail	6
1.1.2 Le renforcement des droits des personnes handicapées au niveau international, européen et national : le droit au travail	8
1.1.3 Les politiques d'emploi des personnes handicapées en Europe	9
1.2 La place des ESAT dans le travail des personnes handicapées	12
1.2.1 La mission confiée aux ESAT	12
1.2.2 Le statut et les droits des usagers d'ESAT	13
1.2.3 Le financement des ESAT et l'évolution de leur environnement économique.....	14
1.3 La problématique de l'évolution du public accueilli en ESAT : l'évolution vers le handicap psychique	17
1.3.1 Quelques chiffres significatifs.....	17
1.3.2 Handicap mental, handicap psychique : des notions pas si tranchées	18
1.3.3 Les besoins et attentes des personnes handicapées psychiques	21
2 La nécessaire adaptation des ESAT pour répondre aux besoins et attentes spécifiques des travailleurs handicapés psychiques	27
2.1 L'ESAT de l'APEI de la région audomaroise.....	27
2.1.1 L'ESAT et l'association	27
2.1.2 Le public accueilli.....	28
2.1.3 L'ancrage de l'établissement sur son territoire	29
2.2 Le décalage entre l'offre actuelle et l'évolution du public accueilli	29
2.2.1 Le manque de professionnels ayant des compétences en psychiatrie	29
2.2.2 La problématique des locaux	30
2.2.3 Le projet personnalisé : un outil à perfectionner.....	31
2.3 L'élaboration du projet justifiée par le diagnostic stratégique.....	32
2.3.1 Les freins au projet, à l'externe puis au niveau de l'association et de l'ESAT	32
2.3.2 Les facteurs favorables au projet, à l'externe (vu sous l'angle des politiques publiques) puis au sein de l'association et de l'ESAT.	34
2.3.3 Les expérimentations déjà menées dans d'autres régions.....	38

3	La mise en œuvre d'un projet permettant d'adapter l'ESAT aux besoins et attentes spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques..	43
3.1	La méthodologie du projet.....	43
3.1.1	La démarche participative pour motiver les professionnels et donner un sens collectif au projet	43
3.1.2	La constitution du Comité de Pilotage (COFIL) du projet et d'un groupe de travail	44
3.1.3	Les fondements du projet : la réécriture du projet d'établissement	46
3.2	Les moyens nécessaires pour la réalisation du projet.....	50
3.2.1	La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) : le plan de formation et les recrutements envisagés	50
3.2.2	Le projet architectural.....	54
3.2.3	Le volet financier	55
3.3	Les modalités de coopération : travail en réseau et conventions de partenariat.....	56
3.3.1	Le travail en réseau : une dynamique indispensable pour un accompagnement réussi	56
3.3.2	L'engagement de l'ESAT de l'APEI de la région audomaroise dans une dynamique de coopération	59
3.3.3	Les coopérations à développer pour la mise en œuvre du projet.....	60
3.4	L'évaluation du projet	61
3.4.1	L'évaluation de la qualité : une démarche bien en place au sein de l'ESAT.....	61
3.4.2	L'évaluation de la satisfaction des usagers.....	62
3.4.3	L'évaluation auprès des personnels	65
	Conclusion.....	66
	Bibliographie	I
	Liste des annexes	V

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés

ADF : Assemblée des Départements de France

AFASER : Association des Familles et Amis pour l'accueil, les Soutiens, l'Education et la Recherche en faveur des personnes handicapées mentales

AGEFIPH : Association nationale de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANDICAT : Association Nationale des Cadres et Directeurs d'ESAT

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APEI : Association de Parents d'Enfants Inadaptés

ARS : Agence Régionale de Santé

BAPC : Budget annexe de l'Activité de Production et de Commercialisation

BPAS : Budget Principal d'Action Sociale

CA : Conseil d'Administration

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CFHE : Conseil Français des Personnes Handicapées pour les questions européennes

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNCPH : Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

COFIL : Comité de Pilotage

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CREAI : Centre Régional de l'Enfance et des Adultes Inadaptés

CRP : Centre de Rééducation Professionnelle

CSAT : Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail

CVS : Conseil de Vie Sociale

DEQUALCO : DEveloppement des QUAlifications et des COmpétences
DGCS : direction générale de la cohésion sociale
DRASS : Direction Régionale
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EA : Entreprise Adaptée
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ES : Etablissements Sociaux
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail
ESEHP : Equipes Spécialisées d'Evaluation du Handicap Psychique
ETP : Equivalent Temps Plein
ETS : Educateur Technique Spécialisé
FEGAPEI : Fédération nationale des associations Gestionnaires au service des personnes handicapées.
GEAC : Groupement des Etablissements pour l'Action et la Concertation
GCSMS : Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social
HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoire
IFROSS : Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IMC : Infirmités Motrices Cérébrales
IMP : Instituts Médico-Pédagogiques
IMPro : Instituts Médico-Professionnels
IMS : Indicateurs Médicaux Sociaux
IRSST : Institut de Recherche en Santé et en Sécurité au Travail (Quebec)
MA : Moniteur d'Atelier
MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PRIAC : Programme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : Projet Régional de Santé
PS : Projet de Soins
RAE : Reconnaissance des Acquis de l'Expérience
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises
SAMO : Services et Actions en Milieu Ouvert
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAS : Service d'Accompagnement Spécialisé
SATT : Section Aménagée du Temps de Travail
SOT : Section Occupationnelle et Thérapeutique
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
UNAPEI : Union Nationale des APEI
URAPEI : Union Régionale des APEI
URT : Unité de Réentraînement au Travail
USAT : Unité de Soins et d'Activités Thérapeutiques
VAE : Validation des Acquis de l'expérience
VRS : Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Infirmière depuis 1991, puis cadre de santé depuis 2005, j'ai choisi d'exercer ma profession dans un Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM). Dans le cadre de la formation CAFDES, j'ai effectué un stage à l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) dépendant de l'Association de Parents d'Enfants Inadaptés (APEI) de la région Audomaroise. Dans ce mémoire, je me positionnerai en tant que directrice de cet établissement.

L'ESAT accompagne 200 usagers présentant différents types de déficiences. Les données, issues des Indicateurs Médico-Sociaux (IMS) transmis par l'établissement aux autorités de tarification en 2011, indiquent que pour la majorité des usagers (135/200), la déficience principale est la déficience intellectuelle moyenne (44%) ou légère (23%). L'ESAT accueille également une trentaine d'usagers (16,8%) pour lesquels la déficience principale est une déficience du psychisme. Ce chiffre est difficilement interprétable tel quel puisqu'il englobe un certain nombre de troubles (comme par exemple l'épilepsie) mais il permet de confirmer la présence de personnes souffrant de troubles psychiques au sein de l'ESAT.

Même si on observe encore une prédominance des usagers déficients intellectuels, on remarque une évolution générale du public orienté en ESAT, avec de plus en plus de personnes relevant ou ayant relevé d'un parcours de soins en psychiatrie. Cette tendance tend à se renforcer depuis la reconnaissance officielle du « handicap psychique », par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

« - constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

En inscrivant l'altération des fonctions psychiques comme cause possible de handicap, la loi reconnaît que les difficultés quotidiennes rencontrées par les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent entraîner des conséquences sociales, notamment au niveau de l'insertion professionnelle. L'angoisse, les pensées obsessionnelles par exemple, peuvent empêcher le malade d'accomplir une tâche, d'effectuer un travail, alors même qu'il en aurait par ailleurs les compétences requises.

La personne est alors en situation de handicap psychique. Pour compenser ce handicap, la loi permet à certaines personnes souffrant de troubles psychiques stabilisés d'obtenir la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) auprès de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) et d'être orientées en ESAT

Face à cette évolution du public et aux priorités des différents schémas de planification, le Conseil d'Administration (CA) de l'APEI m'a missionnée pour engager une réflexion au sein de l'ESAT en vue d'élaborer un projet permettant d'améliorer l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques. J'ai volontairement choisi de ne pas centrer ma réflexion uniquement sur l'accompagnement des personnes « handicapées psychiques » en ESAT. Pourquoi ce choix ? Les personnes déficientes intellectuelles, majoritairement accueillies au sein de l'ESAT, sont un groupe à haut risque de troubles mentaux en co-morbidité. A titre d'exemple, parmi les usagers de l'ESAT, quelques-uns présentent une pathologie mentale (schizophrénie) associée à la déficience intellectuelle, se manifestant par des troubles psychiques. Il me semblait donc important d'élaborer un projet qui s'adresse à l'ensemble des travailleurs handicapés afin qu'ils puissent tous bénéficier, si besoin, du dispositif de soutien thérapeutique envisagé.

L'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques est difficile au sein de l'ESAT. Les troubles peuvent se manifester de manière bruyante (agressivité, idées de persécution, hallucinations, troubles de l'humeur...) nécessitant une prise en charge individualisée dans un endroit calme et rassurant. Ils peuvent également se manifester par des difficultés de concentration qui vont rendre difficile l'exécution d'une tâche et de ce fait diminuer la productivité. L'équipe se sent parfois en difficulté et même ressent de la peur face à certains comportements. Les moniteurs d'ateliers (MA), les Educateurs Techniques Spécialisés (ETS), issus pour la plupart du secteur industriel, ne sont pas formés pour répondre aux besoins spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques et ils ne se sentent pas compétents.

Différentes questions découlent de ces observations :

Comment faire pour que les professionnels de l'atelier se sentent moins démunis, pour qu'ils appréhendent mieux les troubles psychiques et la variabilité du handicap ? Peut-on adapter les locaux pour faciliter l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et pour répondre aux éventuels états de crise ?

Comment articuler travail et thérapie afin de permettre la continuité des soins psychiatriques et favoriser ainsi l'intégration professionnelle des travailleurs présentant des troubles psychiques? Quels sont les partenaires qui pourront nous aider à mettre en œuvre un soutien thérapeutique?

Quelles activités professionnelles et de soutien faut-il développer pour les personnes handicapées psychiques ?

Pour répondre aux besoins et attentes spécifiques des personnes ayant des troubles psychiques et pour favoriser leur insertion professionnelle, il s'avère nécessaire d'adapter l'ESAT. Mon objectif est de mettre en œuvre un dispositif de soutien thérapeutique et un dispositif de soutien socio-professionnel spécifiques.

Considérant le travail comme un facteur d'intégration sociale, d'indépendance économique et de valorisation sociale, les législations européennes ont affirmé le droit au travail pour les personnes handicapées. Les politiques actuelles encouragent plutôt l'emploi en milieu ordinaire, l'emploi en milieu protégé (représenté par les ESAT) étant réservé aux handicaps les plus lourds. Le contexte législatif et économique dans lequel les ESAT évoluent s'est modifié, tout comme le profil des usagers orientés et/ou accueillis. Les personnes handicapées psychiques, relevant ou ayant relevé d'un parcours de soins en psychiatrie, sont de plus en plus nombreuses et elles ont des besoins et attentes spécifiques qu'il convient de prendre en compte. Connaître ce contexte général me semble essentiel afin de pouvoir adapter l'établissement à ces évolutions (première partie).

L'ESAT de l'APEI de la région Audomaroise est confronté à cette évolution du public. Avant d'envisager un projet permettant d'adapter l'accompagnement, il est indispensable de repérer le décalage existant entre l'offre de services actuelle et les besoins et attentes des personnes handicapées psychiques et de réaliser un diagnostic précis de la situation, en repérant d'une part les freins, d'autre part les facteurs favorisant le projet, à l'externe et en interne. Il est intéressant également de prendre connaissance de quelques dispositifs déjà expérimentés en France avant de passer à la phase d'élaboration du projet (deuxième partie).

Pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, la Direction aura à mettre en œuvre une évolution de l'ESAT non seulement dans son organisation, mais aussi architecturalement, sous tendue par une solide gestion financière (troisième partie).

1 Le contexte général des ESAT

Comme le souligne le Conseil de l'Europe¹, « *L'emploi est un facteur primordial d'intégration sociale et d'indépendance économique de tous les citoyens en âge de travailler.* » Pour les personnes handicapées qui le souhaitent, le travail peut être un moyen permettant une plus grande valorisation sociale et une meilleure qualité de vie. Les politiques sociales actuelles encouragent donc l'emploi des personnes handicapées et favorisent l'accès au milieu ordinaire de travail (1.1). Cependant, elles reconnaissent aussi l'utilité de recourir à un dispositif d'emploi protégé -représenté par les ESAT- pour les personnes relevant des handicaps les plus lourds. Ces établissements, pour lesquels la contrainte économique est de plus en plus forte (1.2), sont confrontés à l'évolution du public accueilli, avec notamment une augmentation significative du nombre de personnes présentant un handicap psychique (1.3).

1.1 Le travail des personnes handicapées

1.1.1 La valorisation sociale par le travail

Aujourd'hui, dans notre société occidentale, le travail est souvent justifié par des considérations très terre à terre, du genre : « *On travaille par nécessité, parce qu'il faut bien se nourrir, se vêtir, pourvoir aux besoins de sa famille...* » Il est sous-entendu que c'est une nécessité extérieure qui nous oblige à travailler, une nécessité économique. Mais qu'en est-il vraiment ? Le travail n'a-t-il pas un autre sens ?

L'Institut de Recherche Robert-Sauvé en Santé et en Sécurité au Travail (IRSST) implanté au Québec depuis 1980 et reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux, a réalisé une étude sur le sens du travail. Dans une synthèse de cette étude,² Madame Estelle Morin, professeur de management, dégage six caractéristiques qui donnent un sens au travail : l'utilité sociale, l'autonomie, les occasions d'apprentissage et de développement, la rectitude morale, la qualité des relations et la reconnaissance.

Comme pour tout individu, le travail a donc un sens pour les personnes handicapées s'il leur permet de se sentir utiles socialement, s'il favorise l'autonomie et procure des occasions d'apprentissage.

¹ Conseil de l'Europe, 2006, Recommandation du comité des Ministres aux Etats membres sur le « Plan d'action pour la promotion des droits et la pleine participation des personnes handicapées à la société : améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe 2006-2015 », [visité le 20/08/2013], disponible sur internet : http://www.coe.int/t/dg3/disability/ActionPlan/PDF/Rec_2006_5_Francais.pdf

² MORIN E, 2008, « *Donner un sens au travail, promouvoir le bien être psychologique* » <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-624.pdf>

Le travail est alors un moyen permettant de valoriser le rôle social et d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Le concept de qualité de vie est difficile à cerner. Pour Monsieur Gérard Zribi, président de l'Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT (ANDICAT) « *Il est proche de la logique du principe de normalisation ou de celle de la valorisation des rôles sociaux.* »³

La théorie de la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS) a été développée par Wolfensberg en 1991. Ce dernier constate que dans les sociétés occidentales plusieurs catégories de personnes (handicapées, délinquants, pauvres, illettrés..) sont perçues de manière dévalorisée, ce qui peut influencer leur comportement de manière négative.

Pour y remédier, Wolfensberg défend l'idée qu'il faut valoriser le rôle social de la personne, de manière à changer le regard de la société.

La VRS comprend trois domaines :

- La valorisation de la personne elle-même, en considérant que celle-ci a des capacités à évoluer, à faire des choix éclairés, à exercer sa responsabilité pourvu qu'on la considère comme un citoyen à part entière.
- La valorisation de ses conditions de vie, en valorisant son environnement et son habitat, en luttant contre la passivité par la mise en place d'activités de loisirs ou de soutien.
- La valorisation de son rôle social, en l'aidant à développer ses capacités à apporter sa collaboration au sein d'un groupe social (par exemple avec les collègues de travail). Le développement des compétences peut favoriser l'élévation de l'intégration sociale et professionnelle, grâce à une amélioration de l'autonomie personnelle et économique.

Pour la personne handicapée qui le souhaite, le travail est donc un facteur favorisant des conditions de vie normales, permettant de valoriser son rôle social et de développer ses compétences. C'est aussi un moyen d'accéder à une meilleure qualité de vie.

Mais l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées peut se révéler difficile, notamment dans une période de crise économique où le chômage touche déjà de nombreuses personnes valides. Dans un souci d'égalité des chances et d'intégration sociale, de nombreux pays européens ont donc mis en œuvre de véritables politiques d'accès à l'emploi en faveur des personnes handicapées.

³ ZRIBI G., 2012, *L'avenir du travail protégé*, presses de l'EHESP, p21 et p69

1.1.2 Le renforcement des droits des personnes handicapées au niveau international, européen et national : le droit au travail

La transformation des modèles qui fondent les politiques du handicap doit beaucoup aux actions de l'ONU (Organisation des Nations Unies) qui a mis en avant la question des droits des personnes handicapées dès 1975 dans la « Déclaration des droits des personnes handicapées ». Un peu plus de trente ans plus tard, dans le même esprit, la Convention relative aux droits des personnes handicapées est entrée en vigueur le 3 mai 2008, après avoir été ratifiée par vingt Etats (dont la France en 2010). Cette Convention repose sur la vision d'une société inclusive dans laquelle tout le monde aurait les mêmes droits et les mêmes opportunités.

Cette vision s'illustre à travers des principes généraux, présentés dans l'article 3 de la Convention⁴ : liberté de faire ses propres choix, non discrimination, participation et intégration pleines et effectives à la société, égalité des chances, accessibilité, égalité entre hommes et femmes, respect du développement des capacités de l'enfant.

L'article 27 de la Convention intitulé « Travail et emploi », précise :

« Les Etats parties reconnaissent aux personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, le droit au travail (...) librement choisi (...) favorisant l'inclusion (...). Ils garantissent et favorisent l'exercice du droit au travail (...) en prenant des mesures appropriées pour notamment (...) promouvoir les possibilités d'emploi et d'avancement des personnes handicapées sur le marché du travail, ainsi que l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, au maintien dans l'emploi et au retour à l'emploi. »

Parallèlement aux actions réalisées par l'ONU en faveur des droits des personnes handicapées, le programme de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) vise à promouvoir l'égalité des chances et de traitement pour les personnes handicapées par la réadaptation professionnelle, la formation et l'emploi, considérant que le travail décent est le moyen le plus efficace d'échapper à la marginalisation, la pauvreté et l'exclusion sociale.

La charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne adoptée le 7 décembre 2000 met également en avant cette nouvelle approche du handicap, fondée sur les principes de non-discrimination et d'égalité des chances. Elle reconnaît le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté.

⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées et Protocole facultatif (art 3 : principes généraux), Nations Unies.

Les débats qui se sont déroulés au niveau international, européen et national ont conduit à une démarche de refonte de la politique du handicap en France qui aboutit à l'actuelle loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. L'intégration professionnelle devient un élément à part entière de la citoyenneté des personnes handicapées. Les principes de non discrimination en raison du handicap et d'égal accès à l'ensemble des dispositifs d'emploi et de formation professionnelle sont réaffirmés. La politique menée à l'égard des travailleurs handicapés doit s'appuyer autant que possible sur les dispositifs de droit commun, complétés par des dispositifs spécifiques lorsque cela est nécessaire.

1.1.3 Les politiques d'emploi des personnes handicapées en Europe

Le travail est considéré comme un facteur permettant de favoriser des conditions normales de vie et d'améliorer la qualité de vie. Cette importance accordée au travail est relativement récente au Pays-Bas, en Suède ou au Royaume-Uni puisque dans ces pays, les personnes handicapées étaient jusqu'alors essentiellement bénéficiaires de pensions. Ce revirement de politique s'explique à la fois pour des raisons de coûts, mais également parce que les observations menées ont montré que *« l'attribution définitive ou à long terme de pensions d'invalidité avait pour conséquence (...) une quasi-irréversibilité empêchant tout retour à l'emploi (...) néfaste pour la santé physique ou mentale des personnes handicapées du fait d'un manque de stimulation. »*⁵

A) Les politiques favorisant l'accès à un emploi en milieu ordinaire de travail

Les législations européennes, en favorisant l'accès au milieu ordinaire de travail pour les personnes handicapées, visent la non-discrimination et l'inclusion dans la société. Les pays se sont donc dotés progressivement de lois allant dans ce sens, en respectant un certain nombre de principes communément acceptés :

Le principe de la non-discrimination et de l'intégration à tous les âges de la vie (qui correspond à la notion anglaise de *« mainstreaming »*) impliquant la mise en place de mesures d'ordre général en faveur de l'égalité des chances (aménagement raisonnables ou assistance individuelle).

Le principe de l'affirmation et du renforcement des droits des usagers et du pouvoir sur leur propre vie (qui correspond au principe européen *« d'empowerment »*). Il s'agit de respecter les droits à l'auto-détermination des personnes handicapées dans la conduite de leur propre vie. Chaque fois que possible, les personnes handicapées doivent participer aux décisions qui les concernent.

⁵ VELCHE D., 2006, *« L'emploi des personnes handicapées : stratégies suivies dans les pays de l'Union européenne »*, *Reliance n°19*, p 86-92, [visité le 14.08.2013], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-reliance-2006-1-page-86.htm>

Dans les pays européens, les lois favorisant l'accès au milieu ordinaire de travail relèvent soit du système de quota soit du système de non discrimination.

➤ Le système de quotas :

Dans de nombreux pays, des quotas sont imposés aux employeurs pour l'emploi de travailleurs handicapés (6% en France, 5% en Allemagne, 4% en Autriche, 7% en Italie, 2% en Espagne, etc.). Cette incitation à l'emploi a pour objectif d'instituer une « discrimination positive » au bénéfice des personnes handicapées.

➤ Le système de non-discrimination :

En vigueur dans les pays nordiques et au Royaume-Uni, il est la conséquence de la généralisation du principe du « *mainstreaming* » conduisant à privilégier le milieu ordinaire. Les emplois soutenus au sein de l'entreprise sont favorisés, les emplois protégés n'ayant pas de raison d'être dans cette conception. A titre d'exemple, le Royaume-Uni a donné préférence depuis 1994 à l'emploi « accompagné » en milieu ordinaire plutôt qu'à l'emploi en milieu protégé. Une grande société, Remploi, réunit à elle seule 9000 personnes.

➤ La spécificité du modèle français :

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées est, dans le domaine de l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire, une sorte de mélange de l'obligation d'emploi et de la non-discrimination. Le système de quotas (6%) institué par la loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés est maintenu et dans une certaine mesure renforcé (ex : fortes pénalités prévues à l'encontre des entreprises n'ayant entrepris aucune action « positive » relative à l'emploi des travailleurs handicapés durant trois années consécutives).

A noter que les entreprises qui le souhaitent peuvent s'acquitter de l'Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés (OETH) par l'emploi indirect via des contrats de sous-traitance ou de mise à disposition avec des ESAT.

