

RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE SERVICE D'UN C.R.P.
AUX TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE
LES PLUS ELOIGNES DE L'EMPLOI

*Transformer l'accompagnement pour mieux répondre
aux enjeux de leur insertion professionnelle en région PACA*

Robert CHAMPETIER

2018

Remerciements

La rédaction de ce mémoire est l'aboutissement de 30 mois de travail au cours desquels j'ai pu compter sur la patience et le soutien de tous les formateurs CAFDES de l'IRTS PACA, de son responsable de filière, de ma guidante de mémoire qui m'a accompagné dans la construction de ce précieux document et qui m'a prêté son œil expert pour la relecture de mes différents écrits. Je les remercie mille fois de leur professionnalisme et de leur investissement convivial mais efficace.

Pour pouvoir me consacrer pleinement à cette formation, j'ai pu compter sur l'appui du Président et du vice-président de l'association du Centre Richebois, de même que sur toute l'équipe de direction et sur les salariés qui ont souffert en silence de mes absences. Ils connaissaient les enjeux de cette période et ils ont respecté mes temps de travail et de concentration à chaque semaine de regroupement. Je leur dois toute ma reconnaissance pour cela. Mes réussites sont un peu les leurs.

30 mois, c'est aussi la vie d'une promotion d'étudiants CAFDES qui avance, qui doute, qui risque de lâcher aux moments où le découragement prend le dessus. Mais la force de ce groupe est salvatrice : pour se remotiver, pour se soutenir, pour les joies et les rires quand les larmes sont encore au bord des yeux. Cette force jaillit d'une source miraculeuse : la source de l'amitié. Merci les amis de tous les bonheurs que nous avons vécus au milieu des épreuves.

Enfin, mon épouse a su faire preuve de beaucoup de patience et de beaucoup de tolérance. Elle est restée mon premier soutien en même temps que le coach dont j'avais besoin quand il le fallait. Je n'ai pas de mots assez forts pour la remercier.

Sommaire

Introduction	1
1 LE CONTEXTE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE	3
1.1 Le CRP Richebois	3
1.1.1 Historique : des années 60 à ce jour, une évolution continue	3
1.1.2 Les valeurs fondatrices de l'Association du Centre Richebois	5
1.1.3 Les missions d'un CRP au bénéfice des personnes reconnues « travailleurs handicapés »	7
1.2 Les personnes accueillies : de quel handicap parlons-nous ?	8
1.2.1 Les besoins exprimés : le difficile retour à l'emploi	9
1.2.2 Les spécificités du territoire : vous avez dit Marseille ?	10
1.2.3 L'âge des personnes accueillies	11
1.2.4 L'origine géographique des personnes	12
1.3 Le cadre réglementaire	13
1.3.1 Les politiques publiques handicap / emploi	13
1.3.2 Le fonctionnement du CRP	14
2 DIAGNOSTIC DE L'ORGANISATION	15
2.1 Analyse de l'établissement	15
2.1.1 Evaluations interne et externe du CRP Richebois	15
2.1.2 Actions du CRP RICHEBOIS	16
2.1.3 Ressources	16
2.1.4 Gouvernance	17
2.1.5 Représentants du personnel	18
2.2 Analyse de l'environnement de la rééducation professionnelle	19
2.2.1 Analyse PESTEL	19
2.2.2 L'environnement concurrentiel : partenaires mais concurrents	22
2.2.3 Relations avec la MDPH 13 : une coopération constructive	23
2.3 Analyse stratégique	27
2.4 Démarche de réflexion prospective	28
2.5 Positionnement stratégique	29
2.5.1 Les domaines d'activité stratégiques	29
2.5.2 Options stratégiques possibles	31

3 DÉMARCHE PROJET – ÉVALUATION : FAIRE ÉVOLUER L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE POUR LES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE LES PLUS ÉLOIGNÉS DE L'EMPLOI	33
3.1 Pilotage du projet.....	33
3.1.1 Visée du projet	33
3.1.2 Objectif stratégique	34
3.1.3 Objectifs opérationnels.....	35
3.1.4 Groupe de pilotage.....	35
3.2 Conduite du projet	36
3.2.1 Définir une équipe projet chargée du développement et de la mise en service d'un nouveau dispositif	36
3.2.2 Construire un dispositif qui permettra aux travailleurs en situation de handicap psychique d'y avoir recours en minimisant les freins à son accessibilité.....	37
3.2.3 Définir les moyens nécessaires pour assurer un service de qualité	40
3.2.4 Déployer le dispositif dans l'offre de service	41
3.2.5 Accompagner le changement dans l'équipe affectée à ce dispositif comme dans l'ensemble de l'établissement	43
3.2.6 Transformer l'accompagnement pour mieux répondre aux enjeux de l'insertion professionnelle.....	44
3.3 Evaluation du projet.....	46
3.3.1 Evaluer le projet à la suite d'une période d'expérimentation.....	46
3.3.2 Les outils d'évaluation.....	47
3.3.3 Les résultats collectés	48
3.3.4 Réaliser les ajustements nécessaires à la pérennisation du dispositif	52
3.4 En chemin vers la modélisation	56
3.4.1 Les enseignements du « laboratoire » ARRIVE.....	56
3.4.2 L'émergence de nouveaux besoins	56
3.5 Prospective.....	57
3.5.1 Apporter aux travailleurs en situation de handicap psychique une plus-value dans l'accompagnement vers l'emploi	57
3.5.2 Des attentes divergentes : entre politique nationale et spécificités du territoire ..	58
3.5.3 Rédiger un projet d'établissement qui assure l'équilibre entre les besoins des usagers du territoire et les missions du CRP	59
Conclusion	61
Bibliographie.....	63

Liste des annexes I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation adulte handicapé
AFPA	Association pour la formation des adultes
AGEFIPH	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APF	Association des paralyés de France
ARRIVE	Action en réseau pour la remobilisation et l'inclusion via l'employabilité directe
ARS	Agence régionale de santé
BPJEPS	Brevet professionnel jeunesse, éducation populaire et sport
CA	Conseil d'administration
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDI	Contrat à durée indéterminé
CESU	Chèque emploi solidarité universel
CFEA	Collectif France pour la recherche et la promotion de l'emploi accompagné
CHP	Centre hospitalier psychiatrique
CMP	Centre médico-psychologique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CODIR	Comité de direction
COP 21	Conférence des parties n°21
COSM	Comité d'orientation en santé mentale
CPC	Commission professionnelle consultative
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CVS	Conseil de la vie sociale
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DUD	Dossier unique des délégations
ESAT	Établissement ou service d'aide par le travail
ESMS	Établissement ou service social ou médico-social
ETP	Equivalent temps plein
FAGERH	Fédération des associations gestionnaires d'établissements de rééducation pour handicapés
FIPHFP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FLB-P	Français langue de base et professionnalisation
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et compétences
GRETA	Groupement d'établissements
HAS	Haute autorité de santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPS	Individual placement and support
JORF	Journal officiel de la République Française
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MPS	Médico-psycho-social

OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONU	Organisation des nations unies
ORP	Orientation et reclassement professionnel
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PE	Projet d'établissement
PESTEL	Politique, économique, social, technologique, environnemental, légal
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMR	Personne à mobilité réduite
RNCP	Répertoire national de la certification professionnelle
RSE	Responsabilité sociétale des entreprises
RTH	Reconnaissance de travailleur handicapé
SERAFIN PH	Services et Etablissements: Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
T2A	Tarifification a l'activité
TH	Travailleur handicapé
UNAPEI	Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés

Introduction

L'inclusion sociale des personnes en situation de handicap psychique est un enjeu national. Agnès BUZIN, ministre des solidarités et de la santé, a présenté le 28 juin 2018, une feuille de route¹ pour la santé mentale et la psychiatrie en 3 axes. Le dernier axe est formulé ainsi :

« Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique ».

et cette volonté nationale est répercutée dans le plan régional de santé de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse qui met toutefois l'accent sur les publics les plus jeunes.

La définition du handicap psychique est posée depuis la loi 2005-102 du 11 février 2005. Une personne qui en est atteinte et qui en fait la demande à la Maison départementale des personnes handicapées, peut obtenir une reconnaissance de « travailleur handicapé ». En application directe du code du travail, ces personnes peuvent aussi bénéficier d'une action de rééducation professionnelle. Au cœur de leur demande, il y a leur projet de vie mais celui-ci se trouve rapidement confronté à la réalité de l'offre existant dans les catalogues des organismes de formation de droit commun et dans les Centres de rééducation professionnelle (CRP).