En ce qui concerne les apports de la loi de février 2005 s'inspirant du système de non-discrimination, l'innovation réside dans l'introduction du concept « *d'aménagements raisonnables* ». L'employeur doit prendre les « mesures appropriées » pour permettre aux travailleurs handicapés « *d'accéder ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins soit dispensée.* »

Les politiques sociales actuelles encouragent donc les processus d'intégration sans pour autant remettre en question l'existence de services spécialisés lorsqu'ils sont justifiés. Le secteur protégé existe dans la majorité de l'Union européenne.

B) L'emploi en milieu protégé

Le Conseil Français des Personnes Handicapées (CFHE) pour les questions européennes a été chargé par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (dans le cadre d'un groupe de travail sur la tarification des services médico-sociaux) de réaliser une étude sur les personnes handicapées en Europe.

La commande visait à « *Connaître ce qui se passe ailleurs en Europe, entre les différents modes d'accueil, d'accompagnement et de compensation, afin d'établir une balance avantages / inconvénients aussi objective que possible.* »⁶ Les résultats de cette étude présentent un inventaire des différents systèmes de travail protégé existants en Europe :

- L'équivalent atelier protégé (entreprise adaptée) est l'unique formule rencontrée en Allemagne, en Belgique, au Royaume-Uni, au Danemark, en Espagne, aux Pays-Bas, au Portugal.

- En Suède, la majeure partie du travail protégé est gérée par une société d'Etat unique, SAMHALL, dont les travailleurs sont employés sur sites du milieu ordinaire.

- Une co-existence entre diverses formules se trouve en France (Entreprise Adaptée (EA), ESAT), au Luxembourg, en Irlande, en Finlande, en Italie (notamment avec les coopératives).

« *La France se distingue par la mise en œuvre d'un modèle mixte : si sa législation favorise l'emploi en milieu ordinaire, l'emploi protégé, destiné aux personnes les plus exclues, a également fait l'objet d'orientations politiques importantes.* »⁷

Une autre particularité du système français, comme le souligne Monsieur Velche Dominique, est son caractère dérogatoire au droit du travail :

« *Les ESAT français font figure d'exception en Europe.* »⁸ Les travailleurs d'ESAT n'ont pas le statut de salariés, ils sont usagers d'un établissement médico-social.

⁶ CFPH., 2006, « *Personnes handicapées en Europe (CNSA)* », [visité le 14/08/2013], disponible sur internet : http://www.cfhe.org/upload/Publications/2006/CNSA-Quelques_comparatifs_en_europe%202006.pdf

⁷ ANESM, juin 2013, « Document d'appui pour la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur l'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés d'ESAT ».

⁸ VELCHE D, mai 2012, « Travail protégé, des mutations à la chaîne », *direction(s)*, n°96, p 25

- C) Les formules intermédiaires entre l'emploi en milieu ordinaire et l'emploi protégé : l'exemple des coopératives sociales d'insertion professionnelle italiennes.

Le dispositif italien comprend des centres de jour comparables aux foyers occupationnels français, ainsi que des ateliers protégés (mission orientée vers l'éducation et la préparation professionnelle) et des coopératives sociales.

L'Italie a été l'un des premiers pays à faire la promotion de ces entreprises sociales, dès la fin des années soixante-dix, en réponse au mouvement de désinstitutionalisation qui s'opérait alors dans le pays (fermeture des « asiles d'aliénés », loi Basaglia de 1978). Les premières coopératives sociales d'insertion professionnelle appelées « de type b » ont vu le jour à cette époque. Elles sont toujours d'actualité et ont même obtenu le statut juridique d'*entreprise sociale* (loi du 8 novembre 1991).

Les employés handicapés et défavorisés représentent au moins 30% de l'effectif total du personnel. Pour eux, le salaire est exonéré de charges sociales. Les coopératives « de type b » bénéficient d'un accès privilégié à certains marchés publics. Les principaux domaines d'activités des coopératives sociales italiennes sont : l'agriculture, le jardinage, le recyclage des déchets, l'artisanat, le nettoyage.

1.2 La place des ESAT dans le travail des personnes handicapées

1.2.1 La mission confiée aux ESAT

Les Centres d'Aide par le Travail (CAT) ont été créés dans les années 1950, principalement par des associations de parents d'enfants handicapés qui voulaient assurer un débouché à leur enfant à la sortie des établissements d'éducation spéciale. Ainsi, dans une logique de filière, les CAT accueillaient essentiellement des jeunes pris en charge avant 18 ans en Instituts Médico-Pédagogiques (IMP) et en Instituts Médico-Professionnels (IMPro).

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a rebaptisé les CAT, appelés désormais ESAT. Elle dispose que les ESAT se consacrent à l'accueil de personnes handicapées pour lesquelles la CDAPH « *a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à plein temps ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution à domicile, ni d'exercer une activité indépendante (...).*

La mission confiée aux ESAT est donc l'accompagnement des personnes handicapées dans l'incapacité (momentanée ou durable) de travailler en milieu ordinaire.

Ces établissements accueillent des personnes handicapées âgées d'au moins 20 ans (dérogation possible à partir de 16 ans) et sont chargés de leur offrir différentes activités à caractère professionnel et un soutien médico-social et éducatif. La finalité de l'accompagnement est de favoriser l'épanouissement personnel de l'utilisateur, son intégration dans le tissu social et donc par là même de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie de la personne handicapée.

1.2.2 Le statut et les droits des usagers d'ESAT

Comme tous les établissements sociaux et médico-sociaux, les ESAT sont tenus de respecter les droits des usagers tels qu'ils sont définis par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Un livret d'accueil est remis à l'admission, ainsi que la charte des droits et libertés et le règlement de fonctionnement.

Chaque usager bénéficie d'un projet individualisé, co-construit avec un référent professionnel. Les ESAT sont également tenus de mettre en place un Conseil de Vie Sociale (CVS), permettant de recueillir les propositions des usagers quant au fonctionnement et aux projets de l'établissement.

Les usagers de l'ESAT, également qualifiés de travailleurs handicapés⁹, n'ont pas le statut de salarié au sens du code du travail : ils ne bénéficient pas des indemnités au titre du chômage, ni des droits d'expression et de représentation des salariés de droit commun. Quelques dispositions du code du travail s'appliquent cependant à eux, notamment en matière d'hygiène et de sécurité, de médecine du travail et de droit aux congés. Les travailleurs handicapés admis en ESAT ne signent pas un contrat de travail comme dans le milieu ordinaire mais un Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail (CSAT), ce qui correspond au contrat de séjour dans les autres établissements médico-sociaux (le décret n° 2006-1752 du 23 décembre 2006 en a défini un modèle type).

Le licenciement, tel que l'entend le droit du travail, est impossible. L'arrêt de l'accompagnement par l'ESAT ne peut être décidé que par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) qui statuera sur une éventuelle réorientation de la personne. Toutefois, le directeur de l'ESAT peut prendre, à titre de mesure conservatoire, la décision de suspendre le maintien d'un travailleur dans la structure si son comportement met gravement en danger sa santé, ou sa sécurité, ou celles des autres (la rémunération du travailleur est due pendant la période de suspension).

⁹ Terme que l'on retrouve dans la circulaire DGAS/3B/2008/259 relative aux ESAT et aux personnes handicapées qui y sont accueillies

Le droit à la formation professionnelle est aménagé pour les travailleurs d'ESAT. Le décret n°2009-565 du 20 mai 2009 relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), s'apparente au droit à la formation professionnelle tout au long de la vie reconnu pour les salariés de droit commun¹⁰. En ESAT, la démarche de Reconnaissance des Acquis de l'Expérience (RAE) et de VAE vise à favoriser, dans le respect de chaque projet personnalisé, la professionnalisation et l'épanouissement des travailleurs handicapés¹¹.

1.2.3 Le financement des ESAT et l'évolution de leur environnement économique

Les ESAT sont la plupart du temps gérés par des associations privées à but non lucratif. Leur tarification et leur contrôle s'effectuent par les services de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Leur création ou transformation est soumise à l'autorisation du directeur général de l'ARS au terme d'une procédure d'appel à projet.

Les sources de financement des ESAT proviennent, d'une part, du Budget Principal d'Action Sociale (BPAS), financé via une dotation globale annuelle par les ARS, et, d'autre part, du Budget annexe de l'Activité de Production et de Commercialisation (BAPC) et des aides au poste versées par l'Etat.

Le BPAS prend en charge le financement des soutiens médico-sociaux et éducatifs, la rémunération des encadrants pour la quasi-totalité, les investissements (à l'exception d'une partie des équipements professionnels), les frais de transports collectifs.

Le BAPC, alimenté par le chiffre d'affaires réalisé grâce aux activités professionnelles et par les aides au poste versées par l'Etat, prend en charge la rémunération des travailleurs handicapés et quelques postes et investissements en lien direct avec l'activité commerciale.

Dans certains cas, une prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation peut venir s'ajouter au salaire du travailleur handicapé. En cas d'exercice de l'activité à temps partiel, la rémunération est réduite proportionnellement (la personne perçoit alors l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) à taux partiel en complément).

¹⁰ L.2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie NOR : ECEX0908316L

¹¹ L'ESAT de la région audomaroise est engagé dans cette démarche de RAE et de VAE. Depuis juillet 2012, il adhère à un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GSCMS), DEQUALCO (Développement des Qualifications et des Compétences), avec 3 autres APEI.

Le coût de fonctionnement net à la place est déterminé chaque année pour les ESAT. Le tarif plafond de référence, fixé par l'arrêté ministériel du 22 avril 2013, est de 12 840 euros par place. A noter qu'il n'a pas évolué depuis sa création en 2009. Ce tarif plafond est majoré pour les ESAT qui accueillent plus de 70% de personnes souffrant de troubles « sévères ». Le dispositif de plafonnement des tarifs est assorti d'une mesure de convergence tarifaire, qui repose sur la préoccupation de réduire les inégalités de coût entre les ESAT qui apportent des prestations comparables.

Chaque année, depuis 2009, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) rend publique une circulaire adressée aux directeurs des ARS et relative à la campagne budgétaire des ESAT. La dernière publication en date du 22 avril 2013¹² présente l'enveloppe nationale attribuée au financement des ESAT et les modalités de mise en œuvre des tarifs plafonds. Cette circulaire intervient dans un contexte particulier, puisqu'une réforme est annoncée : à partir du 1^{er} janvier 2015, l'administration prévoit de confier aux départements la programmation, l'autorisation et la tarification des ESAT (acte III de la décentralisation).

Ce changement annoncé inquiète les professionnels du secteur. En réaction à une note diffusée par l'Assemblée des Départements de France (ADF)¹³ qui remettait en cause la raison d'être des ESAT, le Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) s'est prononcé le 26 mars 2013 contre le projet de décentralisation :

« Cette note pouvait laisser supposer un manque de considération vis-à-vis des acteurs associatifs. Alors que sur le fond, nous avons déjà relevé quelques points d'accord avec l'ADF, par exemple l'intérêt pour les parcours qu'une même collectivité gère les ESAT et les foyers », tempère Madame Martine Carrillon Couvreur, Présidente du Conseil.

A Bruxelles, le futur du travail protégé fait également débat. *« Lors de la présentation, le 27 mars, d'une étude sur le sujet réalisée par l'Unapei et deux associations européennes (EASPD et BAG WFBM), le commissaire Monsieur Johan Ten Geuzendam, responsable de l'unité pour les droits des personnes handicapées, même s'il ne tient pas à "fermer l'ensemble des ateliers protégés", s'interroge : "Si ce sont des outils de passage vers le milieu ouvert, pourquoi le taux de transition est-il si faible ?". »*¹⁴

¹² Circ. N°DGCS/3B/2013/170 du 22 avril 2013 relative à la campagne budgétaire des établissements et services d'aide par le travail et au financement des instituts nationaux des jeunes aveugles et des jeunes sourds pour l'exercice 2013 NOR : AFSA1310594C

¹³ ADF, mars 2013, « Décentralisation des ESAT : enjeux sociaux et financiers pour les départements »

¹⁴ DESCAMPS A, mai 2013, « Décentralisation, au cœur de la discorde : les ESAT », *revue direction(s)*, n°108

Les ESAT sont aujourd'hui confrontés à une évolution de leur environnement économique. Leurs clients traditionnels, comme par exemple les entreprises de la sous-traitance industrielle, sont eux même en difficulté à cause de la crise économique. De ce fait, la production confiée aux ESAT tend à diminuer. Pour rester « compétitifs », les ESAT sont obligés de mettre en place une stratégie de diversification des activités professionnelles, notamment en s'orientant vers davantage d'activités de services. L'activité « commerciale » prend donc une place de plus en plus importante dans la gestion de ce type d'établissement.

L'ancrage de l'ESAT dans son territoire est indispensable pour avoir une clientèle suffisante, de manière à pouvoir assurer la mission médico-sociale qui lui est confiée. Il doit s'inscrire dans son environnement et être perçu par la clientèle comme un acteur de l'économie locale. Il est important que l'établissement soit connu dans son bassin de vie, tant par les différents acteurs du champ du handicap que par le monde économique. L'articulation entre l'économique et le médico-social est devenue essentielle pour la survie des ESAT.

Pour Monsieur Jean Pierre Claveranne, directeur de l'Institut de Formation et de Recherche sur les Organisations Sanitaires et Sociales (IFROSS)¹⁵ :

« Le défi majeur pour les établissements et services d'aide par le travail aujourd'hui ? Résoudre le dilemme entre éducabilité et rentabilité. »

« Les structures doivent pouvoir partir d'une analyse stratégique de leur adéquation avec le contexte économique local (...). Les directeurs doivent devenir de véritables entrepreneurs, c'est-à-dire des personnes qui mettent l'activité en mouvement, qui insufflent de la créativité et qui brisent la routine. Bref, des innovateurs, y compris dans l'accompagnement des travailleurs handicapés. »

L'environnement économique des ESAT est certes porteur de menaces mais aussi d'opportunités. A titre d'exemple, les dispositions législatives de la loi de 2005 intensifient la pression financière sur les collectivités et les entreprises ne remplissant pas leur obligation d'emploi pour les personnes handicapées, ce qui crée potentiellement un marché pour les ESAT. De même, l'évolution des mentalités, avec le développement de la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE), peut être un bon argument pour défendre la place des ESAT dans l'économie locale.

¹⁵ CLAVERANNE JP, mai 2012, « Travail protégé, des mutations à la chaîne », *revue direction(s)*, n°96, pp 22-26

L'environnement des ESAT a donc beaucoup évolué depuis une dizaine d'années, que ce soit au niveau législatif, budgétaire ou économique. En tant que directrice d'ESAT, il est donc important que je tienne compte de ce contexte économique difficile, en créant des relations privilégiées avec les entreprises du territoire, en recherchant des activités professionnelles « rentables », permettant d'assurer la survie économique de l'établissement, tout en préservant sa mission médico-sociale. Un véritable défi en perspective !

Les ESAT sont également confrontés à un autre bouleversement : l'évolution du public accueilli, avec notamment une augmentation significative du nombre de personnes présentant un handicap psychique, comme le souligne l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) : « *Le profil et le parcours des populations accueillies au sein des ESAT se sont beaucoup modifiés depuis 1975. Les ESAT doivent notamment s'adapter à une proportion plus importante de personnes relevant de handicap psychique (...).* »¹⁶

1.3 La problématique de l'évolution du public accueilli en ESAT : l'évolution vers le handicap psychique

1.3.1 Quelques chiffres significatifs

La DGCS a commandé en 2009 un état des lieux de la situation des ESAT afin de mettre en place un plan d'action pour la modernisation et le développement de ces établissements. Coordonné par le cabinet de consultant Opus 3, cet état des lieux, réalisé de manière participative, présente les différentes évolutions de l'environnement des ESAT. Le rapport rendu par Opus 3 met en évidence les enjeux liés à l'évolution des publics : « *La montée du handicap psychique vient questionner la vision traditionnelle des ESAT. (...) Le handicap psychique concernerait aujourd'hui près d'un usager sur 5 en tant que handicap principal.* »¹⁷

Cette enquête qui porte sur plus de 50 000 usagers révèle que le handicap psychique représente 19% en pathologie principale et 25% en pathologie associée.

¹⁶ ANESM, juin 2013, « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés d'ESAT ».

¹⁷ DGCS et Opus 3, novembre 2009, « Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique », p 25.

Une autre enquête réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), ES 2006¹⁸ présente la répartition de la population accueillie dans les ESAT en fonction de la déficience principale. Au 31 décembre 2006, 67,9% des usagers présentent une déficience principale de type déficience intellectuelle, et 17,7% une déficience principale de type déficience du psychisme.

Par rapport aux chiffres de l'enquête DREES ES 2001 (77,8% et 14,2%), on note une augmentation des personnes présentant une déficience principale du psychisme. L'enquête DREES 2010, quant à elle, avance une proportion de 19,2% d'usagers ayant un trouble du psychisme.

On peut rapprocher ces chiffres du dernier tableau de bord des ESAT connu, datant de 1999, qui montrait déjà que 11% des usagers étaient issus de psychiatrie, alors même que le handicap psychique n'était pas encore reconnu. En l'espace de 10 ans, la montée en puissance du handicap psychique est évidente.

Pour Monsieur Zribi, ces chiffres de 2006 ne témoignent pas de la réalité du terrain, le nombre de personnes présentant une déficience du psychisme étant sous-estimé. « *Selon nos propres regroupements, effectués sur une période d'une vingtaine d'années (...), environ 30% des personnes accueillies sont affectées de handicaps psychiques et sont, ou ont été, prises en charge et suivies par les secteurs de santé mentale.* »¹⁹.

1.3.2 Handicap mental, handicap psychique : des notions pas si tranchées

A) Les caractéristiques du handicap psychique

La maladie mentale est une maladie de la pensée ou de la personnalité dont les symptômes, essentiellement comportementaux, causent une profonde souffrance au malade et font obstacle à son intégration sociale. Contrairement aux personnes déficientes intellectuelles, le développement intellectuel des personnes souffrant d'une maladie mentale est normal²⁰, c'est l'expression des capacités intellectuelles qui peut être altérée, temporairement ou durablement, ou être ralentie par l'effet secondaire de certains traitements ou lors des phases actives de la maladie.

¹⁸ MAKDESSI Y., MAINGUENE A., 2006., <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er641.pdf>

¹⁹ ZRIBI G., 2012, *L'avenir du travail protégé*, presses de l'EHESP, p45

²⁰ Certains malades peuvent présenter un tableau déficitaire au plan intellectuel mais il s'agit dans ce cas d'une séquelle de la maladie, pas d'une caractéristique innée.

Etre atteint d'une maladie mentale ne constitue pas en soi un handicap. Deux personnes atteintes de la même pathologie ne présenteront pas les mêmes troubles, ni les mêmes ressources. Chacune ressentira les effets de la maladie d'une façon qui lui est personnelle. Comment alors définir le handicap psychique ? Pour tenter d'éclaircir cette notion, je vous en présenterai deux définitions, celle proposée par Monsieur Zribi, puis celle de Madame Pauline Tursi.

Pour Monsieur Zribi,

« Le handicap psychique est lié à une altération substantielle dans plusieurs domaines : la pensée et les sentiments, avec des impacts sur l'image de soi, la perception, la communication et la sociabilisation ; (...) l'adaptation sociale et professionnelle (...) ; le fonctionnement cognitif, de façon plus ou moins marquée. Le handicap désigne donc une situation lourde et complexe ayant des conséquences fortes en termes d'autonomie et de santé et requérant des soins et des aides sur le long terme. »²¹.

La définition proposée par Madame Tursi s'appuie sur divers éléments recueillis au cours d'entretiens avec des professionnels, des familles et des usagers (77 personnes ont été interrogées), dans le cadre de l'étude réalisée en 2008 par le Centre Régional de l'Enfance et des Adultes Inadaptés (CREAI) Nord/Pas de Calais. Cette étude²² avait pour objectif de produire un état des lieux régional des dispositifs de prise en charge des adultes en situation de handicap psychique. Mme Tursi s'est appuyée sur la classification internationale mise au point en 1980 par le professeur Wood pour répondre à la question suivante : en quoi une altération des fonctions psychiques génère t'elle un handicap ?

« La maladie mentale engendre des déficiences que l'on peut définir comme une perte de moyens ou dysfonctionnement de parties ou de fonctions du corps :

- *Troubles de la volition (incapacité à vouloir, à décider, à s'empêcher d'agir)*
- *Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, incohérence des idées, délires)*
- *Troubles de la perception (hallucination, déréalisation)*
- *Troubles de la communication ou du langage*
- *Troubles du comportement (agressivité, agitation, phobies, rites obsessionnels)*
- *Troubles de l'humeur (dépression, excitation)*
- *Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, indifférence...)*
- *Perte des repères spatio-temporels*
- *Expression somatique (catatonie, paralysie...)*

²¹ ZRIBI G., 2009, *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques*, presses de l'EHESP, p14

²² TURSI P., 2009, « L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en région Nord/Pas-de-Calais », *CREAI Nord-Pas-de-Calais*

Les déficiences génèrent des incapacités: les dysfonctionnements rendent impossible la réalisation d'actes du quotidien, ou l'inscription dans une vie sociale considérée comme ordinaire. Enfin, ces incapacités créent des désavantages sociaux, qui désignent les difficultés qu'une personne peut rencontrer afin de remplir son rôle social, tel qu'elle l'envisage ou que la société lui attribue (insertion scolaire, professionnelle, dans un groupe social, épanouissement dans un projet de vie autonome...). »

Au regard des différents entretiens réalisés, Madame Tursi a pu mettre en évidence des éléments qui viennent fragiliser la personne handicapée psychique et rendre difficile sa participation à la vie sociale : le déni de la maladie, les effets secondaires des traitements, la stigmatisation sont autant d'éléments qui viennent compliquer la réalisation d'actes de la vie quotidienne comme par exemple la gestion d'un budget, l'entretien de soi et de son logement, les interactions sociales et l'insertion professionnelle.

Le handicap psychique, c'est également un accompagnement social et des soins médicaux indispensables, d'où la nécessité de partenariats. A noter également l'extrême variabilité des besoins du malade, l'isolement et l'absence de demande souvent constatée.

Ces deux définitions s'accordent sur le fait que le handicap psychique se répercute sur la vie sociale, affective et quotidienne de la personne et a des impacts au niveau professionnel car il altère profondément les capacités d'autonomie et d'adaptation.

B) La santé mentale des personnes déficientes intellectuelles : notion de double diagnostic

Le réseau POMONA, crée dans le cadre du programme européen de surveillance de la santé, a réalisé une étude générale sur la santé des personnes déficientes intellectuelles. L'un des indicateurs retenus était la santé mentale. Les résultats montrent que les personnes déficientes intellectuelles peuvent souffrir de troubles psychiques associés. Le Docteur Bernard Azéma a présenté les résultats de cette étude sous forme d'un diaporama²³. Il résulte de cette étude :

« Les personnes déficientes intellectuelles : un groupe à un haut risque de troubles mentaux comme co-morbidité (double diagnostic). »

« Prévalence élevée de la schizophrénie et des troubles psychotiques chez les personnes avec une déficience intellectuelle. »

²³ AZEMA B., 27 octobre 2005, « L'accès au droit à la santé et aux soins des personnes handicapées », *Journée d'étude sur le handicap*, Luxembourg. Diaporama (diapo 82) [visité le 13 mars 2013], disponible sur internet : <http://www.pomonaproject.org/sante.ppt>

Il est donc parfois difficile de différencier les deux notions de handicap mental et handicap psychique, comme le souligne Monsieur Zribi :

« On a longtemps distingué très catégoriquement le handicap mental (l'absence de raison, le manque d'intelligence...) de la folie et des troubles psychiques (la déraison, les troubles de la raison (...)). Depuis quelques années, ces définitions sont largement battues en brèche et sont en tout cas beaucoup moins tranchées. (...).

Ainsi, certaines caractéristiques peuvent être communes à ces deux catégories de handicap, *« comme les difficultés importantes de compréhension et d'adaptation ou les troubles graves de la personnalité et du comportement. La différence est qu'elles n'apparaissent pas dans les mêmes proportions dans l'un et l'autre cas. »*²⁴

Les personnes déficientes intellectuelles peuvent donc souffrir de troubles psychiques associés, entraînant des répercussions sur leur vie sociale, affective et quotidienne et sur leur capacité d'autonomie et d'adaptation. Ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est que parmi les usagers de l'ESAT, certaines personnes déficientes intellectuelles présentent ce « double-diagnostic ». Les manifestations de leurs troubles psychiques peuvent être bruyantes et leur comportement peut perturber l'activité de production de l'ESAT. Il me semblait donc important que ces personnes puissent elles aussi bénéficier d'un soutien thérapeutique.

1.3.3 Les besoins et attentes des personnes handicapées psychiques

A) De la notion de réadaptation à celle de réhabilitation psychosociale

Le docteur Bernard Jolivet, ancien Président de la fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, définit le concept de « réadaptation »²⁵ :

« La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion sociale et professionnelle suffisante apparaît comme problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive, à moyen terme, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de la vie sociale. La réadaptation est une dynamique de soins médiatisés (...) toute thérapie utilisant entre soignant et soigné, un objet intermédiaire par lequel passera la relation. »

²⁴ ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*, Presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, p16

²⁵ JOLIVET B., 1995, *Parcours du sanitaire au social en psychiatrie*, Croix Marine

A travers cette définition, Monsieur Jolivet situe la réadaptation du côté sanitaire, puisqu'il s'agit de soins assurés par des soignants formés spécialement et relevant de l'autorité médicale.

Le terme de réhabilitation psychosociale s'est substitué progressivement dans la psychiatrie française à celui de réadaptation. Pour Madame le Docteur Elisabeth Giraud, présidente de Réhab, comité français pour la réhabilitation psychosociale, les actions de réhabilitation relèvent de deux dimensions complémentaires :

« La première dimension consiste à assurer un accès à des soins et services modernes de qualité aux patients les plus en difficultés dont il faut, après évaluation individualisée, s'attacher à optimiser les ressources psychiques personnelles et entraîner les habiletés cognitives et sociales. C'est le versant le plus sanitaire de la réhabilitation psychosociale. Cette dimension sanitaire va, le cas échéant, s'articuler et se prolonger dans l'accompagnement et l'organisation de services dans le secteur médico-social et social. Il faudra en effet parfois contribuer à leur assurer une insertion sociale et professionnelle, éventuellement protégée, et veiller à ce que se mettent en place les dispositifs et aides à la vie quotidienne, à la gestion d'un logement ou de ressources financières. La deuxième dimension consiste à œuvrer de manière collective à une diminution de la stigmatisation du malade mental (...). »²⁶

A travers cette définition, on se rend bien compte que la psychoréhabilitation ne s'inscrit pas uniquement dans le domaine des soins (comme c'était le cas avec la réadaptation) et donc ne relève pas uniquement et nécessairement des compétences de la psychiatrie. La réhabilitation psychosociale recouvre aujourd'hui un ensemble d'actions, allant des soins à l'accompagnement, avec pour objectif de permettre à la personne souffrant d'une maladie mentale de recouvrer des compétences et un « pouvoir agir » (empowerment) sur la qualité de sa vie quotidienne et sur les relations avec son environnement.

La finalité de ce processus est « *Le rétablissement* »²⁷ (recovery), c'est-à-dire la capacité de la personne à reprendre possession de sa vie et surmonter ses troubles sans être nécessairement « guérie ».

²⁶ « *PLURIELS* : « La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée » in *La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*, N° 94-95, p4, [visité le 19/08/2013], disponible sur internet : <http://www.mnasm.com/publications/la-lettre-pluriels/>

²⁷ L'association Messidor, spécialisée dans la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, a reconnu dans ce concept de « rétablissement » (développé principalement dans les pays anglo-saxons) un écho à ses pratiques et a souhaité engager une recherche développement : « Le concept de transition par l'activité professionnelle : une voie de rétablissement pour les personnes handicapées psychiques » (2012-2015).

A la lecture de cette définition, on voit bien l'importance de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social (et social) pour soutenir les personnes handicapées psychiques dans la gestion de leur vie quotidienne. On peut dès lors se poser la question suivante : quelle place les ESAT peuvent-ils occuper dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, lorsque les soins psychiatriques aigus sont terminés et que le patient est stabilisé ?

Avant d'apporter quelques éléments de réponse à cette question, il est intéressant de s'attarder sur le sens donné à « *la valeur du travail* » dans la réhabilitation psychosociale. Pour Monsieur CNAAN²⁸, la réhabilitation psychosociale repose sur plusieurs grands principes, dont la valeur du travail :

« 12^{ème} principe : la valeur du travail. La réhabilitation psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspirer et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'envisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs ».

B) Réhabilitation psychosociale et accompagnement des personnes handicapées psychiques en ESAT

Quelle place les ESAT peuvent-ils donc occuper dans l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, lorsque les soins psychiatriques aigus sont terminés et que le patient est stabilisé ?

L'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques peut être problématique, même lorsque l'état de santé du malade est stabilisé. Avant l'entrée en ESAT, le parcours professionnel des personnes handicapées psychiques est diversifié. Certaines n'ont jamais eu d'activité professionnelle, d'autres ont déjà travaillé en milieu ordinaire, d'autres ont relevé d'un accompagnement par CAP emploi ou par un Centre de Rééducation Professionnelle (CRP). Souvent, les personnes handicapées psychiques ont connu de longues périodes d'inactivité, notamment pendant les phases aiguës de la maladie, et même si elles expriment l'envie de travailler pour « *être comme tout le monde* », cela est difficile.

²⁸ Cf. annexe n° 1: « Les grands principes de la réhabilitation psychosociale » CNAAN R.A. et al. 1988, « psychosocial Rehabilitation : toward a Definition » in « *PLURIELS : La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale* », N° 94-95, p 11, [visité le 19/08/2013], disponible sur internet : <http://www.mnasm.com/publications/la-lettre-pluriels/>

Il faut donc les aider à se réadapter au travail, à reprendre confiance en elles, afin qu'elles puissent reprendre une activité professionnelle, de préférence dans le milieu ordinaire de travail. C'est là que les ESAT peuvent trouver leur place dans le processus de réhabilitation psychosociale et avoir un rôle important à jouer.

Pour s'adapter à chaque personne et répondre aux différents projets, les activités professionnelles proposées au sein de l'ESAT doivent être variées, chaque situation étant particulière. Les tâches simples et répétitives, comme dans un atelier de conditionnement, peuvent être adaptées à un petit nombre de personnes handicapées psychiques, mais, d'une manière générale, l'accent sera plutôt mis sur des activités plus techniques, ou « hors les murs », qui correspondent mieux aux personnes handicapées psychiques.

On n'entre pas en ESAT forcément pour y rester jusqu'à la fin de sa vie active. Parmi les objectifs de l'ESAT, on trouve donc le soutien aux travailleurs handicapés désirant et ayant la capacité de s'insérer dans le milieu ordinaire.

D'une manière générale, les actions de soutien médico-social et éducatif visent l'épanouissement personnel et le bien être de la personne handicapée. Elles ont pour objectif de maintenir les acquis, de faciliter l'accès à l'autonomie, l'implication dans la vie sociale et de développer les compétences des usagers. Face à l'émergence de ce nouveau public -les personnes handicapées psychiques- les ESAT doivent s'adapter. Certains établissements, déjà sensibilisés à ce nouveau profil d'usagers, ont développé des activités favorisant la parole et l'expression des émotions, à la limite du soin.

A titre d'exemple, l'ESAT de Valenciennes propose un atelier théâtre et un atelier de conception/réalisation vidéo ; celui de Loon-plage propose un atelier création artistique (dessin) et des visites culturelles.

Les personnes handicapées psychiques ont besoin d'un accompagnement social et éducatif mais aussi d'un soutien thérapeutique. La question de la continuité des soins psychiatriques est majeure car il faut à tout prix éviter les arrêts de traitement qui engendrent très souvent un état de crise et donc des difficultés dans le cadre de l'activité professionnelle. Même si les ESAT n'ont pas une mission de soins, il est nécessaire qu'ils mettent en œuvre un dispositif de soutien permettant d'articuler travail et thérapie, pour favoriser la réussite du projet professionnel des personnes souffrant de troubles psychiques.

Au cours des dernières années, sous l'impulsion de l'ONU et des politiques européennes, le regard porté sur les personnes handicapées a évolué, entraînant une approche différente des politiques du handicap. Les orientations modernes des politiques sociales du handicap s'inspirent du principe de normalisation :

« Le principe de normalisation est réellement la première formalisation de l'approche sociale retenue aujourd'hui, à savoir la priorité donnée au processus de désinstitutionnalisation et d'intégration, et à défaut, la mise en place d'institutions et de services respectant les standards de vie normaux. »²⁹

Dans cette approche, le travail des personnes handicapées est considéré comme un moyen permettant de valoriser la personne, de favoriser son insertion sociale et d'améliorer la qualité de vie. Pour la personne handicapée qui le souhaite, le travail est donc un facteur favorisant des conditions de vie « normales ».

Mais l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées est parfois bien difficile, notamment dans le contexte actuel de crise économique. Dans un souci d'égalité des chances et d'intégration sociale, de nombreux pays européens ont donc mis en œuvre de véritables politiques d'accès à l'emploi en faveur des personnes handicapées. L'accès au milieu ordinaire de travail est privilégié, notamment par les systèmes législatifs de quotas et de non-discrimination. Les politiques de l'emploi encouragent donc l'insertion en milieu ordinaire de travail, sans toutefois nier la nécessité d'avoir des services spécialisés pour certaines personnes handicapées.

En France, seuls les ESAT relèvent désormais du milieu de travail protégé. Ces établissements ont un rôle important à jouer dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans l'incapacité (momentanée ou durable) de travailler en milieu ordinaire.

Comme tous les établissements sociaux et médico-sociaux, ils sont tenus de respecter les droits des usagers tels qu'ils sont définis par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Derrière ce texte se dégage une volonté d'individualisation maximale des actions menées auprès des bénéficiaires. Pour les ESAT, il s'agit d'offrir des possibilités d'activités professionnelles suffisamment variées pour permettre aux usagers d'accéder à un véritable projet professionnel personnalisé.

²⁹ ZRIBI G., *L'avenir du travail protégé*, presses de l'EHESP, 2012, p20

Le soutien aux travailleurs handicapés désirant et ayant la capacité de s'insérer dans le milieu ordinaire est également un enjeu pour l'ESAT.

Certes, l'ESAT est avant tout un établissement médico-social mais ses spécificités le rapprochent d'une entreprise et la pression économique s'accroît. Le résultat économique prend une place de plus en plus importante dans le fonctionnement de l'établissement face à un budget social de plus en plus contraint. Pour rester « compétitifs », les ESAT sont obligés de mettre en place une stratégie de diversification des activités professionnelles, de créer des relations privilégiées avec les entreprises du territoire pour trouver des activités professionnelles « rentables », permettant d'assurer la survie économique de l'établissement.

Les ESAT sont également confrontés à un autre bouleversement : la montée en puissance du handicap psychique, qui devrait se poursuivre dans les prochaines années puisque parallèlement on note une baisse significative du nombre de personnes déficientes intellectuelles accueillies. Cette évolution du public accueilli oblige les établissements à s'adapter et à repenser leurs organisations.

Le « défi » de l'accueil des personnes handicapées psychiques dans le milieu de travail protégé se pose donc aujourd'hui. Comment prendre en compte cette réalité et organiser une prise en charge en adéquation avec les besoins et attentes de ce profil d'utilisateurs ?

Depuis sa création, l'ESAT de l'APEI de la région Audomaroise a toujours cherché à s'adapter aux évolutions du public. Par exemple, une Section Aménagée du Temps de Travail (SATT) a été créée en 1991 pour répondre au vieillissement des travailleurs handicapés. Aujourd'hui, l'établissement est confronté à une problématique nouvelle, celle de l'augmentation du nombre d'utilisateurs en situation de handicap psychique. Cette problématique, repérée sur l'audomarois, est partagée par de nombreux autres ESAT, que ce soit au niveau national, régional ou départemental.

Face à l'enjeu économique, il existe un risque de mise à l'écart des personnes les plus perturbées. L'ESAT, soucieux d'assurer sa mission médico-sociale, a choisi pour sa part d'élaborer un projet permettant de répondre aux besoins et attentes spécifiques des personnes handicapées psychiques.

2 La nécessaire adaptation des ESAT pour répondre aux besoins et attentes spécifiques des travailleurs handicapés psychiques

Pour s'adapter à ce nouveau profil de personnes, l'établissement souhaite mettre en œuvre un dispositif de soutien spécifique. Avant d'envisager un tel projet, il est indispensable de présenter l'ESAT de la région Audomaroise (2.1), de repérer le décalage existant entre l'offre de services actuelle et les besoins et attentes des personnes handicapées psychiques (2.2) et de réaliser un diagnostic précis de la situation, en repérant d'une part les freins, d'autre part les facteurs favorisant le projet, à l'externe et en interne (2.3).

2.1 L'ESAT de l'APEI de la région audomaroise

2.1.1 L'ESAT et l'association

L'APEI de l'arrondissement de Saint-Omer est une association loi 1901 à but non lucratif. Elle a fêté son 50^{ème} anniversaire en 2011. L'APEI regroupe aujourd'hui sept établissements et services regroupés en trois pôles.

Le pôle SAMO (Services et Actions en Milieu Ouvert) qui regroupe le Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD, 35 places) ; le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS, 47 places) ; le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH, 20 places).

Le pôle hébergement, avec les différents foyers : le foyer d'hébergement du chemin vert (48 places) ; le foyer Julien Leclercq (JL) (30 places)

Le pôle « établissements de jour » qui regroupe l'ESAT (187 places) ; la Section Occupationnelle et Thérapeutique (SOT, 40 places) ; la Section Aménagée du Temps de Travail (SATT, 20 places).

L'association s'attache également à rendre service aux parents et aux aidants, à leur offrir du répit tout en maintenant les liens familiaux. Pour ce faire, elle a mis en place différents outils tels que « La maison de Jean François ».

L'ESAT accompagne les personnes déficientes intellectuelles depuis sa création en 1964. Il a négocié et signé un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'ARS pour la période 2011-2015. L'agrément délivré par l'ARS porte la capacité d'accueil à 187 Equivalents Temps Plein (ETP). Conformément à cet agrément, l'ESAT accueille, du fait des temps partiels, 202 adultes (125 hommes et 77 femmes).

En 2011, l'âge moyen de la population accueillie à l'ESAT est de 42 ans. A noter une importante population jeune masculine, que l'on retrouve essentiellement dans les ateliers menuiserie et espaces verts.

2.1.2 Le public accueilli

Une répartition des usagers est réalisée en fonction des données recueillies dans l'enquête ES 2010 et utilisées pour le calcul des indicateurs médico-sociaux. Cette classification se base sur la déficience principale présentée par l'utilisateur, c'est-à-dire la déficience qui apparaît comme la plus invalidante. Les données indiquent que pour la majorité des usagers de l'ESAT, la déficience principale est la déficience intellectuelle moyenne (44%) et légère (23%), suivies par la déficience psychique (16.5%).

Déficience principale		Nombre d'usagers	pourcentage	
Déficience intellectuelle	Légère	47	23.3%	72.3%
	Moyenne	88	43.6%	
	Profonde	11	5.4%	
Déficience du psychisme		34	16.8%	
Déficiences motrices		6	3%	
Déficiences viscérales		6	3%	
Déficiences des appareils auditifs et visuels		2	1%	
Déficiences du langage		2	1%	
Pluri-handicap		2	1%	
Autres déficiences		1	0.5%	
Total		202	100%	

Répartition en % des usagers de l'ESAT en fonction des pathologies présentées en 2011

Même si l'ESAT est agréé pour accueillir des déficients intellectuels, ce qui représente près des $\frac{3}{4}$ de la population accueillie, il accueille également une trentaine d'usagers (16,8%) pour lesquels la déficience principale est une déficience du psychisme.

Ce chiffre est difficilement interprétable tel quel puisqu'il englobe un certain nombre de troubles (comme par exemple l'épilepsie) mais il permet de confirmer la présence de personnes souffrant de troubles psychiques au sein de l'ESAT. Il est important aussi de souligner que près de la moitié des usagers reçoit un traitement psychiatrique (données recueillies au cours d'un entretien avec le médecin psychiatre).

2.1.3 L'ancrage de l'établissement sur son territoire

L'activité professionnelle proposée par l'ESAT s'articule autour de plusieurs axes : l'entretien et la création d'espaces verts ; les travaux de mécanique (usinage, transformation) ; les travaux de conditionnement (ensachage, mise en cartons..) ; le travail du bois ; la mise à disposition de personnel en entreprise.

A ce jour, occasionnellement, les travailleurs de l'ESAT réalisent des prestations hors-les-murs à Auchan, Décathlon. Ils se rendent sur place afin de réaliser la prestation et sont encadrés par un moniteur d'atelier. L'ESAT accueillant traditionnellement des personnes déficientes intellectuelles, une grande partie des activités est donc orientée vers le conditionnement de petit matériel et les espaces verts. Les prestations de services « hors-les-murs » sont pour l'instant peu développées.

L'imprimerie L a fait appel aux services de l'ESAT. C'est pour l'établissement un premier axe dans la recherche de clients pour développer de nouvelles activités industrielles hors-murs. L'ESAT souhaite également proposer de nouvelles activités, comme le nettoyage de locaux.

2.2 Le décalage entre l'offre actuelle et l'évolution du public accueilli

2.2.1 Le manque de professionnels ayant des compétences en psychiatrie

Depuis mars 2013, le poste de psychiatre (0,20 ETP) de l'ESAT est vacant, suite au départ en retraite du précédent médecin. Cette situation met en péril l'idée même d'élaborer un projet spécifique aux personnes handicapées psychiques. Il devient donc urgent pour l'ESAT de recruter un psychiatre. De même, la majorité du personnel de l'ESAT n'a aucune formation sur le handicap psychique. L'infirmière n'a aucune expérience en psychiatrie et elle ne se sent pas compétente pour gérer les personnes handicapées psychiques en état de crise. Les moniteurs d'atelier, issus pour la plupart du milieu industriel, se trouvent en grande difficulté pour accompagner les personnes présentant des troubles psychiques.

La synthèse des entretiens annuels effectués par la chef de service montre les inquiétudes des professionnels. Les moniteurs d'atelier se sentent désarmés voire angoissés face à des personnes présentant des troubles psychiques notamment lors des états de crise. L'instabilité au poste de travail, les manifestations des troubles (angoisses, propos délirants et/ou menaçants) laissent parfois penser aux moniteurs d'atelier que ces usagers n'ont pas leur place en ESAT.

Se développe alors chez les professionnels un sentiment d'impuissance, d'insatisfaction dans la réponse qu'ils apportent à l'utilisateur en crise. Il est donc important de développer un projet d'accompagnement spécifique pour ce public, d'une part pour le bien être de l'utilisateur, pour répondre au mieux à ses besoins et ses attentes, mais aussi, d'autre part, pour réduire le stress au travail ressenti par les professionnels.

2.2.2 La problématique des locaux

Les activités professionnelles sur le site de l'ESAT ont pour objet la mécanique, le conditionnement et la menuiserie. Les locaux actuels sont constitués de trois bâtiments.

- ⇒ La zone dédiée à la mécanique générale est située dans le bâtiment principal, dans le prolongement direct de l'une des zones de conditionnement. Le fait que ces deux zones communiquent est gênant notamment parce que le bruit et la poussière se propagent. L'activité mécanique générale s'adresse à seize travailleurs handicapés pour trois moniteurs d'atelier.
- ⇒ Le bâtiment dédié à la menuiserie est situé un peu en retrait des autres zones d'activité. L'ambiance de travail est bruyante. Cette activité concerne 29 travailleurs d'ESAT, encadrés par 4 moniteurs.
- ⇒ L'activité conditionnement est répartie sur deux bâtiments. Elle concerne cent neuf travailleurs encadrés par 9 moniteurs d'atelier. Dans le bâtiment principal, l'ambiance est bruyante, la zone de conditionnement de verres est centrale et elle communique avec la mécanique.

Certaines personnes handicapées psychiques, notamment dans la première période de leur parcours d'insertion professionnelle, ont besoin d'un accompagnement renforcé, individualisé. Un réentrainement au travail est parfois indispensable au début du parcours. Le taux d'encadrement et la configuration des zones d'activités de l'ESAT ne permettent pas d'assurer ce soutien individuel de manière prolongée.

De plus, les personnes handicapées psychiques ont souvent besoin de calme, alors que certaines sections de l'ESAT sont plutôt bruyantes.