En effet, si les missions des CRP sont bien inscrites dans la loi 2002-2 qui encadre leur action, il y a autant de modes d'accompagnement, autant d'offres de prestations que de CRP. Chaque CRP est empreint de son histoire, du projet associatif de son fondateur, de la coloration du territoire, de la vie et des projets des hommes et femmes qui se sont succédés à leur tête. Cette diversité se retrouve naturellement au sein même d'un territoire. C'est le cas en Provence-Alpes-Côte d'Azur où les quatre CRP des Bouches du Rhône proposent des catalogues différents qui sont le reflet exact des politiques que défendent et mènent leur conseil d'administration et direction.

Je dirige le CRP Richebois dans les Bouches-du-Rhône, il bénéficie d'une notoriété faisant état de dynamisme et de créativité depuis de longues années. Depuis la fin des années 90, j'apporte directement mon expertise de la rééducation et de l'insertion professionnelles dans les équipes pluridisciplinaires de la MDPH 13 pour construire des réponses de compensation aux demandes des personnes. Mon écoute des multiples demandes formulées est essentielle pour que le CRP puisse adapter, chaque fois que possible, son offre aux besoins qui y sont exprimés. Ainsi ont pu voir le jour des dispositifs visant l'accès à l'emploi en milieu ordinaire de travail pour des travailleurs handicapés en

¹ Actualités Sociales Hebdomadaires, La psychiatrie va-t-elle enfin entrer dans le XXIème siècle ?, page 15, n°3068 6 juillet 2018

situation d'illettrisme ou pour de jeunes adultes en situation de handicap sans qualification après un parcours scolaire incomplet ou interrompu.

Pourtant, j'ai dû me rendre à l'évidence que l'offre de service du CRP Richebois ne répond pas toujours aux besoins des travailleurs en situation de handicap psychique présents dans le territoire. Nos partenaires principaux que sont la MDPH et Cap emploi sont les premiers rapporteurs des difficultés qu'ils rencontrent pour satisfaire les demandes de ces personnes qui sont souvent les plus éloignées de l'emploi. Si dans l'absolu, l'offre catalogue du CRP pourrait satisfaire bon nombre de personnes en situation de handicap psychique, leurs modalités de réalisation sont rarement à leur portée. « Élitiste » voire « maltraitant », voilà les qualificatifs que j'ai pu entendre au sujet des dispositifs présents à notre catalogue. Rendre accessible l'offre de service du CRP est donc un enjeu vital pour répondre correctement aux besoins des personnes comme pour préparer l'établissement aux évolutions de la rééducation professionnelle. C'est pour répondre à cet enjeu que j'ai conduit le développement d'un dispositif en m'appuyant sur une démarche statistique quantitative et qualitative réalisée au cœur même des équipes pluridisciplinaires de la MDPH. Identifier les personnes à qui la MDPH n'avait pas de réponse à offrir était le premier objectif, analyser les freins qui limitaient l'accès à nos prestations de rééducation professionnelle était le second. Le résultat attendu était la construction d'un dispositif apte à accompagner des travailleurs en situation de handicap psychique en vue de leur retour à l'emploi en milieu ordinaire de travail.

Mais sur le plan de l'accès à l'emploi, les indicateurs sont révélateurs d'un contexte difficile : le taux de chômage des personnes handicapées en France est de 21% soit plus du double de celui de la population (*source APF, novembre 2016*) et une personne en situation de handicap reste, en moyenne, 799 jours inscrite à Pôle Emploi contre 593 jours pour le reste de la population (*source AGEFIPH, mars 2016*). Dans ces conditions, transformer l'accompagnement pour mieux répondre aux enjeux de l'insertion professionnelle des travailleurs en situation de handicap psychique en région PACA est un axe d'évolution indispensable de l'établissement. A mon niveau, j'ai engagé, avec les encouragements et le soutien du président de l'association, une campagne de communication inédite destinée à démontrer aux partenaires, aux entreprises, aux administrations et à tous ceux qui peuvent agir dans leur inclusion socio-professionnelle, que les personnes que nous accompagnons sont dotées de compétences et de talents directement transférables en situation de travail.