En cas de crise (agressivité, idées délirantes...), il est important de pouvoir isoler la personne souffrant de troubles psychiques. Dans les locaux actuels, cela est difficile. L'infirmerie est excentrée (située à côté du siège social de l'APEI) et l'infirmière n'est pas systématiquement sur place. Face à ces constats, il me semble nécessaire d'intégrer dans l'élaboration d'un projet une réflexion sur l'adaptation des locaux pour répondre aux besoins et attentes des personnes souffrant de troubles psychiques.

2.2.3 Le projet personnalisé : un outil à perfectionner

A l'ESAT de Saint-Martin au Laert, les projets individualisés sont mis en place depuis 2006 et réactualisés tous les ans. L'objectif est de déterminer des axes de progrès et de proposer des actions de soutien favorisant le développement de l'autonomie de la personne. Les projets sont « co-construits » par le travailleur handicapé et le moniteur d'atelier référent, au cours d'un entretien pendant lequel la personne va pouvoir exprimer ses besoins et ses désirs. Des grilles de compétences sont commentées et servent à l'élaboration du projet de façon à orienter les axes de travail.

Le projet personnalisé est axé essentiellement sur la dimension professionnelle, les actions de soutien médico-social étant peu développées au sein de l'ESAT. A ce jour, l'ESAT de Saint-Martin au Laert propose des actions de soutien à la vie quotidienne telles que la cuisine, la sécurité routière ou encore l'éducation au tri sélectif.

Les actions de soutien proposées sont insuffisantes pour deux raisons principales :

- ⇒ le temps de présence des travailleurs handicapés est inférieur à 35 heures (33h30) afin qu'ils puissent terminer plus tôt le vendredi. Cette organisation est mise en place depuis de nombreuses années pour faciliter les retours en famille le week-end. De ce fait, les activités de soutien sont allégées et l'accent est mis sur les activités de production.

- ⇒ il n'y a qu'une éducatrice pour s'occuper des activités de soutien et elle a d'autres missions en parallèle. Cette dernière part à la retraite en septembre 2013.

Pour les personnes ayant des troubles psychiques, le projet personnalisé ne peut se limiter à l'activité professionnelle et doit englober les différents aspects de la vie de la personne (hébergement, soins psychiatriques, vie quotidienne...). Il doit favoriser l'articulation entre travail et thérapie, de manière à faciliter la continuité des soins psychiatriques. Le référent du projet personnalisé doit être en lien avec les autres professionnels intervenant dans l'environnement de la personne (travail, hébergement, vie sociale, tutelle, soignants...) de manière à avoir une vision globale de la situation.

Ses missions sont comparables à celles confiées au « *gestionnaire de cas* » dans le secteur des personnes âgées. Ces professionnels, qui exercent au sein des Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer (MAIA), sont chargés de l'accompagnement des situations complexes :

« Le gestionnaire de cas évalue la situation globale de la personne (physique, mentale, sociale) en prenant en compte son environnement et ses souhaits, ainsi que ceux de son entourage, avant d'élaborer un plan de suivi individualisé. Puis, il doit trouver des solutions concrètes sur le territoire (...) le but est que le parcours soit fluide. »³⁰

Une réflexion doit donc être menée au sein de l'ESAT afin d'améliorer l'élaboration du projet personnalisé de l'utilisateur, en prenant en compte davantage la personne dans sa globalité (environnement, dimension thérapeutique...). D'autres activités de soutien devraient voir le jour en fonction des attentes des personnes handicapées psychiques qui seront accueillies. Le projet individualisé, co-construit avec l'utilisateur, permettra d'adapter l'offre.

2.3 L'élaboration du projet justifiée par le diagnostic stratégique

2.3.1 Les freins au projet, à l'externe puis au niveau de l'association et de l'ESAT

La mise en œuvre au sein de l'ESAT d'un dispositif d'accompagnement spécifique pour les personnes en situation de handicap psychique se heurte à un certain nombre d'obstacles qu'il est nécessaire d'identifier avant de débiter la réalisation du projet.

A) La stigmatisation des personnes handicapées psychiques

L'enquête³¹ réalisée en France entre 1999 et 2003 par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS), en collaboration avec la DREES, a révélé un certain nombre de représentations liées à la maladie mentale.

Il apparaît par exemple que les termes de « fou » et de « malade mental » restent souvent associés à des images de violences, de drames, souvent relayés par les médias.

« Dans les représentations qu'a la population des problèmes de santé mentale (...) 45% des personnes interrogées pensent par exemple que commettre un meurtre est associé au fait d'être « fou » et 30% « malade mental ». »

Le poids de ce regard porté sur la maladie mentale peut avoir des conséquences sur le suivi médical des personnes, qui risquent d'être dans le déni de la maladie et dans le refus de prendre un traitement. Or, un suivi psychiatrique au long cours est indispensable pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle.

³⁰ JANICOT M., mars 2013, « De nouveaux référentiels pour le gestionnaire de cas » in *direction(s)*, n°106, p39

³¹ BELLAMY V., octobre 2004, « Troubles mentaux et représentations mentales : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* » [visité le 24/08/2013], disponible sur internet <http://www.drees.sante.gouv.fr/troubles-mentaux-et-representations-de-la-sante-mentale-premiers-resultats-de-l-enquete-sante-mentale-en-population-generale,4707.html>

L'ESAT souhaite mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement spécifique pour les personnes handicapées psychiques, articulant travail et thérapie. Pour obtenir l'adhésion des administrateurs et des professionnels de l'ESAT, il est donc nécessaire de communiquer afin de faire évoluer le regard porté sur les personnes atteintes de maladie mentale.

B) Le manque de lisibilité de la liste d'attente

La création de places dédiées au handicap psychique, qui est l'un des axes du projet, n'est envisageable qu'à condition de pouvoir identifier sur la liste d'attente les personnes relevant de cet accompagnement spécifique. Il apparaît nécessaire de renforcer les liens (dans le respect des règles juridiques liées au partage de l'information médicale) entre notamment le service médical de notre établissement, la CDAPH et les psychiatres du territoire, afin d'avoir une meilleure approche de la situation des personnes orientées. Aujourd'hui, seule la rencontre avec la personne concernée peut nous donner une première idée.

La collaboration accrue avec le service médical de la MDPH pourrait à terme nous permettre de distinguer 2 listes d'attente à l'ESAT :

- ⇒ l'une pour les personnes relevant ou ayant relevé de la psychiatrie, dont la problématique nécessite de recourir au nouveau dispositif SAS.
- ⇒ l'autre pour les personnes porteuses d'autres types de handicaps (déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement dont l'autisme, IMC....)

C) Des activités professionnelles « hors-les-murs » peu développées

Pour répondre aux besoins et aux attentes des personnes handicapées psychiques, il est intéressant de développer davantage d'activités « hors-les-murs », de manière à favoriser à terme l'insertion en milieu ordinaire de travail, chaque fois que cela sera possible. A ce jour, l'ESAT n'est pas suffisamment connu sur son bassin de vie, tant par les différents acteurs du champ social, médico-social et sanitaire que par le monde des entreprises.

En tant que directrice de cet établissement, il est important que je tienne compte de ce contexte, que je fasse connaître davantage l'ESAT et que je recherche de nouvelles activités permettant d'assurer la survie économique de l'établissement.

2.3.2 Les facteurs favorables au projet, à l'externe (vu sous l'angle des politiques publiques) puis au sein de l'association et de l'ESAT.

A) L'amélioration de la santé mentale des populations : un enjeu de santé publique et de société majeur, partagé au niveau mondial, européen et national

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans sa constitution de 1946, définit la santé comme « *Un état complet de bien être physique, mental et social (...)*. La santé mentale est donc une composante de la santé, qui consiste précisément en « *Un état de bien-être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté.* »³²

Pour l'OMS, la santé mentale englobe la promotion du bien être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Elle constitue un défi très important au niveau mondial. L'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au XXI^e siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité par suicide (10 500 morts par an en 2006). Ils peuvent entraîner des handicaps lourds et sont responsables de la détérioration de la qualité de vie pour les personnes atteintes et leurs proches.

Les troubles mentaux génèrent également de l'exclusion et des coûts économiques importants. Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée.

Au niveau européen, le domaine de la santé mentale est depuis une dizaine d'années au cœur des préoccupations des Etats membres de la Région Européenne de l'OMS, comme en témoigne le rapport³³ de la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale qui s'était tenue à Helsinki en janvier 2005.

« *La santé mentale gagne en priorité dans la Région car on a pris conscience des coûts à la fois économiques et humains pour la société et de la souffrance des individus concernés.* »

³² OMS, [visité le 24/08/2013], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/introduction.html>

³³ « *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions* », 2006

En France, le domaine de la santé mentale est abordé dans le « Plan psychiatrie et santé mentale », réévalué tous les 4ans. Le plan de 2011-2015 encourage les dispositifs d'accueil et d'accompagnement permettant la participation sociale, l'insertion sociale, scolaire et professionnelle des personnes handicapées psychiques car ces dispositifs sont essentiels à la stabilisation, à la poursuite des soins au long cours, à la prévention des rechutes et donc à la qualité de vie.

Les ESAT sont explicitement cités dans le plan de santé mentale 2011-2015 :

« Les programmes facilitant des modalités d'emploi « assouplies » et de transition tels que les emplois de transition, les périodes d'essai, les évaluations en milieu de travail doivent être développés (qu'elles relèvent du milieu ordinaire de travail ou du milieu protégé) car ils répondent de façon efficace aux besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques dans leur parcours d'insertion ou de réinsertion professionnelle. »

« Les ESAT dits de « transition », les établissements et entreprises « hors les murs » seront plus particulièrement observés ».

Le programme régional de santé mentale du Projet Régional de Santé (PRS) Nord Pas-de-Calais 2012-2016 est la déclinaison en région du plan psychiatrie et santé mentale. Dans ce programme, l'accent est mis sur la nécessité de mettre en place des mesures pour favoriser l'articulation des professionnels et des aidants autour du parcours de vie de la personne présentant des troubles psychiatriques. Ces mesures devront concerner, entre autres, les conditions d'accès, de maintien ou de retour à l'emploi (en utilisant toutes les modalités possibles tels que : emploi séquentiel, à temps partiel, protégé, adapté ...).

Notre projet de création d'un dispositif de soutien spécifique pour les personnes handicapées psychiques accueillies en ESAT est donc bien en phase avec les orientations du PRS. De même, il s'intègre tout à fait dans les orientations des schémas régionaux et départementaux :

➤ Le PRS Nord-Pas-de-Calais 2012-2015, dans la partie consacrée au Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) (volet handicap), prévoit le développement de l'offre en ESAT dans la région et prévoit la création de sections spécifiques ou de places dédiées au handicap psychique dans les ESAT (une section spécifique par territoire de santé).

➤ L'un des objectifs du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (P.R.I.A.C) Nord pas de calais 2009-2013 est de « *Prendre en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques* ». Le développement de places en ESAT est également une priorité du PRIAC.

Le projet s'oriente vers la mise en place d'un dispositif d'accompagnement spécifique, adapté au public des personnes handicapées psychiques, comme le recommande plusieurs textes officiels.

➤ Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) établi en 2011, met en avant les difficultés d'insertion professionnelle rencontrées par les personnes handicapées psychiques. La recommandation n°17 souligne l'intérêt de créer des places d'ESAT dédiées à la spécificité de ce handicap : « *Maintenir les solutions d'ESAT dédiés et, en cas de mixité des publics, prévoir la formation des personnels* ».

➤ La recommandation de bonnes pratiques professionnelles publiée par l'ANESM en juin 2013 : « *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT* », souligne la nécessité d'intégrer dans le projet d'établissement les spécificités et problématiques des publics accueillis.

Le projet que nous souhaitons mettre en œuvre est donc en parfaite adéquation avec les orientations des politiques publiques et répond à des besoins repérés au niveau régional et départemental. Les ESAT, qui sont désormais les seuls établissements à relever du travail protégé, ont un rôle à jouer pour favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques.

L'ESAT géré par l'APEI est le seul présent sur le territoire de l'Audomarois. Le nombre de places existantes à ce jour est inférieur à la moyenne départementale (187 soit 2,82‰ contre 4,49‰)³⁴. Dans ce contexte général, une extension de la capacité de l'ESAT, avec création d'une section dédiée aux personnes handicapées psychiques se justifie pleinement.

³⁴ Schéma départemental du Pas-de-Calais en faveur des personnes en situation de handicap 2011-2015

- B) Le rapprochement avec le secteur sanitaire psychiatrique : un volet du projet qui répond aux préconisations de la loi HPST

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires, dite HPST, est une loi majeure qui a pour ambition le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social. L'enjeu énoncé est de favoriser des parcours de vie et de soins plus cohérents pour les usagers.

En permanente évolution, le handicap psychique nécessite des soins fréquents et complexes. Le partenariat avec le secteur sanitaire psychiatrique est nécessaire pour permettre la continuité des soins, préalable indispensable à l'intégration sociale et professionnelle de la personne présentant des troubles psychiques. Mais le rapprochement ne va pas de soi. Cloisonnement, méconnaissance des uns et des autres...les partenariats entre acteurs du médico-social et du sanitaire, notamment la psychiatrie, ne sont pas encore systématiques. Pourtant, il y a bien un intérêt pour chacun des deux acteurs, mais aussi et surtout pour l'utilisateur.

Je partirai d'un exemple concret pour illustrer mes propos. Prenons la situation d'une personne présentant des troubles psychiques accueillie en ESAT. Un partenariat bien construit avec le secteur psychiatrique peut permettre d'assurer la continuité des soins en dehors de l'hôpital. L'utilisateur risque moins une rupture dans son parcours de soins psychiatriques, donc en principe moins d'arrêt de traitement et moins de ré-hospitalisations. Pour le personnel de l'ESAT, si l'utilisateur bénéficie de soins psychiatriques réguliers, le risque de crise diminue et l'accompagnement professionnel est facilité. Pour le personnel de l'ESAT, l'intérêt du partenariat avec les acteurs du sanitaire réside aussi dans un partage d'expériences autour de situations difficiles et un accès facilité à des formations sur le handicap psychique.

Au niveau de l'ESAT de Saint-Martin au Laert, le partenariat avec le secteur sanitaire psychiatrique n'en est qu'à ses débuts. L'infirmière a parfois des contacts téléphoniques avec la secrétaire du Centre Médico-Psychologique (CMP) du secteur mais les équipes de l'ESAT et de la psychiatrie ne se connaissent pas. Un important travail de communication reste à faire pour qu'elles se reconnaissent mutuellement comme des acteurs ayant chacun un rôle à jouer auprès des personnes handicapées psychiques. Impliquer ce partenaire est pour moi incontournable dans la mesure où les personnes qui seront bénéficiaires du dispositif sont connues du secteur psychiatrique. Que ce soit au moment de l'entrée dans le dispositif ou pendant la durée de l'accompagnement, le travail en réseau avec l'équipe de santé mentale est à mon sens une nécessité.

C) L'engagement de l'APEI dans une réflexion sur l'accompagnement des personnes handicapées psychiques : une opportunité pour le projet

Au niveau national, la dernière lettre d'information de l'Union Nationale des APEI³⁵ (UNAPEI) fait le point sur le sujet et préconise de « *Prendre en compte les besoins particuliers des personnes handicapées psychiques dans les projets d'établissements et de service.* »

Au niveau régional, l'Union Régionale des APEI (URAPEI) du Nord-Pas-de-Calais a organisé en 2012 un groupe de réflexion sur la thématique du handicap psychique, l'APEI de l'Audomarois y a participé. Suite à cette réflexion régionale, l'APEI de la région Audomaroise a mis en place un groupe de travail interne sur le handicap psychique début 2013 auquel participe l'ESAT.

L'un des axes du projet est la création d'un Service d'Accompagnement Spécialisé destiné aux personnes souffrant de troubles psychiques. Les locaux actuels ne le permettent pas, mais le terrain situé à proximité de l'ESAT appartient à l'APEI, et pourrait être utilisé. Au niveau financier, cet apport associatif serait un sérieux atout vis-à-vis de l'ARS.

2.3.3 Les expérimentations déjà menées dans d'autres régions

Certains ESAT n'ont pas attendu la reconnaissance officielle du handicap psychique pour développer des dispositifs d'accompagnement spécifiques favorisant la réinsertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques. Il est intéressant de se pencher sur ces expériences avant d'élaborer le projet de l'ESAT.

A) L'établissement de transition par l'activité professionnelle : l'expérience Messidor³⁶

Créée en 1975, l'association Messidor est implantée dans toute la région Rhône-Alpes et gère des ESAT et des EA. Elle est spécialisée dans la réinsertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Messidor a mis au point au fil des années une méthodologie d'accompagnement du public handicapé psychique. La démarche est basée sur trois étapes : « *se remettre au travail, construire son projet, sortir et passer le relais.* »

³⁵ La lettre d'information de l'UNAPEI, numéro spécial 193, 6 mai 2013 : « L'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein du mouvement ».

³⁶ Cf. annexe n°2 : détails de la méthodologie développée par Messidor

« L'idée globale de Messidor est bien de permettre à ce public de reprendre une activité professionnelle, de construire son projet professionnel et de préparer sa sortie de Messidor. Et ce projet vient s'ancrer dans le quotidien du travailleur, dans son environnement. Il en est indissociable. (...) chaque fois que ce sera possible, le second axe sera de s'insérer en milieu ordinaire de travail : ça reste le projet phare de Messidor. »³⁷

L'entrée à l'ESAT Messidor n'est possible qu'après une période d'évaluation de quinze jours, réalisée dans le cadre de « l'atelier de validation ». Si l'admission est décidée à l'issue de cette période évaluative, deux voies d'accès à l'ESAT Messidor sont possibles : l'unité de réentrainement au travail ou l'unité de production.

L'unité de réentrainement au travail n'est pas obligatoire, elle s'adresse aux personnes pour lesquelles une étape est nécessaire avant l'unité de production.

La démarche développée par Messidor s'appuie également sur d'autres outils : les mises en situation concrètes de travail ; les actions de formation proposées ; les entretiens à trois. L'accompagnement s'appuie sur des professionnels sensibilisés au handicap psychique :

- le responsable d'unité de production est un professionnel issu des métiers proposés.
- le conseiller d'insertion intervient dans un rôle de tiers pour faire le point sur les paliers atteints, les objectifs restants à atteindre, le sens du parcours de transition.

Ces deux professionnels n'ont pas connaissance du dossier médical de la personne, qui doit garder un référent médical avec lequel l'établissement de transition sera en lien.

B) Les services relais créés par l'Association des Familles et Amis pour l'accueil, les Soutiens, l'Education et le Recherche en faveur des personnes handicapées mentales (AFASER)

L'AFASER a créé un service de réadaptation à la vie sociale et professionnelle pour handicapés psychiques en 2006, rattaché à l'ESAT d'Aubervilliers. Il a une capacité d'accueil de sept places.

³⁷ GRANGE S., GENEVE L., février 2010, « L'accompagnement professionnel d'un public handicapé psychique : entre suivi pragmatique et cadre réglementaire », in « Les ESAT à la croisée des chemins », *les cahiers de l'actif*, n° 404/405, pp 153-176

Les personnes accueillies ont été adressées par des équipes de santé mentale, avec lesquelles une convention de prise en charge a été signée. La durée du séjour est de six mois (renouvelable une fois).

La RQTH et l'orientation en ESAT par la CDAPH ne sont pas obligatoires pour être admis au service relais. Ce service prend appui sur l'infrastructure et le dispositif professionnel de l'ESAT existant. Des moyens complémentaires en personnel sont prévus pour permettre un accompagnement intensif. Le travail de réadaptation est assuré par une équipe spécifique, composée d'une éducatrice à temps plein, d'une psychologue et d'une formatrice. Une réunion de synthèse hebdomadaire réunit l'équipe du relais, l'assistante sociale et le directeur de l'ESAT.

Le projet est organisé autour de trois axes :

⇒ les activités professionnelles : un travail de préparation à l'activité professionnelle permet une adaptation progressive aux exigences du monde du travail. Le dispositif professionnel de l'ESAT est utilisé par le service relais comme support pour les mises en situations professionnelles. Après cette période d'adaptation au travail, d'autres lieux d'activités peuvent être recherchés, soit gérés par le secteur protégé, soit au sein d'entreprises ordinaires, en fonction du projet professionnel du stagiaire.

⇒ les soutiens psychologiques : des entretiens individuels ont lieu chaque semaine pour permettre au stagiaire de se sentir soutenu dans sa démarche. Des réunions d'expression sont également prévues chaque semaine pour favoriser les échanges entre les sept stagiaires et renforcer leur sentiment d'appartenance à un groupe.

⇒ les actions de formation : dispensées de façon individuelle ou collective. Elles concernent des formations didactiques, des apprentissages sociaux en lien avec la vie quotidienne et une sensibilisation à l'éducation à la santé.

Une convention avec le secteur de santé mentale formalise des temps de rencontre, mais des échanges informels peuvent avoir lieu en fonction des difficultés ponctuelles.

C) Le réseau Galaxie

Le réseau Galaxie a débuté son activité en 2001 avec le regroupement d'une dizaine d'associations animées de la volonté de favoriser l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées par des troubles psychiques.

Depuis 2004, le réseau est structuré en une association qui propose, dans une dynamique de tête de réseau :

- ✓ « Une activité de recherche, d'étude et d'expérimentation,
- ✓ une activité de formation et d'appui technique,
- ✓ une activité d'animation dédiée à nos adhérents
- ✓ une activité de communication en direction des personnes handicapées, des professionnels de l'insertion et de l'économie, des partenaires institutionnels, du grand public pour promouvoir la question de l'insertion des personnes en situation de handicap psychique et renforcer sa prise en compte par les pouvoirs publics. Pour un accès à la citoyenneté. »³⁸

Depuis plusieurs années, Galaxie réalise des études relatives à l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. A titre d'exemple, le réseau est à l'origine d'une étude sur les Equipes Spécialisées d'Evaluation du Handicap Psychique (ESEHP), en lien avec les MDPH et à l'origine d'une recherche action sur le concept de « Centre de Ressources Handicap psychique ».

Le réseau Galaxie peut également apporter un appui technique dans le cadre de projets de mise en œuvre de structures, dispositifs ou autres services. Il réalise également des actions de formation et intervient régulièrement dans des colloques et manifestations.

En 2013, le réseau Galaxie compte une petite trentaine de membres, dont l'association Messidor, précédemment citée.

³⁸ GALAXIE., [visité le 19/08/2013], disponible sur internet : <http://www.fichier-pdf.fr/2013/02/13/galaxie-plaquette-presentation-janvier-2013/galaxie-plaquette-presentation-janvier-2013.pdf>

Le secteur social et médico-social a donc un rôle à jouer pour faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées psychiques et améliorer leur qualité de vie. Il s'agit de mettre en œuvre des projets permettant de répondre aux besoins et aux attentes spécifiques de ce public, afin de favoriser leur « *rétablissement* ».

Les difficultés rencontrées par ces personnes sont souvent multiples (trouver un logement, maintenir une activité professionnelle...) et reflètent des histoires de vie parfois compliquées, où handicap psychique et handicap social se cumulent. Les personnes handicapées psychiques ont généralement eu des expériences de travail en milieu ordinaire, entrecoupées de périodes d'inactivités et d'hospitalisations pendant les phases aiguës de la maladie mentale. La reprise d'une activité professionnelle est difficile à imaginer sans un soutien spécifique et des actions de réentraînement au travail peuvent s'avérer nécessaire.

Au croisement de la maladie et du handicap, le handicap psychique vient bousculer deux secteurs professionnels aux cultures et aux pratiques différentes : le secteur médico-social et le secteur sanitaire psychiatrique. Le rapprochement entre ces deux secteurs est indispensable pour favoriser des parcours de vie et de soins plus cohérents pour les usagers. Pour favoriser le parcours d'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques, il convient de mieux articuler travail et thérapie. La question du partenariat avec le secteur sanitaire psychiatrique est donc primordiale, d'autant plus qu'à ce jour l'ESAT de la région audomaroise n'a pas encore trouvé le remplaçant du précédent psychiatre, parti à la retraite en mars 2013.

L'ESAT de l'APEI de la région audomaroise accueille déjà quelques personnes ayant des troubles psychiques, avec ou sans déficience intellectuelle initiale. Leur accompagnement est difficile pour diverses raisons (personnel non formé, locaux inadaptés, partenariat quasi inexistant avec la psychiatrie). De plus, l'ESAT est confronté à une évolution du public accueilli, avec une augmentation du nombre de personnes en situation de handicap psychique. Pour répondre à cette double problématique, l'ESAT souhaite mettre en œuvre un dispositif de soutien spécifique.

L'étude d'opportunité que nous avons réalisée précédemment nous a montré que notre projet était légitime et qu'il pouvait être poursuivi. Il est donc temps maintenant de débiter sa mise en œuvre.

3 La mise en œuvre d'un projet permettant d'adapter l'ESAT aux besoins et attentes spécifiques des personnes souffrant de troubles psychiques

La genèse d'un projet provient souvent d'une insatisfaction ou d'une situation posant problème. En l'occurrence, pour l'ESAT, il s'agit d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Après avoir dévoilé la méthodologie qui sera utilisée pour la mise en œuvre du projet (3.1), la question des moyens nécessaires sera abordée (3.2). Puis l'accent sera mis sur les différentes modalités de coopération indispensables pour mener à bien le projet (travail en réseau, conventions de partenariats) (3.3). Enfin, des outils d'évaluation du projet seront proposés (3.4).

3.1 La méthodologie du projet

3.1.1 La démarche participative pour motiver les professionnels et donner un sens collectif au projet

J'ai souhaité promouvoir une démarche participative pour l'élaboration du projet. Ce style de management participatif vise à associer les professionnels de manière à les motiver.

Le processus de motivation au travail peut s'expliquer par la théorie des besoins mise au point au milieu des années 1950 par le psychologue américain Abraham H. Maslow. Selon cette théorie, un besoin non satisfait crée des tensions entraînant des déséquilibres physiologiques ou psychiques. L'individu va tenter de satisfaire ses besoins pour réduire les tensions ressenties : le processus de motivation décrit le cheminement suivi par la personne pour y parvenir.

Pour Maslow, la motivation d'un individu dans une situation donnée dépend donc de sa possibilité à satisfaire des besoins fondamentaux. Ces besoins sont organisés de manière hiérarchique et peuvent donc être représentés sous forme d'une pyramide. Le niveau trois concerne les besoins sociaux d'appartenance : il s'agit de se sentir membre d'une communauté, d'appartenir à un groupe social de référence et de s'y sentir accepté.

L'élaboration d'un projet peut être un facteur de motivation au travail dans la mesure où c'est un moyen de satisfaire le besoin d'appartenance à un groupe, tel que décrit par Maslow. Le projet, s'il a sens collectif, permet de créer des liens forts et pérennes entre les professionnels et génère le sentiment d'appartenance à une communauté de destin. Il est donc important que le projet soit fort, qu'il suscite un sentiment d'utilité sociale de manière à être source de motivation pour les professionnels.

Une trop grande faiblesse du projet entrainerait sa mise en doute progressive et mettrait en péril la cohésion du groupe et ce sentiment de communauté de destin.

« C'est la cohérence même du projet, sa pertinence et sa plausibilité qui va permettre à votre établissement ou service de fédérer les volontés et les savoir-faire et de les transformer en une « communauté de destin » (...) le projet d'établissement ou de service est un document qui doit insuffler du sens collectif et pour ce faire, constituer l'aboutissement d'une démarche participative. »³⁹

Il est important de prendre en compte les idées des personnes mais également, en tant que directrice, de s'impliquer de manière active dans le travail du groupe. Il s'agit d'être à l'écoute des professionnels lorsqu'ils proposent des idées.

L'APEI de la région Audomaroise est une association de petite taille, le siège social est situé sur le même site que les différents établissements. L'équipe de direction est constituée de quatre directeurs et de la directrice générale. Au niveau de l'ESAT, l'équipe d'encadrement est également réduite puisqu'elle est constituée du directeur, de la chef de service et d'un chef d'atelier. Le choix du style de management est également lié à cette configuration. En effet, il me semblait inutile d'utiliser un style plus délégitif, tel que le management par objectifs, de par la petite taille de la structure. J'ai donc souhaité m'impliquer pleinement dans l'élaboration du projet, tout en favorisant la participation des professionnels, de manière à développer ce sentiment d'appartenance à une communauté de destin. En tant que directeur, je pense qu'il faut susciter de l'engouement, motiver, valoriser le travail réalisé par les équipes, tout en posant les grandes orientations et le cadre du travail. Il s'agit d'être réellement le promoteur du projet.

3.1.2 La constitution du Comité de Pilotage (COPIL) du projet et d'un groupe de travail

Avant de prendre une décision stratégique, un directeur doit mener un travail préalable de réflexions et de débats, de manière à mieux cerner tous les enjeux d'une situation. De plus, il ne peut pas mettre en œuvre seul un projet. J'ai donc souhaité mettre en place un comité de pilotage du projet. Ce comité de pilotage est composé du directeur de l'ESAT, de la chef de service, d'une psychologue, du chef comptable, du chef d'atelier, de l'infirmière et de l'administrateur délégué.

³⁹ CHARLEUX F., LOUBAT JR., 2012, *Motiver les équipes en travail social*, ESF, p57

Compte-tenu de la spécificité du projet, il m'a semblé indispensable d'intégrer également le médecin psychiatre dans le COPIL (le recrutement de ce dernier est donc une priorité pour l'ESAT). J'ai également souhaité y inclure -en tant que personnes ressources- un représentant médical du secteur sanitaire psychiatrique et un représentant de l'ARS. Il s'agit de diffuser plus facilement l'information à ces partenaires et de pouvoir s'appuyer sur leurs avis d'experts. Le comité de pilotage se réunit une demi-journée toutes les trois semaines dans la phase d'élaboration du projet.

Le rôle du comité de pilotage est d'émettre des avis pour la réalisation, le suivi et la mise en œuvre du projet, de veiller au bon déroulement de l'action et de suivre les avancées. Le COPIL a également pour mission de diffuser l'information. Un plan de communication est établi. Il s'agit d'informer régulièrement, par différents canaux de communication (instances, lettres d'information individuelles, réunions collectives...) :

- ✓ Les instances représentatives du personnel
- ✓ L'ensemble du personnel
- ✓ Les usagers (par le biais des CVS)
- ✓ Les financeurs, les différents partenaires du réseau, la mairie, si besoin le voisinage....

La première mission confiée aux membres du comité de pilotage est la recherche de documentations sur des ESAT prenant déjà en compte dans leurs projets d'établissements, de manière spécifique, les personnes handicapées psychiques. L'objectif étant de pouvoir enrichir les réflexions à partir d'expériences connues.

Le projet va avoir des répercussions importantes pour l'ESAT. Cela va entraîner un changement de culture institutionnelle puisque l'établissement accueille depuis sa création essentiellement des personnes déficientes intellectuelles et que le public ciblé est différent. L'accueil d'un nouveau public aura forcément un impact sur l'organisation actuelle et sur le travail de certains professionnels. Le projet va également impacter la politique de gestion des ressources humaines (recrutement, plan de formation, mobilité du personnel). Les actions mises en œuvre par le COPIL auront donc pour finalité d'accompagner le changement lié à la mise en œuvre du projet.

Pour impliquer les personnels, le COPIL a décidé de mettre en place un groupe de travail, qui sera constitué de représentants des différentes professions exercées au sein de l'ESAT.

Comme je l'évoquais précédemment, je participerai moi aussi à ce groupe de travail, que je co-animerai avec la chef de service. Dans le cadre de la convention signée avec le secteur psychiatrique, une infirmière du CMP pourra rejoindre le groupe de travail.

La commande passée au groupe de travail est la suivante, il s'agit de proposer au COPIL un avant-projet de dispositif d'accompagnement spécifique permettant de :

- ✓ prendre en charge quinze personnes handicapées psychiques (extension de la capacité de l'ESAT dans le cadre d'une section dédiée) ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail.

- ✓ améliorer l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques graves déjà accueillies à l'ESAT (quelque soit la déficience principale).

La mission du groupe de travail est de faire des propositions sur le déroulement d'une journée type dans la section dédiée aux personnes handicapées psychiques et sur un avant-projet architectural.

3.1.3 Les fondements du projet : la réécriture du projet d'établissement

La mission confiée au groupe de travail s'étend à la réécriture du projet d'établissement. Le projet en cours 2012-2016 ne sera pas réécrit dans sa totalité mais il a été décidé d'y inclure un avenant précisant les modalités d'accompagnement mises en œuvre par le Service d'Accompagnement Spécialisé (SAS) qui va être créé. Cet avenant déclinera avec précision les dispositions prises pour l'accompagnement des personnes accueillies dans la section dédiée au handicap psychique (15 places).

La réécriture du projet d'établissement est un élément essentiel dans la stratégie de l'établissement. Je rejoins en ce sens Monsieur Miramon Jean-Marie, lorsqu'il écrit : « *La tâche prépondérante du directeur, celle qui spécifie sa fonction, est l'élaboration de la politique et de la stratégie de son établissement ou service. Il dispose pour ce faire d'un outil privilégié : le projet d'établissement. Le projet est au cœur de la problématique managériale. C'est lui qui cristallise le sens de l'action.* »⁴⁰.

La finalité du projet est d'adapter l'établissement aux besoins et attentes des personnes souffrant de troubles psychiques. Le projet s'inscrit dans l'évolution des textes concernant les missions des ESAT, les droits des usagers et la coopération entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Il apporte une réponse à l'évolution du public accueilli.

⁴⁰ COUET D., MIRAMON J.M., PATURET J.B., 2009, *Le métier de directeur : techniques et fictions*, presses de l'EHESP, p177

A) Les valeurs de référence

Le projet d'établissement témoigne de notre engagement à veiller à ce que chaque usager bénéficie de ses droits fondamentaux tels qu'ils sont définis par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

L'autre cadre de référence est la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et ses décrets d'application relatifs aux ESAT.

L'accompagnement proposé repose sur des valeurs de solidarité, de citoyenneté, de tolérance et de respect. Le dispositif proposé est centré sur la personne, la prise en charge est globale (travail, soutien socio-professionnel et thérapeutique...), dans le cadre d'un accompagnement adapté et individualisé. L'utilisateur est associé aux diverses étapes d'élaboration de son projet d'accompagnement et sa participation est activement recherchée. Il reçoit tous les éléments d'information lui permettant de donner son consentement éclairé. La co-construction du projet personnalisé se fait sur la base d'un entretien de négociation.

Le travail est un moyen permettant de valoriser le rôle social et d'améliorer la qualité de vie des personnes en situation de handicap. Le projet personnalisé est co-évalué périodiquement, tout comme la satisfaction de l'utilisateur. Il s'agit d'évaluer le résultat de la prestation proposée.

B) Le statut juridique et la population concernée

Il s'agit de créer un Service d'accompagnement Spécialisé (SAS), comprenant :

- une section dédiée aux personnes handicapées psychiques (extension de capacité de 15 places d'ESAT). L'admission dans cette section spécialisée n'est possible que si la personne bénéficie d'une orientation ESAT. Une collaboration accrue avec la MDPH et avec les équipes de santé mentale devrait permettre à terme d'affiner l'orientation du départ.

- une Unité de Soins et d'Activités Thérapeutiques (USAT), intégrée dans les locaux du SAS et destinée à améliorer l'accompagnement des personnes qui présentent des troubles psychiques graves accueillies à l'ESAT (quelque soit la déficience principale). L'USAT est une unité qui s'adresse potentiellement à tous les travailleurs d'ESAT souffrant de troubles psychiques, et pas seulement aux usagers relevant de la section dédiée aux personnes handicapées psychiques.

C) Les grandes orientations du projet d'établissement

a) *La section de 15 places dédiées aux personnes handicapées psychiques*

Le projet vise à favoriser le parcours d'insertion professionnelle de quinze personnes handicapées psychiques orientées en ESAT, ayant un projet de réinsertion en milieu ordinaire de travail.

Le SAS va s'appuyer sur l'ESAT existant, en proposant notamment aux personnes accueillies un parcours professionnel évolutif : réentrainement au travail, mise en situations concrètes en atelier, autonomisation dans le cadre d'activités hors-murs, mise à disposition en entreprise avec suivi par le chargé d'insertion de manière à faciliter à terme l'insertion en milieu ordinaire de travail. Les personnes relevant de ce nouveau dispositif bénéficieront systématiquement d'un suivi par l'USAT.

Le projet s'inspire en certains points de l'expérience et de la méthodologie développée par l'association Messidor. L'admission au SAS n'est possible qu'après une période d'évaluation, réalisée au cours d'un stage de deux semaines, non rémunéré. Ce stage de « pré-admission » s'adresse aux personnes possédant déjà une orientation ESAT délivrée par la CDAPH. Le stage est encadré par le moniteur d'atelier responsable de la section dédiée aux personnes handicapées psychiques. L'évaluation du stage est réalisée avec le travailleur, le moniteur d'atelier et le chargé d'insertion exerçant au SAS.

En fonction des difficultés repérées pendant le stage, la personne, si elle est admise au SAS, pourra si besoin bénéficier d'un accompagnement spécialisé, dans le cadre de « l'Unité de Réentrainement au Travail », gérée par le moniteur d'atelier. L'unité de réentrainement au travail se trouve dans les locaux du SAS (le stage se déroule également au niveau de l'URT). La volonté de l'équipe est de procurer aux personnes handicapées psychiques un lieu calme et suffisamment contenant pour la première étape de leur parcours d'insertion professionnelle.

L'objectif principal poursuivi par les équipes éducatives et médico-sociales est de permettre aux personnes handicapées psychiques de travailler, de leur redonner confiance en leurs capacités. Le dispositif mis en place a pour vocation d'être une étape vers l'insertion en milieu ordinaire de travail, dans le cadre d'un « *parcours de transition individualisé* ».

Le public handicapé psychique présente des difficultés spécifiques du point de vue de l'activité professionnelle : absentéisme, difficultés de concentration, difficultés relationnelles, productivité inégale.

Ceci nous a amené à rechercher des activités de production et des conditions de travail susceptibles de prendre en compte ces contraintes. Dans un souci économique, et pour ne pas mettre en péril le budget commercial de l'ESAT, nous avons retenu deux activités pour l'unité de réentrainement au travail.

Il s'agit de l'activité conditionnement, pour les personnes les moins autonomes et de l'activité « montage de meubles » pour les personnes ayant plus de facilités. L'objectif est de permettre aux personnes de se remettre au travail, d'accepter les contraintes inhérentes à une activité professionnelle.

Les activités permettent une réadaptation au travail, dans l'objectif de faciliter le « *rétablissement* » des personnes handicapées psychiques.

b) L'Unité de Soins et d'Activités Thérapeutiques (USAT)

En permanente évolution, le handicap psychique nécessite des soins fréquents et complexes. Pour prendre en charge avec efficacité les personnes présentant des troubles psychiques, le SAS s'est doté de l'Unité de Soins et d'Activités Thérapeutiques. Différents entretiens individuels y sont proposés (consultation du psychiatre, entretien avec le psychologue, entretien infirmier) ainsi qu'un programme spécifique d'activités thérapeutiques (gym douce, expression corporelle et verbale, loisirs créatifs, musicothérapie, atelier santé...) avec pour objectif d'apporter à la personne le soutien nécessaire pour lui permettre une réelle insertion professionnelle et sociale.

Un Projet de Soins (PS) complète le projet individualisé de l'utilisateur, pour permettre l'élaboration de véritables projets personnalisés. Le PS prévoit, en accord avec l'utilisateur et pour une durée déterminée, la répartition des temps en ateliers de soins spécifiques et des temps en activité de production. Le SAS a développé un partenariat avec le secteur sanitaire psychiatrique ; il est donc possible de prévoir dans le projet de soins un suivi régulier par l'équipe de santé mentale, en hôpital de jour ou en Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), pendant les vacances par exemple.

Le temps de travail de l'utilisateur sera aménagé autant que possible afin d'assurer la continuité des soins psychiatriques ambulatoires. Chaque situation sera réévaluée régulièrement dans le cadre de réunions de synthèse. Le projet de soins sera rédigé par l'infirmier de l'USAT, avec la participation de la personne et en lien avec les professionnels intervenant auprès de l'utilisateur (psychiatre, psychologue, infirmiers des CMP...).

Les différents professionnels intervenants dans l'élaboration du projet personnalisé (infirmier, conseiller d'insertion et moniteur d'atelier référent) devront se coordonner pour élaborer et co-évaluer le projet personnalisé.

L'USAT est une unité de soins destinée à accueillir potentiellement tous les usagers de l'ESAT. Les locaux de l'infirmierie actuelle sont peu fonctionnels et éloignés des ateliers de production. Ils vont donc être ramenés dans les nouveaux locaux du SAS. Un espace d'apaisement sera spécialement aménagé pour permettre aux personnes en crise de venir s'isoler.

La nouvelle organisation qui va être mise en place doit permettre d'élever le niveau de sécurité pour les usagers et le personnel pendant l'activité de production, notamment en permettant une meilleure prévention et une meilleure gestion des situations de crise liées aux manifestations des troubles psychiques (ex : agressivité, idées délirantes...).

Pour mettre en œuvre un projet, il y a donc plusieurs étapes consécutives. Tout d'abord, il s'agit de repérer les besoins émergents de la population accueillie et de déterminer ensuite quelles prestations l'établissement peut offrir en réponse à ces besoins (cette première étape a été réalisée par le comité de pilotage du projet et par le groupe de travail). Puis, il convient d'exprimer ces prestations en moyens matériels et humains et de les convertir en ressources financières. En tant que directeur de l'ESAT, il m'appartient de réaliser cette étape, en confrontant le projet « idéal » à la réalité financière.

3.2 Les moyens nécessaires pour la réalisation du projet

3.2.1 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) : le plan de formation et les recrutements envisagés

Les établissements sont confrontés à des problématiques nouvelles telles que l'évolution des publics accueillis, les exigences accrues en matière de démarche qualité ou de gestion financière. Ils doivent donc s'adapter de manière à prévenir les risques professionnels, l'obsolescence des métiers et pour assurer leur pérennité. Dans ce contexte, la gestion des compétences est un enjeu fort pour les directeurs d'établissement. Dans le cadre de la mise œuvre d'un nouveau projet permettant d'adapter l'établissement à l'évolution du public accueilli, il s'agit d'évaluer l'adéquation entre les compétences existantes et celles nécessaires à la mise en œuvre du projet.

Mais qu'est-ce qu'une compétence ? : « *Ce sont des savoirs, savoir-faire et savoir-être mis en œuvre pour réaliser une activité* »⁴¹

La gestion des compétences consiste donc à identifier les savoirs, savoir-faire et savoir être nécessaires à la réalisation des missions de l'établissement dans les meilleures conditions. Le diagnostic permettra de déterminer des axes de formation pour le personnel et d'évaluer la nécessité ou pas d'intégrer de nouveaux métiers au sein de l'établissement, de manière à permettre la réalisation du projet.

A) L'élaboration du plan de formation de l'établissement

Les compétences stratégiques sont les compétences « essentielles » à l'atteinte des objectifs de travail. Elles sont spécifiques à chaque métier, voire à chaque poste. Elles conduisent à la construction d'un référentiel de compétences. L'évaluation du professionnel s'effectue ensuite au regard du référentiel, dans le cadre de l'entretien annuel. L'agrégation des données de tous les entretiens individuels permet de déterminer le plan de formation de l'établissement, destiné à résoudre les problèmes de compétences détectés.

Pour la mise en œuvre du projet qui nous anime, les entretiens d'évaluation réalisés auprès des professionnels ont mis en évidence des manques par rapport à certaines compétences nécessaires, comme par exemple : « être capable d'évaluer l'urgence de la situation en cas de modifications de l'état psychique de la personne et en informer l'infirmier ». Le manque de connaissance sur les pathologies psychiatriques est souvent mis en avant par les professionnels.

Pour résoudre cette difficulté, il est prévu la formation des moniteurs d'ateliers et des éducateurs techniques sur les pathologies psychiatriques les plus courantes et sur la communication (écoute, empathie...) : l'ESAT a prévu de faire appel au centre de formation de l'EPSM du territoire pour dispenser cette formation théorique.

Même si le personnel « éducatif » ne connaît pas les antécédents médicaux des travailleurs (respect du secret médical...), il nous a semblé important qu'il soit formé de manière à pouvoir alerter l'infirmier de l'USAT en cas de modifications du comportement de l'utilisateur au travail. Des stages « croisés » de découverte en CMP et/ou CATTP sont également envisagés.

⁴¹ THEVENET M., 2009, *Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines*, Pearson Education France, p144

B) Le recrutement pour faire face à l'absence de certaines compétences

Le projet prévoit le recrutement de différents personnels de manière à adapter l'organigramme à la spécificité du projet (voir tableau en annexe n°3). Certaines compétences n'existent pas en interne et nécessitent un recrutement extérieur.

a) *Le poste d'infirmier à compétences psychiatriques*⁴².