1 LE CONTEXTE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

1.1 Le CRP Richebois

1.1.1 Historique : des années 60 à ce jour, une évolution continue

C'est dans une bastide provençale construite à la périphérie de la ville de Marseille à la fin du 19^{ème} siècle, telle une villa d'été d'un prospère négociant maritime, si nombreux et fortunés en ce fin de siècle, qu'est installé le cœur de l'établissement. Cette bastide, alors entourée par des champs où paissent des moutons et les chèvres sauvages, adossée au massif de garrigues de la Nerthe, bénéficie d'une splendide vue à 180 degrés en surplomb de la rade et de la ville de Marseille. Depuis le découpage de la ville en 16 arrondissements en 1946, cette bastide dépend du 16^{ème} arrondissement qui appartient aux « quartiers nord » dont la réputation est aujourd'hui malheureusement peu valorisante car trop souvent et de façon exagérée, associée à la banlieue, l'exclusion et la délinquance.

Au tout début, l'établissement est géré par l'AROPHI (Association pour la rééducation et l'orientation professionnelle des handicapés et infirmes) déclarée le 21 octobre 1960, dont les statuts ont été déposés et enregistrés en préfecture des Bouches du Rhône. Il est initialement baptisé *Institut Bernard Cadenat*, du nom du maire de Marseille de 1910 à 1912.

Quelques années plus tard, les fondateurs souhaitent que la raison sociale de l'établissement apparaisse clairement. L'autorisation d'ouverture est ainsi accordée au "*Centre masculin de rééducation professionnelle pour handicapés et infirmes*" du Château Richebois par le ministre du travail et de la sécurité sociale, comme mentionné dans l'arrêté du 31 Août 1962.

Par convention avec la Préfecture des Bouches du Rhône en date du 6 janvier 1964, l'établissement est agréé pour recevoir 3 sections – enseignement général, comptabilité, électricité – de "*jeunes gens à partir de 17 ans, bénéficiaires de l'aide sociale aux infirmes, admis sur proposition des commissions d'orientation aux infirmes*". L'Établissement dispose alors d'un petit internat et de bureaux installés directement sur 3 niveaux dans la bastide qui a été aménagée en conséquence et de deux bâtiments préfabriqués qui ont été spécialement construits pour recevoir confortablement dans un espace suffisant, les personnes accueillies en classes et ateliers.

En 1964, la construction d'un nouveau bâtiment à usage d'internat s'avère indispensable pour accueillir et héberger des personnes issues de tout le département, voire de plus loin. Cela devient possible grâce à un groupe d'investisseurs sensibles à l'intérêt de

l'action de l'association. C'est ainsi qu'un bâtiment neuf de trois paliers est construit dans l'enceinte et proposé en location à l'Association gestionnaire. Le rez-de-chaussée reçoit la salle de restaurant, les cuisines, le cabinet médical et les chambres d'infirmerie. L'hébergement était alors installé aux étages supérieurs en dortoirs de 10 lits équipés simplement mais confortablement, pour un public exclusivement masculin.

Le 15 janvier 1965, une convention avec la Caisse régionale de sécurité sociale du Sud-Est autorise le financement des séjours par l'assurance maladie par l'intermédiaire d'un prix de journée, comme c'est encore le cas aujourd'hui sous le contrôle de l'Agence Régionale de Santé PACA et Corse qui est devenu l'autorité de tarification.

Le 4 décembre 1967, l'Association gestionnaire change de nom et devient "*l'Association pour la rééducation professionnelle et fonctionnelle dite "Centre Richebois "*".

Ces changements de dénomination ne sont pas seulement rhétoriques mais témoignent d'une volonté de formalisation, d'une mutation des mentalités et d'élargissement des prises en charge.

C'est ainsi que se pose la nécessité d'ouvrir de nouvelles sections de formations, ce qui amène l'Association à s'étendre dès 1974 en louant une propriété attenante, autre bastide plus petite, construite au début du 20^{ème} siècle, dénommée « Château Vitré » en raison de sa magnifique et imposante pergola en fer forgé dotée de vitres multicolores.

L'évolution des prestations délivrées par l'Association et des normes l'amène à construire de nouveaux bâtiments destinés à l'internat sur ses fonds propres à la fin des années 1970. C'est ainsi que disparaissent les dortoirs au profit de la construction d'un tiers de chambres individuelles et de deux tiers à double lit. C'est le critère médical qui est privilégié pour l'attribution de chambres individuelles. En 1982, l'établissement s'ouvre au public de sexe féminin (arrêté ministériel du 3 juin 1982).