Les compétences recherchées chez ce professionnel sont très spécifiques :

- animer des activités médiatisées à visée thérapeutique : ces activités utilisent un support pour travailler sur les émotions, défenses, difficultés relationnelles...Il s'agit par exemple de musicothérapie, de groupes parole, d'activités conte, théâtre...Le soignant est garant du cadre thérapeutique de l'activité (gestion du lieu, du temps, de l'espace, du déroulement de l'activité, des règles et de la dynamique du groupe). L'animation d'activités de médiation nécessite un « savoir-être » soignant, une maîtrise de la « bonne distance » soignante.

- réaliser des entretiens infirmiers en respectant les principes de la relation d'aide infirmière (empathie, authenticité) et en utilisant des techniques de communication appropriées (reformulation, positionnement dans l'espace, non induction des réponses...).

- concevoir le projet de soins en respectant la démarche de soins (identification des problèmes, élaboration du projet de soins infirmiers, mise en œuvre des actions, évaluation). Ce projet de soins, élaboré avec l'utilisateur, doit permettre d'articuler travail et thérapie.

- coordonner l'intervention des différents professionnels intervenant dans la prise en charge psychiatrique de l'utilisateur (psychiatre, psychologue, médecin traitant, infirmier du CMP...)

- assurer la dispensation de certains traitements neuroleptiques retard et la surveillance des effets secondaires. Mettre en œuvre des actions éducatives pour favoriser l'observance thérapeutique.

Etre infirmier en psychiatrie est donc un métier très spécialisé, qui relève de compétences spécifiques acquises par la formation continue et l'expérience professionnelle. En cas de difficultés à trouver ce personnel expérimenté pour gérer l'USAT, je me rapprocherai de la direction de l'EPSM du territoire pour négocier le « détachement » d'un infirmier exerçant dans cet établissement.

⁴² A noter que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique n'existe plus depuis 1992, date où un décret a mis fin aux études séparées : le diplôme d'Etat d'infirmier incorpore désormais les connaissances en psychiatrie et permet aux infirmiers diplômés d'Etat de travailler dans le domaine de la santé mentale. Une formation plus pointue en psychiatrie est dispensée par le biais la formation continue dans les EPSM.

b) *Le poste de chargé d'insertion.*

Ce nouveau poste est essentiel au fonctionnement de la section dédiée à l'accompagnement des quinze personnes handicapées psychiques. Les compétences recherchées chez ce professionnel sont les suivantes :

- évaluer le potentiel d'évolution de l'utilisateur, en concertation avec le moniteur d'atelier référent de la section dédiée, dans le cadre de l'atelier de validation puis tout au long du parcours d'insertion professionnelle. Il s'agit de faire le point régulièrement sur les paliers atteints, les objectifs restants à atteindre, le sens du parcours de transition. Le conseiller d'insertion est en lien avec les autres professionnels intervenant dans l'environnement de la personne (infirmier à compétences psychiatriques, employeurs..).

- réaliser des entretiens avec les usagers pour collecter leurs souhaits afin d'élaborer le projet professionnel individuel du travailleur. Mettre en place des formations adaptées au projet professionnel.

- préparer et accompagner la sortie du SAS (recherche de stage, d'emplois, suivi après l'insertion en milieu ordinaire). Rechercher de nouveaux terrains d'accueil (ESAT hors-murs, mise à disposition en entreprise), en concertation avec le directeur.

L'origine professionnelle du conseiller d'insertion peut être diversifiée, mais il est essentiel qu'il possède des connaissances sur le handicap et sur les métiers du milieu ordinaire. Il est important qu'il connaisse également la législation sur l'emploi des travailleurs handicapés de manière à pouvoir argumenter auprès des entreprises. Pour recruter ce professionnel, il est donc important de bien définir le poste au préalable.

C) Promouvoir la mobilité individuelle pour le poste de moniteur d'atelier référent de la section dédiée aux personnes handicapées psychiques

La mobilité au sein d'un établissement peut être un facteur de motivation au travail.

« La mobilité constitue un outil efficace pour lutter contre la démotivation au travail et l'usure professionnelle. »⁴³

Pour la réalisation du projet, il est prévu la création d'un poste de moniteur d'atelier référent de la section dédiée aux personnes handicapées psychiques. Favorisant la mobilité, j'ai souhaité proposer ce poste en interne à un moniteur d'atelier expérimenté, formé à la VRS. Proposer ce poste à cette personne était une façon de reconnaître son professionnalisme, ses capacités relationnelles et pédagogiques.

⁴³ CHARLEUX F., LOUBAT JR., op.cit. p101

De plus, il me semblait judicieux que la personne qui occupe ce poste soit issue de l'ESAT existant, de manière à être rapidement efficace pour répondre aux missions confiées : organiser le travail et gérer l'équipe de travailleurs handicapés, en collaboration avec la chef de service ; accompagner le travailleur au quotidien dans son parcours professionnel.

3.2.2 Le projet architectural

La création d'une structure spécifique est indispensable pour mettre en œuvre un accompagnement personnalisé, adapté aux besoins et attentes des personnes handicapées psychiques. Le projet prévoit donc la construction de nouveaux locaux destinés à accueillir le SAS. Une grande pièce accueillera l'unité de réentrainement au travail. Des bureaux sont prévus pour les différents professionnels gravitant autour du travailleur handicapé et un espace a été aménagé pour les activités à visée thérapeutique ou de soutien. L'infirmerie est conçue pour permettre aux personnes, si besoin, de se reposer au calme.

La nouvelle structure sera implantée sur le site de l'ESAT, dans le prolongement de l'atelier de conditionnement. Les deux bâtiments seront raccordés entre eux par un couloir, ce qui facilitera l'accès de l'atelier de production au SAS et inversement (voir plan en annexe n°4).

A) Le respect des contraintes architecturales réglementaires

Le projet architectural proposé en avant-projet est constitué d'une nouvelle construction d'environ 200 m² située dans un cadre paisible et reposant, puisque l'arrière du bâtiment donne sur un champ. Le bâtiment est entouré d'un large chemin goudronné permettant l'accès et la circulation des véhicules de secours. Un parking pouvant accueillir jusqu'à huit véhicules est positionné derrière la construction.

Les matériaux et techniques de construction prévus respectent la nouvelle réglementation thermique 2012 et la conception du bâti a été pensée en tenant compte le plus possible de la démarche bioclimatique (par exemple, les baies vitrées sont orientées plein sud de manière à récupérer la chaleur et la lumière en hiver). Le niveau d'isolation du bâtiment est satisfaisant : fenêtres double vitrage avec une bonne étanchéité à l'air et protections solaires ; toiture et murs extérieurs isolés, ventilation performante. Les locaux respectent les normes d'accessibilité. Les portes d'accès aux différentes pièces sont suffisamment larges pour le passage d'un fauteuil roulant, tout comme l'espace libre pour circuler entre les pièces.

B) Des locaux adaptés au soutien des personnes en situation de handicap psychique

Le bâtiment est situé dans le prolongement de l'atelier conditionnement, ce qui permet une réelle intégration au sein de l'ESAT. Les deux structures seront reliées entre elles par un couloir lumineux offrant une vue sur un espace de végétation.

Une terrasse et un petit jardin paysager sont intégrés dans le projet afin de favoriser la détente. Le bâtiment comporte deux secteurs différents : l'Unité de Soins et d'Activités Thérapeutiques et l'Unité de Réentraînement au Travail.

Une chambre « d'apaisement » est située à côté du bureau infirmier afin de permettre aux personnes de s'isoler si nécessaire. Le bâtiment comporte plusieurs bureaux pour permettre d'assurer les différents entretiens de soutien (psychiatre, psychologue, infirmier, assistante sociale, chargé d'insertion...).

3.2.3 Le volet financier

A ce jour, l'ensemble du personnel de l'ESAT s'articule autour de deux axes : l'accompagnement médico-social et l'activité de production. Après CPOM, au 31/12/2015, le nombre d'emplois sur le budget social sera de 38,41 pour 187 places, soit un ratio d'encadrement d'environ 0,21. La situation financière actuelle de l'ESAT est correcte, le coût à la place étant dans la moyenne départementale.

L'extension de 15 places, dans le cadre de la création du SAS, va avoir des incidences financières pour l'ESAT. Le budget prévisionnel annexe peut s'établir à un total de dépenses et de recettes de 206 062 euros. La dotation sollicitée auprès de l'ARS est de 194 250 euros, ce qui représente un coût moyen à la place de 12 950 euros pour les usagers accueillis au SAS. Le coût à la place est supérieur au tarif plafond moyen fixé pour les ESAT (12 840 euros).

Il sera nécessaire de négocier avec l'ARS de manière à tenter d'obtenir la dotation nécessaire au fonctionnement du SAS, tel que prévu dans le projet. Ce coût à la place un peu plus élevé se justifie par la nécessité d'un encadrement renforcé au niveau du SAS, de manière à favoriser l'insertion en milieu ordinaire de travail. De plus, la création de l'unité de soins et d'activités thérapeutiques représente une plus value pour l'ensemble des usagers de l'ESAT, même si cela a un coût.

Les charges afférentes au personnel sont importantes (supérieures à 72%) mais cela se justifie par le profil du public cible, présentant un handicap psychique.

L'infirmier à compétences psychiatriques, le chargé d'insertion et le moniteur d'atelier référent sont les postes clés de ce nouveau dispositif. L'encadrement proposé sera individualisé, prenant en compte la dimension socio-thérapeutique et professionnelle.

Il est prévu le recrutement de 3,9 ETP pour la réalisation du projet (voir annexe n°3). Après création de ces quinze places dédiées au handicap psychique, le nombre d'emplois sur le budget social sera de 42,31 pour 202 places, soit un ratio d'encadrement général pour l'ESAT de 0,21. Le projet permet donc d'assurer un encadrement renforcé des personnes souffrant de troubles psychiques accueillies à l'ESAT, sans pour autant augmenter le ratio d'encadrement global.

La direction du SAS est confiée au directeur de l'ESAT. L'encadrement est confié à la chef de service qui coordonne le dispositif. Il n'y a donc pas de charges supplémentaires au budget de l'établissement pour ces deux fonctions. A noter que dans ce contexte, il est évident que le directeur va être amené à réorganiser le travail de manière à être en mesure d'assumer cette charge de travail supplémentaire. Il en est de même pour la chef de service, qui va voir ses missions redéfinies.

3.3 Les modalités de coopération : travail en réseau et conventions de partenariat

3.3.1 Le travail en réseau : une dynamique indispensable pour un accompagnement réussi

Le mot réseau vient du latin *rets*, qui évoque le filet des pêcheurs ou des dentellières. C'est donc un « *Ensemble de relations entre des points ou des nœuds, sans que l'un d'entre eux occupe une position centrale.* »⁴⁴

Un réseau de professionnels peut être considéré comme un système de relations entre des acteurs. Il est reconnu socialement et organisé autour d'une ou plusieurs finalités professionnelles, les acteurs échangeant entre eux des « ressources » d'ordre divers (informations, savoirs..).

⁴⁴ LE BOTERF G., 2008, *Travailler efficacement en réseau : une compétence collective*, Eyrolles, p3

Les relations entre les membres sont influencées par la structure même du réseau. L'analyse structurale⁴⁵ permet de caractériser le positionnement d'un acteur à partir de son degré de centralité dans le réseau, de sa popularité, de son autonomie et de son pouvoir. La qualité des relations entre les membres du réseau dépend en grande partie du climat de confiance et de réciprocité qui y règne.

Pour Monsieur Le Boterf, même si les réseaux sont à la mode, cela ne suffit pas à expliquer leur présence.

« Les véritables raisons des réseaux sont ailleurs : dans une nécessaire mobilisation de l'intelligence collective face à des situations complexes à gérer (...), dans le fait tout simplement, qu'il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer avec d'autres. »⁴⁶

Etre impliqué dans un réseau professionnel est à mon sens indispensable pour être en mesure d'accompagner avec une plus grande efficacité les usagers. Le réseau permet de faire appel à de multiples savoirs pour faire face par exemple à des situations professionnelles inédites et déconcertantes, qu'il faut souvent gérer dans l'urgence. Le travail en réseau est également intéressant car il permet de stimuler l'innovation. La multiplicité des raisonnements, la confrontation des idées, sont des facteurs qui permettent de produire des idées nouvelles, originales, de faire « sortir des sentiers battus. »

La mission principale d'un réseau influence son mode de fonctionnement et son organisation et oriente le positionnement des acteurs qui y adhèrent et y coopèrent. On peut distinguer quatre types de réseaux sur la base de leur mission prédominante : les réseaux de support d'un acteur individuel ou collectif ; les réseaux d'action collective ; les réseaux de partage et de capitalisation des pratiques ; les réseaux d'appui et d'apprentissage mutuel.

Travailler en réseau de façon efficiente n'est pas évident. Il n'est pas facile de maintenir le réseau actif et performant dans le temps, notamment parce que des « *risques de dérive* » existent.

⁴⁵ LAZEGA E., 1998, *Réseaux sociaux et structures relationnelles*, PUF

⁴⁶ LE BOTERF., op.cit. p9

Par exemple, une dérive possible d'un réseau est sa « *dégradation en faisceau* », c'est-à-dire se retrouver très vite dans la configuration d'une structure pyramidale, hiérarchisée. La « *routine* » peut également s'installer dans le réseau, qui risque de faire du « *surplace* ». A contrario, le réseau peut souffrir « *d'encombrement* », c'est-à-dire se retrouver dans l'incapacité d'intégrer des informations provenant de divers horizons. Pour les réseaux de mutualisation ou de capitalisation des pratiques professionnelles, la difficulté peut résider dans la capacité à transférer les « bonnes pratiques ».

Les risques de dérive évoqués ci-dessus deviennent souvent réalité. Et pourtant, nombre de réseaux professionnels continuent à se créer, persistent et sont source de satisfaction pour les membres du réseau. On peut donc se poser la question suivante : que faut-il pour qu'un travail en réseau soit efficient ?

La qualité de la coopération dépend de plusieurs conditions :

➤ le « savoir coopérer », qui nécessite le partage d'une langue commune avec les autres membres du réseau, ainsi qu'une représentation partagée des situations à gérer. Savoir travailler en réseau, c'est aussi faire preuve « *d'intercompréhension* ». Il s'agit également d'être capable d'anticiper et d'évaluer les possibilités de coopération et d'échange avec les autres, de savoir tirer profit des expériences rencontrées au cours de la coopération pour rendre le réseau plus efficace (Monsieur le Boterf évoque les notions de boucles d'apprentissage et de capitalisation progressive). Concevoir des outils en commun (annuaires d'adresses, documents de présentation pour l'externe...) peut aussi constituer une excellente opportunité d'apprentissage de la coopération, c'est un moyen d'améliorer ce « savoir coopérer ».

➤ le « pouvoir coopérer », qui suppose l'existence d'un pilote du réseau, chargé d'explicitier clairement aux membres la mission confiée, les objectifs et les résultats attendus et de veiller à ce que les conditions soient bien réunies pour permettre la coopération. Le pilotage du réseau doit également veiller à une composition pertinente du réseau (pertinence et variété des ressources, faculté de travailler en équipe, adhésion volontaire, prise en compte des questions de statut et de hiérarchie), à la mise en place d'instances de régulation, de règles communes, de méthodes de travail et d'outils de communication. Le « pouvoir coopérer » suppose aussi une légitimation du réseau, c'est-à-dire un soutien par un responsable ou une instance hiérarchique.

➤ le « vouloir coopérer » suppose l'adhésion et l'engagement du participant, la visibilité de la valeur ajoutée collective et individuelle. Pour favoriser le « vouloir coopérer », il importe également que le réseau permette la valorisation des contributions individuelles et que des relations de convivialité et de solidarité se nouent entre les acteurs. Il convient de renforcer un sentiment d'appartenance au réseau (par exemple avec l'élaboration d'une charte précisant les règles de fonctionnement).

3.3.2 L'engagement de l'ESAT de l'APEI de la région audomaroise dans une dynamique de coopération

Pour la défense des intérêts des personnes handicapées et de leurs familles et pour s'adapter aux évolutions multiples du secteur médico-social, l'APEI de l'arrondissement de Saint-Omer s'inscrit dans des réseaux spécifiques et participe à des travaux communs tant au niveau local qu'au niveau régional, départemental ou national.

A l'échelon national :

L'APEI s'inscrit dans le mouvement familial UNAPEI, adhère à la FEGAPEI (Fédération nationale des associations Gestionnaires au service des personnes handicapées). Elle a rejoint le GRATH (Groupe de réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap).

A l'échelon régional :

L'APEI participe à l'URAPEI : le Président est membre du bureau et participe aux rencontres régionales, à la commission nouveaux parents, et à la commission polyhandicap et grand handicap. L'APEI adhère à l'URIOPSS (Union Régionale interfédérale des Oeuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux), et au CREAL.

A l'échelon départemental :

L'APEI participe à l'UDAPEI : le Président est membre du bureau et participe, ainsi que le directeur général, à toutes les réunions organisées.

L'association est donc dans une dynamique de coopération, ce que l'on retrouve également au niveau de l'ESAT. A titre d'exemple, l'ESAT de Saint-Martin appartient au GCSMS DEQUALCO constitué en 2011 entre les 4 associations APEI-Papillons blancs de Calais, Dunkerque, Hazebrouck et Saint-Omer.

Le directeur de l'ESAT est membre du bureau du GEAC⁴⁷ (Groupement des Etablissements pour l'Action et la Concertation du Pas de Calais). L'adhésion à ce groupement permet un partenariat avec les autres ESAT et les entreprises adaptées (EA) du Pas-de-Calais.

L'ESAT travaille également en partenariat avec d'autres milieux professionnels, dans le cadre de conventions de partenariat ou de manière plus informelle (convention avec les IME du territoire pour l'accueil de jeunes stagiaires, convention avec l'entreprise adaptée de l'arrondissement, partenariats avec le pôle de SAMO, le SESSAD, le SAVS et le SAMSAH (même association).

3.3.3 Les coopérations à développer pour la mise en œuvre du projet

Notre projet vise à améliorer l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques accueillies à l'ESAT et à favoriser l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail des quinze personnes handicapées psychiques orientées au SAS. Face à la complexité des situations, la coopération avec d'autres partenaires est indispensable pour la réussite du projet.

A) Le rapprochement entre le sanitaire et le médico-social : la signature d'une convention de partenariat entre l'ESAT et le secteur sanitaire psychiatrique⁴⁸

Le rapprochement entre les deux secteurs -sanitaire et médico-social-, encouragé par la loi HPST, peut prendre différentes formes. Par exemple, dans la Haute Vienne, le centre hospitalier Esquirol a créé en 2010 un groupement de coopération sanitaire (GCS) - « santé mentale et handicap » - qui compte aujourd'hui 42 adhérents⁴⁹. Ces missions sont variées : *« L'enjeu est de proposer aux usagers la prise en charge la plus adéquate possible en veillant à répondre aux situations d'urgence, à prévenir les situations de crise et à éviter les ré-hospitalisations trop fréquentes, souvent traumatisantes et coûteuses. »*⁵⁰

⁴⁷ Créée en 1978, le GEAC (Groupement des Établissements pour l'Action et la Concertation) est un groupement d'intérêt économique qui réunit les 19 organismes gestionnaires du département du Pas de Calais représentant 37 établissements. Le GEAC a comme objectifs de promouvoir et de favoriser la citoyenneté des personnes handicapées en œuvrant à leur intégration sociale par le travail.

⁴⁸ Cf. annexe n° 5 : projet de convention de partenariat avec le secteur sanitaire psychiatrique

⁴⁹ KAMMERER M, mars 2013, « reportage : des services à la carte assurés par un groupement de coopération », *revue directions*, pp 12-14.

⁵⁰ GCS santé mentale et handicap du Limousin, [visité le 12.03.2013], disponible sur internet : <http://www.gcssantementalehandicap-limousin.fr/>

En ce qui concerne le projet défendu par l'ESAT de la région Audomaroise, une mesure phare est la signature d'une convention de partenariat entre l'APEI et l'EPSM du territoire. Des contacts ont déjà été pris en ce sens et ont été très satisfaisants. Ce partenariat est important pour l'ESAT de Saint-Martin au Laert, tant pour faciliter le suivi psychiatrique de ses usagers, que pour construire le projet et le faire vivre ensuite. L'EPSM y trouve également un intérêt, puisque de nouvelles solutions se profilent pour accompagner les « patients » et les aider à réaliser leur projet professionnel.

B) Le souhait de travailler en réseau avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

L'ESAT souhaite développer un projet destiné à favoriser le parcours d'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques. Il s'agit pour l'établissement de prendre en compte un nouveau public. L'établissement ne peut rester isolé et doit absolument développer ses compétences en partageant avec d'autres professionnels. Pour ce faire, le directeur de l'ESAT va rejoindre le Comité Local d'Echanges et d'Organisation dans le Domaine de l'Action Sociale (CLEODAS) et proposer sa candidature pour participer aux rencontres départementales (commissions départementales des soins psychiatriques) et aux débats locaux dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale (conseil local de santé mental à venir).

3.4 L'évaluation du projet

3.4.1 L'évaluation de la qualité : une démarche bien en place au sein de l'ESAT

Depuis septembre 2006, et dans le cadre de l'application de la loi 2002-2, l'ESAT est inscrit dans une démarche d'évaluation interne de la qualité de la prise en charge des personnes accueillies. Au-delà du caractère obligatoire de cette évaluation pour le renouvellement de l'autorisation, la démarche se révèle être un élément dynamisant pour l'établissement.

Deux référents qualités sont responsables de la mise en œuvre de l'application de cette démarche (respect du calendrier, suivi des plans d'action...) sous le contrôle du directeur. La première évaluation interne, sorte de « photographie » des pratiques utilisées au sein de l'ESAT, s'est terminée en mars 2007. Elle a permis de dégager des axes de travail et des plans d'action propres à l'ESAT. Elle a également débouché sur 2 plans d'action transversaux : le décès de la personne accueillie et la bientraitance. Leur mise en œuvre a démarré en novembre 2007 et s'est terminée en mai 2009.

Tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont été associés à la réalisation des plans d'action. Ces 18 mois ont permis entre autres, la rédaction de procédures telles que la procédure d'admission à l'ESAT.

Une deuxième évaluation interne a débuté en septembre 2010. Elle prévoit la participation des usagers et des familles représentants légaux. L'évaluation externe doit avoir lieu en 2014. Un appel d'offres va être lancé conjointement avec les autres APEI du Pas de Calais afin d'en diminuer le coût.