Dès la fin des années 90, la multiplication des demandes d'hébergement en chambre individuelle témoigne de l'inadéquation de l'offre d'hébergement en chambre double qui n'est plus au standard de confort et d'intimité attendu par les personnes accueillies.

En 2007, le conseil de la vie sociale est créé et fonctionne en parallèle des délégués de sections qui ont toujours existé. Le CVS se charge de la vie dans l'établissement et des prestations délivrées alors que les délégués de section restent les interlocuteurs de proximité dans chaque groupe et font remonter aux membres du CVS les informations qui relèvent de sa compétence.

En 2009, « l'Association pour la rééducation professionnelle et fonctionnelle dite Centre Richebois » prend le nom « d'Association du Centre Richebois », qu'elle porte toujours.

Face aux fréquentes critiques relatives à l'hébergement en chambre double et soucieuse de la bienveillance et de l'intimité des personnes accueillies, l'Association veut mettre à leur disposition, des locaux d'hébergement plus spacieux aux normes « personne à mobilité réduite ». Cette volonté l'amène à étudier en 2010 avec l'agence régionale de

santé PACA, la construction de nouveaux bâtiments d'internat, qualité basse consommation, équipés exclusivement de chambres individuelles confortables sous condition de l'acquisition d'une parcelle de terrain voisine. L'ARS PACA donne son accord pour cette opération qui devra s'effectuer à coût constant, ce qui impose des économies et des efforts de gestion conséquents. L'autre étape de ce chantier de modernisation consiste à réhabiliter l'internat courant pour offrir exclusivement, en ce lieu aussi, des chambres individuelles aux normes PMR. L'établissement sollicite et obtient une subvention de la CNSA pour cette opération.

Durant les cinq premières décennies de son existence, l'Établissement a ainsi connu des évolutions concernant :

- Les besoins des personnes accueillies,
- l'offre de prestations,
- les locaux mis à disposition des usagers,
- la législation dont il relève.

Cette politique de développement de l'offre et d'amélioration des conditions de travail et de séjour s'accompagne d'une mise aux normes de l'accessibilité pour compenser la typologie du terrain à fort dénivelé sur lequel sont construits les bâtiments. A cet effet, les voies intérieures (routes, cheminements piétons, circulation dans les parkings) sont complétées par des dispositifs facilitant les accès aux différents bâtiments (ascenseurs extérieurs, rampes, portes automatiques) qui se sont multipliés.

Enfin, l'Établissement choisit de tirer profit de l'emplacement exceptionnel dont il jouit au dessus du quartier de l'Estaque rendu célèbre par des peintres comme Cézanne, Braque, Renoir, Duffy ou Marquet, pour son petit port, sa vue sur la rade de Marseille et sur les collines de garrigues, pour créer des espaces d'agrément extérieurs (plateforme polyvalente en plein air, terrasses équipées de mobilier pour prendre les repas) et plonger dans la culture artistique en y associant les personnes accueillies. Ce contraste d'une riche histoire de l'art dans un quartier populaire frappé par l'exclusion sous toutes ses formes est un sujet qui a été largement abordé par les artistes qui ont été reçus en résidence dans l'établissement et qui ont produit des œuvres en collaboration étroite avec les usagers. Ce vecteur incontournable d'inclusion qu'est la culture a démontré à maintes reprises, sa puissance dans un contexte de rééducation professionnelle d'adultes. Des ateliers socioculturels ont depuis pris une place essentielle dans les parcours des personnes accueillies.

1.1.2 Les valeurs fondatrices de l'Association du Centre Richebois

Du début des années 60 et jusqu'en 2016, année de son décès, l'association a été présidée par le fondateur du CRP Richebois, le Docteur Michel MARTIN. Très impliqué

dans la vie du quartier dans lequel il avait exercé auprès de ses patients, il connaissait intimement le contexte culturel et socio-économique dans lequel ils vivaient. Pour lui, il n'y avait pas de quartiers nord ou défavorisés : il y avait des gens, des compétences et des talents qu'il fallait savoir découvrir. Il vivait passionnément toutes les évolutions sociales et politiques de la ville de Marseille comme celles de la France. Il a mis au service de l'association, sa curiosité, sa clairvoyance et sa qualité de visionnaire. Il n'en était pas pour autant, moins exigeant et attendait des directeurs et directrices successifs qu'ils respectent les lignes conductrices qu'il avait fixées avec le Conseil d'Administration. Pour le Président, les missions du CRP n'ont jamais varié : accompagner les personnes accueillies vers l'emploi en les rendant les plus responsables et autonomes que possible. Et il nous le rappelait souvent pour que nous ne déviions pas de cette ligne directrice. A ses yeux, notre catalogue ne devait contenir que des formations qualifiantes de niveau V et IV.

Cependant, les informations que j'ai recueillies lors de mes rencontres nationales avec les professionnels des établissements similaires, les orientations politiques territoriales et les politiques relatives à notre secteur d'activité révèlent deux grands axes :

- C'est à l'établissement d'adapter la prestation délivrée en la personnalisant aux besoins de toutes les personnes accueillies ;
- En matière de formation professionnelle, toute personne doit prioritairement pouvoir bénéficier d'un parcours de droit commun.

Fort de ces éléments, j'ai convaincu le président et le conseil d'administration que l'offre de service du CRP devait évoluer sans se limiter à des formations qualifiantes de niveau V et IV. Nous devons nous adresser aux personnes les plus en difficulté et les plus éloignées de l'emploi tout en maintenant la ligne directrice de l'association et en combinant notre action à celle des établissements de formation de droit commun.

En 2016, le fils aîné du fondateur a été élu président de l'association après avoir vécu de près toute la vie du CRP et avoir été administrateur de l'association durant 5 ans. Il a insufflé une nouvelle dynamique empreinte de cette même volonté de bienveillance à destination des personnes accueillies comme de celle du personnel, de modernisme technologique et de communication. Il connaît les enjeux de la rééducation professionnelle et les défis à relever pour apporter aux personnes accueillies et aux maisons départementales des personnes handicapées, des réponses à leurs besoins. Dès à présent, je sais que je pourrais poursuivre avec le président mon action et proposer de nouveaux projets de développement. Les prochaines étapes se profilent comme le nouveau projet établissement et la mise en place du CPOM.

En résumé, le but poursuivi par l'Association reste l'accès à l'emploi en milieu ordinaire des personnes reconnues travailleurs handicapés.

Pour atteindre ce but, les objectifs principaux sont les suivants :

- Assurer une prestation d'accompagnement personnalisé dans lequel est dispensée une formation professionnelle adaptée ;
- Amener les personnes accueillies à s'inclure dans le milieu ordinaire de travail et plus largement dans la société.

L'Établissement s'appuie sur le Projet associatif, porteur de valeurs fondamentales :

- Respecter la dignité de la personne accueillie dans un contexte de bienveillance ;
- Promouvoir l'autonomie et la liberté de chacun ;
- Refuser toute forme dégradante d'assistantat ;
- Observer la laïcité nécessaire au vivre ensemble ;
- Promouvoir la solidarité ;
- Favoriser l'égalité des chances de chacun en diversifiant les moyens mis à sa disposition.

Une telle entreprise nécessite, pour réussir, l'adhésion et la complémentarité de tous : salariés, usagers, intervenants, de même que celle des bénévoles. La gestion collégiale et démocratique de l'Association permet à chacun de se sentir pleinement acteur du Projet d'Établissement.

1.1.3 Les missions d'un CRP au bénéfice des personnes reconnues « travailleurs handicapés »

Les centres de rééducation professionnelle (CRP) sont les seuls dispositifs de formation longue durée (plusieurs mois consécutifs) spécifiquement dédiés aux personnes reconnues « travailleurs handicapés ». Ils ont pour mission de faciliter leur réinsertion sociale et professionnelle par le biais d'une formation qui permet l'acquisition de nouvelles compétences professionnelles, en l'associant à un suivi médical, psychologique et social personnalisé de chaque personne. On parle souvent d'accompagnement global réalisé par des professionnels tels que formateurs, éducateurs et complété par médecins, kinésithérapeutes, ergonomes, psychologues, assistants de service social, selon les besoins des usagers.