L'amélioration continue de la qualité est donc une dynamique bien ancrée dans le fonctionnement de l'ESAT existant. De même, dès l'ouverture du SAS, l'évaluation de la qualité des prestations délivrées sera une priorité pour la Direction.

3.4.2 L'évaluation de la satisfaction des usagers

Qualité et performance sont aujourd'hui des concepts clés dans le secteur médico-social. Ces nouvelles exigences, impulsées par l'ANESM et par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) viennent interroger l'utilité des dispositifs et par là même l'efficacité des projets personnalisés mis en place avec la participation des bénéficiaires.

On entend très souvent les professionnels affirmer que le résultat est difficile à mesurer dans le secteur social ou médico-social... Pour Monsieur Loubat Jean René⁵¹, la difficulté à l'évaluation du résultat tient à trois aspects inhérents à tout processus d'évaluation :

« *La circonscription de l'objet à évaluer* » : que cherche-t-on à évaluer ? Le flou et l'extrême variation des objectifs qui caractérisaient il y a encore peu de temps les projets dans les secteurs de l'action sociale et médico-sociale sont en train de disparaître, du fait de la précision accrue des attentes de la puissance publique (cahier des charges dans les appels à projets), de l'affirmation des usagers qui mettent de plus en plus en avant leurs attentes et de l'effort fourni par les établissements et services pour définir leurs prestations.

« *Le système de mesure : comment transformer une action et son effet souhaité, qui peut être complexe, en un processus mesurable ?* ». Pour déterminer un système de mesure avec des indicateurs pertinents, il ne faut pas que l'objectif soit flou mais au contraire bien posé, bien défini.

« *L'accès à la réalisation du processus* ». La question qui se pose concerne la réalité concrète de l'action d'évaluation sur le terrain : qui va la réaliser, qui est formé pour le faire... ?

⁵¹ LOUBAT JR., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés*, DUNOD, p187.

A) La co-évaluation du projet personnalisé

Mais que cherche-t-on à évaluer précisément ? Pour Monsieur Loubat, pour évaluer le projet personnalisé, il s'agit de se poser la question suivante : « *Quelle est la valeur ajoutée de l'opérateur par rapport à la situation de telle ou telle personne ?* »

D'autres questions en découlent : « *La personne bénéficiaire a-t-elle acquis des compétences ? A-t-elle vu sa santé s'améliorer ou ses incapacités se réduire ? A-t-elle gagné en confort ? A-t-elle accédé à un emploi ou à un logement ? .A-t-elle élargi son réseau relationnel ?etc. Bref, a-t-elle vu sa vie s'améliorer de quelque façon que ce soit qui puisse être mise sur le compte de l'action de l'établissement ou du service, de manière directe ou indirecte ?* »

Les évaluations conduites dans le cadre du projet personnalisé de chaque bénéficiaire sont un premier outil permettant d'évaluer le résultat des prestations proposées, c'est à dire la valeur ajoutée pour l'utilisateur.

« *Le projet personnalisé est co-évalué par la personne, son représentant légal, les professionnels et les partenaires concernés (...). Les parties prenantes échangent sur la réalisation des objectifs, repèrent les effets, produisent une analyse et réinterrogent les hypothèses. Les résultats de la co-évaluation permettent de définir de nouveaux objectifs, d'adapter l'accompagnement.*»⁵²

La co-évaluation se réalise dans le même esprit qu'une négociation car il s'agit de confronter deux points de vue. Pour Monsieur Loubat, « *La co-évaluation est le prolongement naturel d'une relation démocratique de transparence de la transaction, elle acte la citoyenneté de la personne bénéficiaire et signe son rôle d'acteur social.*»⁵³

B) L'enquête de satisfaction des usagers

Pour évaluer le projet que nous avons mis en œuvre, outre l'analyse des entretiens de co-évaluation des projets personnalisés, le COPIL a souhaité développer un autre outil d'analyse : l'enquête de satisfaction.

Une telle consultation possède plusieurs intérêts :

- ✓ elle délivre une photographie de la pertinence de l'offre proposée par l'établissement.

⁵² ANESM, décembre 2008, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*

⁵³ LOUBAT JR., op.cit. p189

- ✓ c'est un outil permettant de réajuster certains aspects des prestations et de leurs conditions de délivrance, en interpellant si besoin les professionnels concernés.
- ✓ elle permet la valorisation du savoir-faire de la structure et de ses personnels, tant à l'externe qu'en interne.

« Dans tous les cas, l'exploitation de la consultation constitue un précieux capital d'intelligence, utilisable en matière de communication, de management et de qualité. A l'employeur, à chaque dirigeant de structures et à chaque acteur professionnel d'en faire le meilleur usage. »⁵⁴

Pour élaborer l'enquête de satisfaction, j'ai souhaité faire participer les professionnels, dans le cadre d'un groupe de travail animé par la chef de service et l'infirmier à compétences psychiatriques exerçant à l'USAT. L'objectif recherché est de construire un support permettant la « consultation de satisfaction » de l'ensemble des usagers de l'ESAT. Un volet spécifique pourra être inséré pour les usagers accueillis au sein de la section dédiée aux personnes handicapées psychiques⁵⁵.

Le support de la consultation de satisfaction va être choisi en fonction de l'objectif. On privilégiera un guide d'entretien s'il s'agit de consulter les bénéficiaires directs et s'ils sont peu nombreux ; on choisira plutôt un questionnaire ou une enquête téléphonique s'il s'agit de consulter les parents ou les proches des bénéficiaires.

Pour évaluer la satisfaction des usagers de l'ESAT, il est nécessaire d'avoir au préalable bien déterminé les prestations de service délivrées, les effets recherchés, de manière à construire un questionnaire pertinent (questions directes, sans ambiguïté, en lien direct avec les prestations délivrées). Les usagers seront informés de la démarche par le directeur et pourront, s'ils le souhaitent, répondre au questionnaire pendant leur temps de travail, avec l'aide éventuelle d'un moniteur d'atelier. L'objectif visé par l'équipe est de récupérer un maximum de questionnaires (taux de retour visé supérieur à 65%).

⁵⁴ LOUBAT JR., op.cit. p194

⁵⁵ Il est envisagé, plus tard, d'élargir le groupe de travail à des salariés du foyer d'hébergement (chef de service et professionnels) de manière à construire un volet « prestations d'hébergement ». L'intérêt de faire travailler ensemble des professionnels exerçant dans des établissements différents est de développer une identité commune, un sentiment d'appartenance à l'association. De plus, cela permet d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur dans la globalité de l'accompagnement proposé.

Les résultats de l'enquête de satisfaction seront adressés à l'ensemble des personnes sollicitées et présentés au personnel (document écrit, réunion générale). La Direction communiquera autour des résultats et des améliorations qui paraissent souhaitables pour l'avenir. Un groupe de progrès pourra être constitué pour produire des propositions d'amélioration, dans l'idée d'augmenter la valeur ajoutée pour le bénéficiaire.

3.4.3 L'évaluation auprès des personnels

La synthèse des entretiens annuels effectués par la chef de service avait mis en évidence les inquiétudes des professionnels face aux personnes présentant des troubles psychiques accueillies à l'ESAT. Les personnels se sentaient désarmés, voire angoissés, notamment lors des états de crise. Un sentiment d'impuissance et d'insatisfaction se développant alors chez les professionnels.

Le projet mis en place avait pour objectif de développer un accompagnement spécifique pour ce public, d'une part pour le bien être de l'utilisateur, pour répondre au mieux à ses besoins et ses attentes, mais aussi, d'autre part, pour réduire le stress au travail ressenti par les professionnels. Les entretiens d'évaluation qui seront réalisés après l'ouverture du SAS permettront d'évaluer si l'objectif est atteint.

Conclusion

Dans nos sociétés occidentales, le statut social reste, aujourd'hui encore, essentiellement acquis par l'emploi. Dans un souci d'égalité des chances, de non discrimination et d'intégration sociale, de nombreux pays européens ont mis en œuvre des politiques d'accès à l'emploi pour les personnes handicapées, privilégiant l'accès à l'emploi en milieu ordinaire.

En France, le domaine de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés a été fortement impacté par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi représente l'un des piliers de l'intégration des personnes handicapées dans la cité. Elle confirme et renforce l'obligation d'emploi de personnes handicapées dans les entreprises du secteur privé et dans le public. Malgré cette obligation, la construction des parcours professionnels des personnes en situation de handicap se heurte à de nombreux obstacles.

Dans le Pas-de-Calais, le contexte économique et social est défavorable, fortement marqué par les délocalisations et restructurations d'entreprises. Les personnes handicapées qui peuvent et souhaitent travailler doivent donc trouver leur place dans un marché du travail tendu, marqué par une période de crise économique où le chômage touche déjà de nombreuses personnes valides.

Les ESAT, destinés aux handicaps les plus lourds, sont désormais les seuls établissements relevant du travail protégé. La loi du 11 février 2005 dispose qu'ils se consacrent à l'accueil de personnes handicapées dans l'incapacité (momentanée ou durable) de travailler en milieu ordinaire. Ces établissements sont confrontés à des difficultés de gestion de plus en plus grandes, dans un environnement économique, budgétaire et législatif de plus en plus contraint.

L'environnement des ESAT est également marqué par une évolution du public accueilli, notamment une progression du public présentant des troubles psychiques. Ce constat oblige les ESAT à repenser leur organisation et à adapter leur projet d'établissement. Le développement de nouvelles activités de services, « hors-les-murs », devient une évidence.

Pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, la Direction aura à mettre en œuvre une évolution de l'ESAT non seulement dans son organisation, dans le management, mais aussi architecturalement, sous tendue par une solide gestion financière. L'ESAT de l'APEI de la région audomaroise s'est engagé dans la mise en œuvre d'un dispositif de soutien spécifique, permettant l'accompagnement individualisé de l'utilisateur dans son parcours d'insertion professionnelle. La finalité du dispositif est de permettre, à l'issue de la transition en ESAT, l'insertion en milieu ordinaire de travail.

Pour y parvenir, l'ESAT ne peut travailler seul. Il convient de développer le réseau entre les acteurs de l'emploi et les professionnels chargés de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées. Le décloisonnement des dispositifs et la fluidité des parcours doivent être renforcés en favorisant la connaissance mutuelle des deux secteurs et en permettant une plus grande souplesse dans les solutions proposées.

Au croisement de la maladie et du handicap, le handicap psychique vient bousculer deux secteurs aux cultures et aux pratiques différentes : le secteur médico-social et le secteur sanitaire psychiatrique. Le travail en réseau devient plus que jamais une nécessité, de manière à pouvoir proposer aux usagers des solutions pertinentes, permettant d'apporter une plus-value à l'utilisateur.

Différentes modalités de coopération peuvent exister entre ces deux secteurs. L'ESAT de l'APEI de la région Audomaroise et l'EPSM du territoire sont en cours de signature d'une convention de partenariat. Mais le chantier est loin d'être terminé. La mise en œuvre d'un projet permettant de favoriser l'insertion sociale des personnes handicapées psychiques, grâce au travail, réclame la mise en synergie de nombreuses compétences.

L'ESAT est confronté à une difficulté majeure : la difficulté à recruter un psychiatre et/ou une infirmière expérimentée en psychiatrie. Et pourtant, sans cela, le projet ne peut exister....Alors que faire, comment régler cette difficulté ?

La question reste ouverte et le chantier à mener intéresse aussi bien le secteur sanitaire que le secteur médico-social. En effet, chacun a intérêt à ce que le projet aboutisse : le secteur sanitaire qui voit se profiler, grâce au médico-social, des solutions professionnelles pour les malades stabilisés ; le secteur médico-social, pour qui le projet permet d'améliorer l'accompagnement des usagers souffrant de troubles psychiques déjà accueillis à l'ESAT (quelle que soit la déficience principale).

Et si la solution consistait en la création d'un GCSMS ? Ce dispositif, déjà expérimenté dans d'autres régions⁵⁶, comme par exemple, dans la Haute Vienne, pourrait permettre, entre autres, de mutualiser certaines compétences, de partager nos expériences, dans l'intérêt du « malade-usager. »

La loi HPST encourage ce rapprochement entre les deux secteurs. L'enjeu énoncé est de favoriser des parcours de soins et de vie plus cohérents pour les personnes soignées et accompagnées.

Le travail est considéré comme un moyen permettant l'intégration sociale et la valorisation sociale des personnes handicapées et il concourt à améliorer la qualité de vie. Le projet qui nous anime est donc complètement justifié. Les prestations délivrées apportent une plus-value pour les personnes souffrant de troubles psychiques qui pourront dès lors reprendre confiance en elles, recouvrer des compétences et un « pouvoir agir » sur la qualité de leur vie quotidienne et sur les relations avec son environnement.

La finalité de l'accompagnement proposé n'est-elle pas, finalement, de favoriser « *le rétablissement* »⁵⁷ de la personne souffrant de troubles psychiques, c'est-à-dire sa capacité à reprendre possession de sa vie et à surmonter ses troubles sans être nécessairement « guérie ».

⁵⁶ Cf. supra p60

⁵⁷ Cf. supra p22

Bibliographie

Ouvrages

ARVEILLER JP., 2009, « Traitement, soin, réadaptation, réhabilitation : qui fait quoi ? » *in* ZRIBI G., BEULNÉ T., « *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques* », Rennes, presses de l'EHESP, pp 55-65

BAPTISTE R., 2005, *Reconnaître le handicap psychique, développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle*, Lyon : chronique sociale, 165 p.

BEULNÉ T., DANDOY S., 2009, « La place de l'ESAT dans la réadaptation sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique » 2009, *in* ZRIBI G., BEULNÉ T., « *Les handicaps psychiques : concepts, approches, pratiques* », Rennes presses de l'EHESP, pp 71- 104.

CHARLEUX F., LOUBAT JR., 2012, *Motiver les équipes en travail social*, ESF, 128 p.

LE BOTERF G., 2008, *Travailler efficacement en réseau : une compétence collective*, Eyrolles, 161p

LOUBAT JR., 2013, *Coordonner parcours et projets personnalisés*, DUNOD, 192 p.

_ 2012, *Elaborer le projet d'établissement social et médico-social*, 2^e éd, 182 p.

MIRAMON JM., 2009, « Politique et stratégie : le projet institutionnel » *in* MIRAMON JM., COUET D., PATURET JB., *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes : presses de l'EHESP, 265p

NERE J.J., 2006, *Le management de projet* PUF, « que sais-je ? »

THEVENET M., 2009, *Fonctions RH, politiques, métiers et outils des ressources humaines*, Pearson Education France, p144

ZRIBI G., 2012, *L'avenir du travail protégé*, Rennes : presses de l'EHESP, 175 p.

ZRIBI G., SARFATY J., 2008, « *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits* », presses de l'EHESP, 2^{ème} édition, 127 p.

Schémas régionaux et départementaux

SCHEMA D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE du Nord-Pas-De-Calais 2012-2016, [visité le 18.05.2013], disponible sur internet :

http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/SROMS_ARS_NPDC_jv02.pdf

SCHEMA DEPARTEMENTAL en faveur des enfants et adultes en situation de handicap 2011-2015 : les quatre ambitions du Pas-de-Calais, le contexte, les orientations stratégiques départementales, les fiches actions, contexte, cartes [visité le 18.05.2013], disponible sur internet : <http://www.pasdecalais.fr/Solidarite-et-Sante/Personnes-handicapees/Le-schema-departemental-en-faveur-des-enfants-et-adultes-handicapes>

Recommandations de l'ANESM

ANESM, décembre 2008, recommandations : « Les attentes de la personne et le projet personnalisé » [visité le 18.05.2013], disponible sur internet :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=134

ANESM, octobre 2011, lettre de cadrage : « Besoins en santé des personnes handicapées », [visité le 18.05.2013], disponible sur internet sur le site de l'ANESM :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_cadrage_Besoins_en_sante_des_personnes_handicapees_101011.pdf

ANESM, juillet 2012, lettre de cadrage : « L'adaptation de l'accompagnement des travailleurs d'ESAT à leurs besoins et attentes », [visité le 18.05.2013], disponible sur internet :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/LC_Apres_CS_28062012_et_COS_29062012_A_dapation_de_l_accompagnement_des_travailleurs_d_ESAT_revue_MPH_et_PS.pdf

Etudes, rapports, conférences, enquêtes et articles

ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE, mars 2013, « Décentralisation des ESAT : enjeux sociaux et financiers pour les départements »

CAMPION CL., DEBRE I., juillet 2012, rapport n° 635 d'information fait au nom de la commission sénatoriale pour le contrôle de l'application des lois sur l'application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [visité le 10.08. 2013], disponible sur internet :

<http://www.senat.fr/rap/r11-635/r11-6351.pdf>

CLAVERANNE JP., 2011, « Favoriser l'accompagnement et la formation en ESAT », *IFROSS université Lyon 3*, [visité le 18.05.2013], disponible sur internet : http://www.obs-professionssolidaires.fr/attached_file/componentId/kmelia283/attachmentId/18786/lang/fr/nome/Esat-Rhone-Alpes.pdf

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE et OPUS 3 : 2009, « Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des établissements et services d'aide par le travail dans leurs missions médico-sociale et économique »

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE (santé, protection sociale). Etudes et résultats, DREES, « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », n°833, février 2013, [visité le 18.05.2013], disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-accueil-des-adultes-handicapes-dans-les-etablissements-et,11098.html>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE (handicap). « Améliorer l'accès au travail des personnes handicapées, pour tous les types de handicap » in DOSSIER DE PRESSE, *Conférence nationale du handicap du 8 juin 2011*.

TURSI P., 2009, « L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en région Nord/Pas-de-Calais », *CREAI Nord-Pas-de-Calais*, [visité le 18.05.2013], disponible sur internet : http://www.observationsociale5962.org/documents/etude_CREAI_hcap_psy.pdf

VELCHE D., 2006, « L'emploi des personnes handicapées : stratégies suivies dans les pays de l'Union européenne », *Reliance n°19*, p 86-92, [visité le 14.08.2013], disponible sur internet : <http://www.cairn.info/revue-reliance-2006-1-page-86.htm>

AZEMA B., « L'accès au droit à la santé et aux soins des personnes handicapées », *Journée d'étude sur le handicap, 27 octobre 2005*, Luxembourg. Diaporama (diapo 82) [visité le 13 mars 2013], disponible sur internet : <http://www.pomonaproject.org/sante.ppt>

La lettre d'information de l'UNAPEI, numéro spécial 193, 6 mai 2013 : « L'accompagnement des personnes handicapées psychiques au sein du mouvement ».

Périodiques

CLAVERANNE JP., 2012, « Travail protégé, des mutations à la chaîne », *direction(s)*, n°96, pp 22-26

CNAAN R.A. et al. 1988, « Psychosocial Rehabilitation : toward a Definition » in « *La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée* » in « *PLURIELS : La lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale* », N° 94-95, p 11, [visité le 19/08/2013], disponible sur internet : <http://www.mnasm.com/publications/la-lettre-pluriels/>

DESCAMPS A, mai 2013, « Décentralisation, au cœur de la discorde : les ESAT », *direction(s)*, n°108

ZRIBI G., octobre 2012, « Handicap psychique : des réponses à promouvoir », *les cahiers de l'actif*, n° 434/437, pp 229-238

POMMÈ N., octobre 2012, « Accueillir des publics souffrant de troubles psychiques en ESAT : redéfinir l'offre de service pour améliorer l'accompagnement », *les cahiers de l'actif*, n° 434/437, pp 241-266

GRANGE S., GENEVE L., février 2010, « L'accompagnement professionnel d'un public handicapé psychique : entre suivi pragmatique et cadre réglementaire », *les cahiers de l'actif*, n° 404/405, pp 153-176

Liste des annexes

ANNEXE n° 1 : Les grands principes de la réhabilitation psychosociale

ANNEXE n° 2 : La méthodologie développée par Messidor

ANNEXE n°3 : Le tableau des emplois en cohérence avec le projet

ANNEXE n°4 : L'avant-projet architectural du SAS

ANNEXE n°5 : Projet de convention de partenariat avec le secteur sanitaire
psychiatrique (document de travail)

:

Les grands principes de la réhabilitation psychosociale¹.

Pour Chanah, la Réhabilitation Psychosociale repose d'abord sur deux postulats :

- Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.
- De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

Les grands principes sont au nombre de treize :

1^{er} principe : L'utilisation maximale des capacités humaines. Chaque personne est capable d'améliorer son niveau de fonctionnement. La vie est un processus de croissance et de changement et chaque individu, même sévèrement handicapé, est capable de croissance et de changement. C'est de la responsabilité des professionnels de développer le niveau d'attentes que les patients ont pour eux-mêmes, de les aider à se percevoir comme capable de progrès et de les soutenir dans ce processus de croissance. Il convient pour cela d'exploiter les forces de la personne, de travailler avec les parties saines de son Moi.

2^e principe : Doter les personnes d'habiletés. C'est la présence ou l'absence d'habiletés (sociales et instrumentales) et non la disparition des symptômes cliniques qui est le facteur déterminant dans le succès de la réhabilitation. Apprendre ou réapprendre les habiletés élémentaires pour agir dans un environnement social, vivre de façon indépendante, garder un emploi, etc., vont être les objectifs du traitement. Les difficultés sont dès lors appréhendées sous l'angle comportemental, en terme de déficits ou d'excès comportementaux.

3^e principe : L'auto-détermination. Les personnes ont le droit et la capacité de participer à la prise de décisions concernant leur vie. Il ne s'agit donc pas de faire les choses dans le meilleur intérêt de la personne, mais de lui permettre de prendre ses décisions et d'appréhender au travers des conséquences de ses choix. L'auto-détermination des personnes devrait concerner également la gestion des programmes de réhabilitation auxquels elles participent. L'auto-détermination implique également que la personne soit pleinement informée sur sa maladie, ses conséquences et sur les possibilités de traitement.

4^e principe : La normalisation. Il s'agit de permettre aux personnes souffrant de maladie mentale de vivre et de fonctionner dans les mêmes lieux que les autres (logements, loisirs, éducation, travail) ou en tout cas dans les lieux les moins restrictifs possibles. Ce principe s'oppose à la ségrégation. L'objectif idéal de la réhabilitation psychosociale est une vie indépendante dans la communauté avec le minimum de soutien professionnel.

5^e principe : L'individualisation des besoins et des services. Chaque personne a des besoins propres. En conséquence, le processus de réhabilitation doit être individualisé pour ce qui est des services, de leur durée, de leur fréquence, etc. C'est du sur-mesure et non pas une action globalisante pour l'ensemble des patients au long cours.