Au niveau national, il existe une fédération qui regroupe la quasi totalité des établissements de rééducation professionnelle français. C'est la fédération des associations gestionnaires des établissements de rééducation pour handicapés (FAGERH) basée à Paris et dont la devise est « Accompagner, c'est notre métier ». Elle joue un rôle politique à travers les mandats qu'elle détient dans les différentes instances ministérielles et un rôle technique grâce à la coordination qu'elle entretient entre les

établissements de rééducation professionnelle et l'AFPA. Cette dernière est missionnée par le ministère chargé de l'emploi de l'ingénierie de ses titres professionnels.

Des groupes de travail nationaux existent au sein de la FAGERH. Ils ont pour rôle de coordonner les actions des CRP qui dispensent les mêmes formations en relation directe avec l'ingénieur de formation de l'AFPA correspondant. Dans ma fonction de directeur adjoint, responsable pédagogique, j'ai participé à ces groupes de travail quand ils concernaient des titres professionnels présents dans l'offre de formation du CRP Richebois, soit en qualité de membre, soit en qualité de pilote. Dans ce cadre, je me suis souvent déplacé au siège de la FAGERH et dans de nombreux établissements partenaires dans toute la France. J'ai ainsi acquis une bonne connaissance du réseau des CRP, de leurs outils, de leurs méthodes et des équipes qui y travaillent. Les échanges de pratiques qui résultaient de nos rencontres étaient extrêmement riches et se sont souvent révélés déterminantes pour l'anticipation nécessaire à la direction de l'établissement.

En 2006, j'ai été élu par mes pairs de la FAGERH pour la représenter comme mandaté au sein de la commission professionnelle consultative Transport et Logistique. Une CPC est une instance paritaire où sont décidées les créations, les modifications ou les suppressions de titres professionnels. Ses travaux sont remis au premier ministre pour validation avant publication au JORF. Dans la CPC transport logistique, j'apporte mon expertise de la formation auprès de personnes reconnues « travailleurs handicapés ». A titre d'exemple, j'ai pu influencer sur le vote de la commission lorsque celle-ci avait décidé la suppression d'un titre professionnel de niveau V très sollicité par les personnes en situation de handicap dans le cadre de la rééducation en CRP. En effet, ce titre « d'assistant d'exploitation en transport routier de marchandises » servait à maintenir dans un emploi tertiaire, des chauffeurs routiers, des préparateurs de commandes ou des caristes dont l'état de santé mettait en péril leur aptitude au poste. Très sensible au devenir des personnes qu'ils côtoyaient et défendaient quotidiennement dans leurs entreprises et convaincus par les statistiques de placement que j'ai apportées, les membres du collège salariés de la commission ont voté contre la suppression de ce titre professionnel. Même s'il restait fragilisé, il a ainsi été maintenu durant 7 ans supplémentaires. J'ai profité de ce sursis pour faire évoluer le catalogue de formation de l'établissement en prévision de la suppression inéluctable de ce titre.

1.2 Les personnes accueillies : de quel handicap parlons-nous ?

L'accès à l'offre de service d'un CRP est très encadré. Les personnes qui peuvent en bénéficier doivent justifier de cette double condition :

- être reconnu « travailleur handicapé » par la CDAPH,

- disposer d'une notification d'orientation de cette même CDAPH mentionnant une prestation incluse dans l'offre de service du CRP où elles vont être accueillies.

Il est utile de définir ce que signifie « travailleur handicapé ». Historiquement, les personnes en situation de handicap – on utilisait alors le vocable « infirmes » – étaient de droit, dispensées de travailler. C'est avec les deux guerres du XXe siècle que les choses ont évolué. Les blessés de guerre, qui avaient connu des situations de travail avant leur mobilisation, se sont fait entendre et ont demandé le droit de travailler à nouveau après une période de réentraînement. En parallèle, des lois ont imposé aux entreprises l'embauche de personnes handicapées. Une première loi qui concernait l'embauche d'invalides de guerre est parue en 1924 mais elle n'a eu que peu d'effet car elle n'était pas assujettie à une obligation de résultat. En 1930, la loi s'est élargie aux accidentés du travail puis le 23 novembre 1957 à toutes les personnes en situation de handicap. La loi de 1957 a fait apparaître pour la première fois la notion de « travailleur handicapé » dont la définition s'est affinée depuis pour devenir aujourd'hui : « *Est considérée comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites, par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ». En revanche, ce n'est que 30 ans plus tard, avec la loi 87-517 du 10 juillet 1987 que l'obligation d'emploi s'est assortie d'une obligation de résultat pour les entreprises sous peine de devoir verser une contribution à un fond spécifique, l'AGEFIPH.