6^e principe : L'engagement des intervenants. Engagement personnel des intervenants qui sont soucieux du bien-être de la personne et qui ont foi dans ses capacités de progresser. Les

intervenants prennent l'initiative de garder le contact avec les personnes (coup de téléphone, visite à domicile) pour limiter les abandons et montrer qu'ils se soucient d'elles.

7^e principe : La déprofessionnalisation de la relation d'aide. Les intervenants ne doivent pas se cacher derrière une couverture professionnelle. Les barrières artificielles doivent être élevées. L'élément humain de la personne de l'intervenant est crucial dans le processus de réhabilitation. De même les intervenants doivent appréhender la personne comme un être humain avec toutes ses dimensions plutôt que sous l'angle d'un seul type de service. Une attitude de « neutralité » ne convient pas. L'intervenant répond, de façon positive ou négative, à ce que la personne dit ou fait, même au sujet de problèmes nonthérapeutiques.

8^e principe : Intervenir précocement. Il est essentiel d'intervenir le plus précocement possible dès les premiers signes avant-coureurs de rechute ou de dysfonctionnement. Le but est d'éviter les rechutes et les réhospitalisations et de préserver les acquis en compétences et en liens sociaux (travail, logement, contacts sociaux...).

9^e principe : Structurer l'environnement immédiat. Les interventions doivent viser à structurer l'environnement immédiat de la personne (la famille, réseau social, milieu de vie, de travail...) pour qu'elle puisse en obtenir un minimum de soutien.

10^e principe : Changer l'environnement plus large. Une partie des interventions doit viser à changer l'environnement plus large de la personne, c'est-à-dire les attitudes et les modes de fonctionnement d'une société qui peuvent nuire à l'adaptation de personnes souffrant de maladie mentale sévère (informer le public, modifier les services médicaux, les structures d'accueil...).

11^e principe : Pas de limite à la participation. La réhabilitation psychosociale est un processus continu qui nécessite continuité des soins et du soutien et qui doit être constamment tenu en fonction de l'évolution. Il importe de ne pas suspendre les services de réhabilitation en cas d'hospitalisation. S'il n'y a pas de limite de temps, il convient aussi de mettre le moins possible de critères de sélection pour l'entrée dans un programme.

12^e principe : La valeur du travail. La Réhabilitation Psychiatrique soutient la conviction que le travail, et spécialement l'opportunité d'aspiter et de se réaliser dans un emploi rémunéré, est un besoin et une force d'intégration pour tout être humain. Il faut garder une foi dans le potentiel de productivité des personnes même lourdement handicapées par la maladie mentale. Il s'agit d'évisager un travail intégré dans la réalité sociale, pas forcément un emploi temps plein, mais des emplois souples, diversifiés tout en restant compatibles avec les besoins des employeurs.

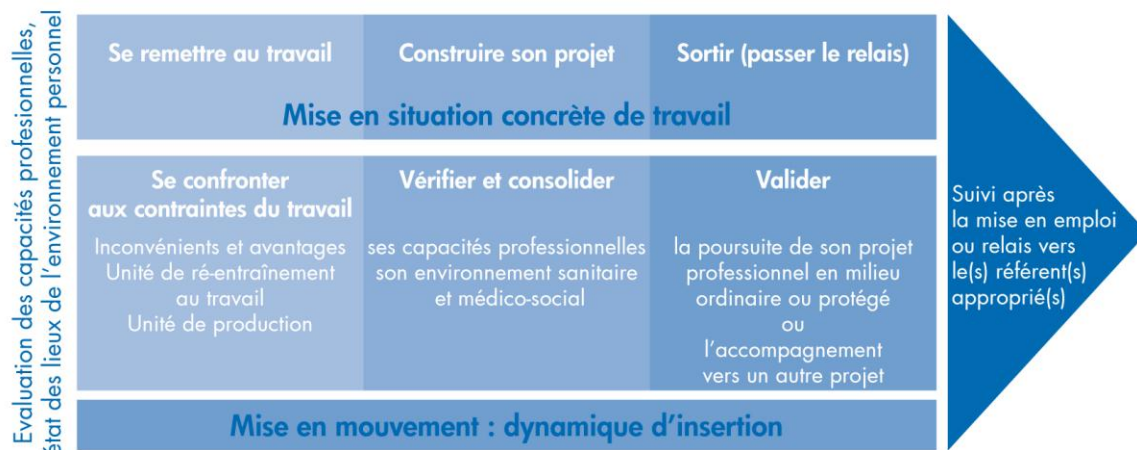
13^e principe : Priorité au social par rapport au médical.

1. CNAAN R.A. *et al.* Psychosocial Rehabilitation: Toward a Definition, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11:4, p. 61-77, 1988.

ANNEXE N°2 :

La méthodologie développée par Messidor⁵⁸

Messidor a mis au point au fil des années une méthodologie d'accompagnement du public handicapé psychique. La démarche est basée sur trois étapes : « *se remettre au travail* », « *construire son projet* », « *sortir et passer le relais. Démarche vers l'emploi* ».



L'entrée à l'ESAT Messidor n'est possible qu'après une période d'évaluation de quinze jours, réalisée dans le cadre de « l'atelier de validation ». Ce stage, non rémunéré, s'adresse aux personnes désirant démarrer un parcours de réinsertion professionnelle du milieu protégé vers le milieu ordinaire. L'atelier de validation s'adresse aux personnes possédant une RQTH et une orientation professionnelle ESAT délivrée par la CDAPH.

L'atelier de validation : « *Il permet à des personnes de se remettre en situation professionnelle pour évaluer leurs capacités actuelles de travail, afin de leur proposer un projet adapté au sein de l'ESAT Messidor ou dans une autre structure, voire dans un autre dispositif de réadaptation. Le cas échéant, il leur sera proposé un autre type de projet, hors travail. Un bilan personnalisé est effectué à l'issue de ces deux semaines et pourra donner lieu à une entrée à Messidor.* ».

Il y a alternance entre animation et travail en atelier pendant la période de validation. La restitution se fait au cours d'un entretien à trois (la personne, le conseiller d'insertion et le responsable technique qui a procédé à l'évaluation). Si l'admission est décidée à l'issue de cette période évaluative, deux voies d'accès à l'ESAT Messidor sont possibles : **l'unité de réentraînement au travail ou l'unité de production.**

L'unité de réentraînement au travail n'est pas obligatoire, elle s'adresse aux personnes pour lesquelles une étape est nécessaire avant l'unité de production.

La démarche développée par Messidor s'appuie également sur d'autres outils :

➤ **Les mises en situation concrètes de travail :** elles sont primordiales à Messidor. Il s'agit d'apprendre un métier « sur le tas », avec un encadrant professionnel sensibilisé au handicap psychique. Messidor privilégie les activités de services gérées au plus près des réalités du milieu ordinaire. Ces activités ont une image valorisante et ouvrent au contact avec le client. Elles sont variées : espaces verts, hygiène et propreté, chaîne graphique, prestation d'équipe, prestation logistique et restauration.

⁵⁸ Messidor, juin 2013, « dossier de presse », [visité le 22/08/2013], disponible sur internet : http://www.messidor.asso.fr/site/index.php?option=com_content&view=article&id=33&Itemid=67

➤ Les actions de formation proposées aux personnes fragilisées par la maladie mentale : « proposer une formation à une personne fragilisée par la maladie mentale lui renvoie plusieurs messages positifs : elle peut apprendre, progresser, s'améliorer ! (...) un autre objectif global de la formation dans le parcours est la redynamisation et la possibilité de provoquer un déclic, une appropriation du projet par l'intéressé lui-même »⁵⁹

➤ Les entretiens à trois (le travailleur, son responsable d'unité de production et son conseiller d'insertion) tous les 3 mois : l'objectif est de mettre en évidence les points forts et points faibles sur chaque parcours à travers trois critères : l'attitude au travail, l'apprentissage et l'autonomie. Des grilles d'évaluation et d'accompagnement spécifiques ont été créées à cet effet et sont utilisées dans la méthodologie de Messidor.

L'accompagnement s'appuie sur des professionnels sensibilisés au handicap psychique :

Le responsable d'unité de production est un professionnel issu des métiers proposés. Il est présent constamment au cours de l'accompagnement et enseigne le métier au travailleur handicapé, en exigeant de lui des attitudes adaptées au monde du travail (respect des horaires, qualité du travail, soin de sa propre personne...). Il aide la personne à prendre confiance en elle et l'entoure d'une présence attentive quand un coup de faiblesse se fait sentir.

Le conseiller d'insertion intervient dans un rôle de tiers pour faire le point sur les paliers atteints, les objectifs restants à atteindre, le sens du parcours de transition. Il est en lien avec les autres professionnels intervenant dans l'environnement de la personne (hébergement, vie sociale, tutelle, soignants). « Il doit explorer le marché de l'emploi et de la formation pour permettre l'élaboration de projets professionnels réalistes, diagnostiquer les besoins individuels et la mise en œuvre de formations, accompagner et suivre les travailleurs dans la mise à l'emploi et dans le maintien à l'emploi ». C'est la personne ressource pour les employeurs.

Ces deux professionnels n'ont pas connaissance du dossier médical de la personne, qui doit garder un référent médical avec lequel l'établissement de transition sera en lien.

⁵⁹ GRANGE S., GENEVE L., février 2010, « L'accompagnement professionnel d'un public handicapé psychique : entre suivi pragmatique et cadre réglementaire », in « Les ESAT à la croisée des chemins », *les cahiers de l'actif*, n° 404/405, pp 153-176

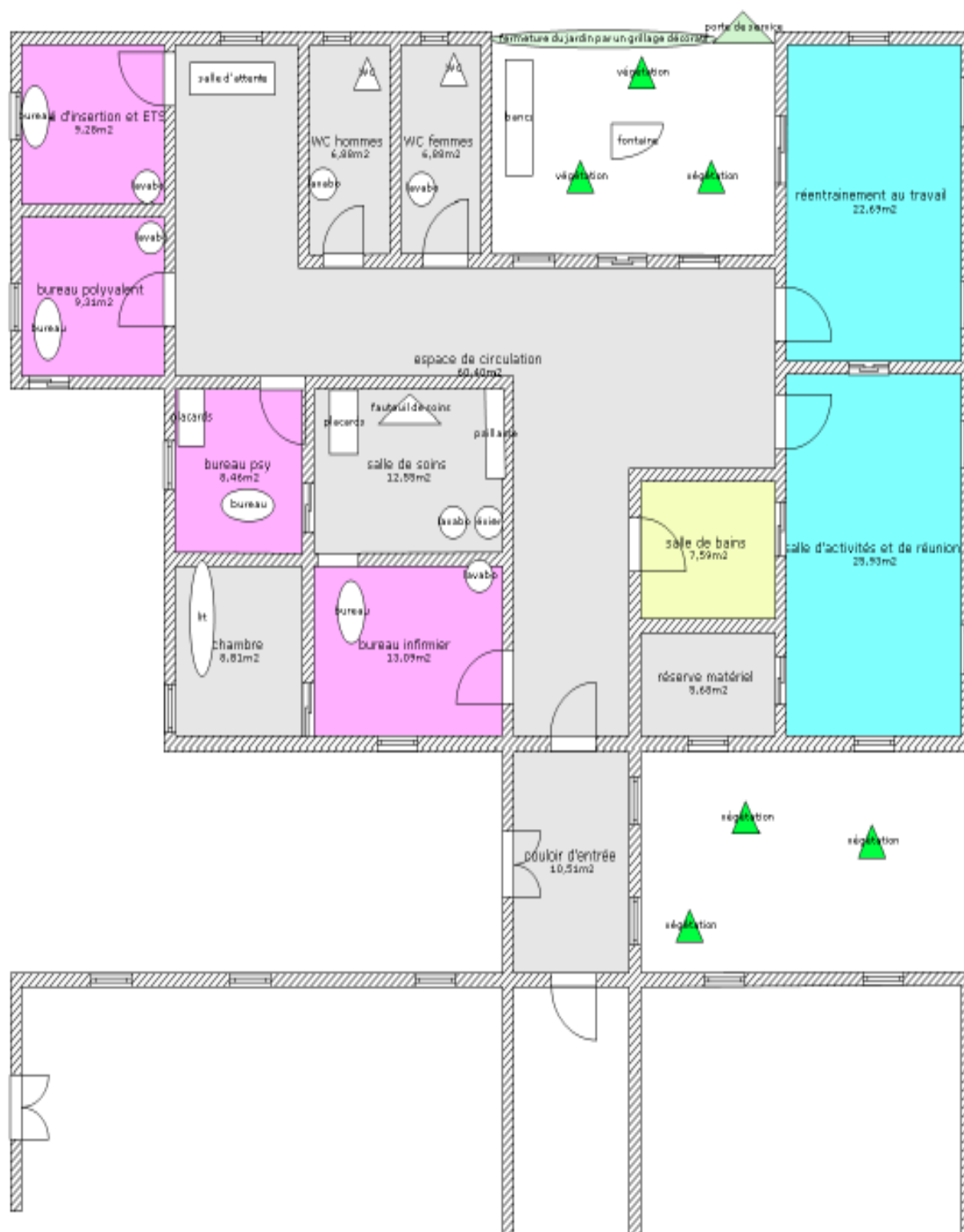
ANNEXE N°3 :

Le tableau des emplois en cohérence avec le projet

CATEGORIE ET POSTE	ETP	MISSIONS
Administration Secrétaire	0,10	Faire le lien avec les services généraux du siège. Rédiger divers courriers, rapports de réunions, etc....
Services généraux Agent de service	0,20	Nettoyer le nouveau bâtiment au quotidien.
Socio-éducatif Assistante- sociale	0,10	Aider les usagers et/ou leur famille ou représentants légaux dans la gestion administrative des dossiers et pour diverses démarches à caractère social. L'assistante sociale interviendra à raison de 3,5 heures semaine au niveau du SAS
Socio-éducatif 1 moniteur d'atelier, responsable de la section dédiée	1	Assurer un encadrement renforcé au sein de l'unité de réentrainement au travail et un suivi en atelier de production ; assurer la liaison avec l'équipe du SAS (liaison quotidienne et dans le cadre des réunions de synthèse).
Insertion professionnelle Chargé d'insertion	1	Collaborer avec les partenaires extérieurs pour tout ce qui concerne l'insertion professionnelle en milieu ordinaire des travailleurs d'ESAT. Assurer le suivi des 15 personnes accueillies au SAS, en lien avec l'ETS. Rechercher de nouveaux terrains d'accueil (ESAT hors-murs et mises à disposition en entreprise), en concertation avec le directeur.
Médical/ Paramédical Psychiatre	0,20	Assurer des consultations médicales régulières auprès des 15 personnes accueillies au SAS. Etablir la liaison avec le CMP, avec les médecins traitants.... Soutenir et éclairer les professionnels, participer aux réunions de synthèse dans le cadre de l'élaboration du Projet Personnalisé de Soins.
Médical/ Paramédical Psychologue	0, 30	Assurer le suivi des 15 personnes accueillies au SAS. Soutenir et éclairer les professionnels, participer aux réunions de synthèse dans le cadre de l'élaboration du Projet Personnalisé de Soins.
Médical/ Paramédical Infirmier à compétences psychiatriques	1	Garantir la santé et le bien être des travailleurs souffrant de troubles psychiques et assurer l'interface entre le dispositif de soins, l'accompagnement médico-social, les activités de production. L'infirmier effectuera différentes activités, parmi lesquelles : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Accueil téléphonique ✓ entretiens infirmiers ✓ rédaction des projets de soins ✓ animation d'activités thérapeutiques et d'activités de soutien à la vie quotidienne ✓ coordination de l'intervention des différents professionnels ✓ liaison avec le CMP ✓ collaboration étroite avec le chef de service et le chargé d'insertion
TOTAL	3,9 ETP	

ANNEXE N°4 :

Avant projet architectural SAS



ANNEXE N°5 :

**CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE
L'ESAT DE L'ASSOCIATION DES PAPILLONS BLANCS
DE SAINT-MARTIN AU LAERT (APEI)
ET L'EPSM.....
En accord avec l'ARS du Nord-Pas-de-Calais**

ENTRE

L'Etablissement Public de Santé Mentale EPSMsitué.....représenté par son Directeur Monsieur.....

ET

L'APEI de SAINT-MARTIN au LAERT, représentée par sa Présidente, Madame.....

OBJET :

La présente convention définit les modalités de partenariat entre l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail ESAT et l'EPSM....., qui regroupe les secteurs de psychiatrie générale... Ce partenariat intéresse les travailleurs de l'ESAT, les personnes accueillies à la Section Aménagée du Temps de Travail SAT, à la Section Occupationnelle et Thérapeutique SOT (ces deux dispositifs relevant de l'ESAT) et les résidents du foyer d'hébergement du chemin vert.

Il a pour but :

- de préciser les liens entre l'APEI et l'EPSM et de favoriser la collaboration entre les différents professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social.
- de faciliter la continuité des soins psychiatriques des personnes accompagnées domiciliées sur le secteur psychiatrique.
- de faciliter l'accueil à l'ESAT de nouvelles personnes suivies par l'EPSM et orientées par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

ARTICLE 1

Le centre médico-psychologique (CMP) est l'interlocuteur privilégié de l'ESAT.

En cas de recours à l'hospitalisation en milieu spécialisé d'un résident d'une structure de l'APEI, celui-ci sera pris en charge par le secteur dont il dépend de par son domicile de secours, sauf accord médical différent.

ARTICLE 2

Le pôlede l'EPSM, représenté par son chef de pôle s'engage à :

- répondre à l'urgence psychiatrique « ressentie » par les équipes de l'ESAT ou du foyer d'hébergement, par l'organisation rapide d'une consultation médicale en CMP avec un psychiatre.
- assurer les soins ambulatoires (CMP) des personnes accompagnées par l'ESAT en collaboration avec les médecins généralistes, les familles et/ou l'équipe médicale et paramédicale de l'ESAT.
- assurer les soins en hospitalisation (EPSM) des personnes qui dépendent du pôle..... de psychiatrie, en lien avec les médecins généralistes, les familles et/ou l'équipe médicale et paramédicale de l'ESAT.
- assurer une couverture infirmière, par l'intervention des équipes extra-hospitalières des CMP, une demi journée par mois, afin de rencontrer les usagers et d'échanger avec les professionnels sur les différentes situations, dans le but de permettre le maintien sur place des personnes accompagnées et d'éviter ou de limiter le recours à l'hospitalisation en milieu spécialisé.

ARTICLE 3

L'ESAT, représenté par son directeur, s'engage à :

- Organiser le transport de la personne accompagnée lors des consultations au CMP, si la famille est défaillante ou ne participe pas à la prise en charge. Cette mission sera confiée à un personnel paramédical (infirmier du SAMSAH ou de l'ESAT).
- Assurer le lien (téléphone, visites) le temps d'une éventuelle hospitalisation d'un résident du foyer du chemin vert, avec celui-ci et l'équipe du secteur.
- Reprendre la personne dès que la sortie d'hospitalisation est prononcée par le psychiatre référent.

ARTICLE 4

La signature de la présente convention donnera lieu à la création d'un comité de suivi dont la mission sera d'évaluer la pertinence de la collaboration et du partenariat. Il sera constitué :

- ✓ du médecin-chef responsable du pôle de psychiatrie
- ✓ du médecin psychiatre de l'ESAT
- ✓ du directeur de l'ESAT
- ✓ du directeur du foyer d'hébergement
- ✓ d'un administrateur de l'association
- ✓ de l'assistant-chef de pôle, cadre supérieur de santé du secteur psychiatrique
- ✓ d'un infirmier référents du CMP
- ✓ de l'infirmier de l'ESAT

Ce comité de suivi se réunira au moins une fois par an ou à tout moment en cas de demande formulée par l'une ou l'autre des parties.

ARTICLE 5

Dans le cadre de cette convention, les différents intervenants de l'E.P.S.M. continuent de relever de l'E.P.S.M en ce qui concerne les accidents de travail et les accidents de trajet, et demeurent régis par les dispositions de leur statut en ce qui concerne la maladie professionnelle.

ARTICLE 6

Les personnels para médicaux relevant du pôle de psychiatrie demeurent régis par les dispositions statutaires de leur établissement de rattachement. Ils exercent leur activité sous la responsabilité du médecin chef de pôle et du médecin chef de service.

ARTICLE 7

La collaboration s'effectue de manière contractuelle, sans engagement financier de part et d'autre.

ARTICLE 8

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction. Elle pourra être dénoncée par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis de 2 mois par lettre recommandée avec accusé de réception.

Les deux parties s'engagent préalablement à tout courrier de dénonciation, à réunir le comité de suivi afin d'envisager des solutions amiables.

ARTICLE 9

Toute modification apportée à la présente convention fera l'objet de la signature d'un avenant par les 2 parties.

....., le

Monsieur
Représentant de l'ARS,

Monsieur
Le directeur de l'EPSM

Madame
Présidente de l'APEI
de Saint-Martin au Laërt,

MAGNIEZ

Florence

Novembre 2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION: IRTS Nord-Pas-de-Calais

**ADAPTER UN ESAT POUR FAVORISER
LE PARCOURS D'INSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES
SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES**

Résumé :

Le profil des usagers accueillis dans les Etablissements et Services d'Aide par le Travail a évolué, notamment depuis la reconnaissance officielle du handicap psychique par la loi n°2005-102 du 11 février 2005. Les personnes handicapées psychiques, de plus en plus nombreuses ont des besoins et attentes spécifiques qu'il convient de prendre en compte.

L'enjeu, pour le directeur, est d'adapter l'établissement (projet d'établissement, GPEC, management, locaux) afin de créer les conditions permettant à la personne handicapée psychique d'être en inclusion sociale (le travail est un facteur d'intégration et de valorisation sociale et il permet d'améliorer la qualité de vie).

L'ESAT est une étape, une transition, dans le parcours d'insertion professionnelle de certaines personnes handicapées psychiques pour lesquelles la finalité de l'accompagnement est de permettre à terme l'insertion en milieu ordinaire de travail.

Le rapprochement entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire psychiatrique est indispensable pour articuler travail et thérapie.

Mots clés :

HANDICAP PSYCHIQUE – INCLUSION SOCIALE – TRAVAIL– ESAT – PARCOURS DE TRANSITION– PSYCHIATRIE – PARTENARIAT – RESEAU – MANAGEMENT – SATISFACTION DE L'USAGER

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.