Toutefois, la reconnaissance de travailleur handicapé est limitée dans le temps. Elle est accordée par la CDAPH qui s'appuie sur des évaluations ciblées pour mesurer l'altération dont est porteur le demandeur. Par exemple, un boulanger allergique à la farine est victime d'un handicap par rapport à sa situation habituelle de travail. Il sera donc reconnu travailleur handicapé parce que l'altération dont il souffre l'empêchera de travailler dans le métier pour lequel il est formé. Il devra alors se former à un autre métier pour pouvoir retrouver une situation de travail sans risque pour sa santé. Après ce temps de rééducation, la reconnaissance de travailleur handicapé n'aura plus lieu d'être dans son nouvel emploi. Cet exemple permet de bien faire la comparaison entre « personne en situation de handicap » et « travailleur handicapé ».

Naturellement, lorsque le handicap est acquis et altère définitivement certaines aptitudes de la personne, quels que soient les postes de travail occupés, la reconnaissance de travailleur handicapé est renouvelée si elle en fait la demande.

1.2.1 Les besoins exprimés : le difficile retour à l'emploi

L'égalité des droits et des chances de chacun, réaffirmée dans la loi 2005-102, permet à toute personne reconnue « travailleur handicapé », d'être formée dans un dispositif de droit commun au même titre que toute autre personne. Toutefois, si les besoins de

compensation du handicap de la personne nécessitent un plateau technique pluridisciplinaire complexe, il sera alors plutôt fait appel à un CRP. C'est ce que privilégient aujourd'hui encore les MDPH lorsque que ses évaluations révèlent des besoins justifiant un accompagnement par des professionnels du champ médico-social qui ne sont pas habituellement présents dans les dispositifs de droit commun.

Dans les dernières décennies, le profil des personnes orientées vers les CRP a beaucoup évolué. Si, jusque dans les années 90, les besoins de compensation étaient majoritairement liés à des handicaps physiques, ils sont aujourd'hui devenus plus complexes en se combinant à d'autres handicaps, ce qui demande une large pluridisciplinarité des équipes qui assurent l'accompagnement.

Aujourd'hui, même si je ne peux pas parler de profil type, je rencontre régulièrement dans l'établissement que je dirige, des personnes qui vivent, en plus de leur situation de handicap, une situation d'exclusion parfois depuis de très longues années. Certaines ont perdu tout espoir de retravailler un jour. Notre principal travail n'est plus de leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences mais bien de leur redonner cet espoir de travail et de le concrétiser. La fragilité psychologique dont souffre une grande majorité des personnes accueillies dans le CRP justifie que l'ensemble du personnel soit sensibilisé à la psychopathologie. J'ai initié de telles actions de formation dès les années 2000.

1.2.2 Les spécificités du territoire : vous avez dit Marseille ?

Marseille est une ville cosmopolite. De tout temps, elle a accueilli et s'est construite avec des populations venues du pourtour de la Méditerranée et de plus loin encore depuis l'amélioration des transports et de la communication. Edmonde Charles-Roux, journaliste et romancière qui a vécu à Marseille avec son époux Gaston Deferre, ancien maire et ministre de la ville, disait : « *Marseille est une machine à intégrer* ». Cette ville a ainsi absorbé de multiples vagues d'immigration sans que celles-ci aient constitué une difficulté pour la vie de ses habitants. Plus tard, Jean-Claude Izzo a ajouté : « *n'importe qui, de n'importe quelle couleur, pouvait descendre d'un bateau [...] et se fondre dans le flot des autres hommes [...] Marseille appartient à ceux qui l'habitent* ».

Ainsi, dans les époques les plus récentes, Marseille a vu arriver entre 1850 et 1914, de très nombreux Italiens qui y sont venus pour occuper des emplois industriels, puis ce sont les Arméniens qui sont venus en masse entre 1923 et 1938 pour fuir le génocide et enfin, à partir des années 50, des populations venues du Maghreb et des Comores. Aujourd'hui, pour exemple, la communauté comorienne de Marseille est la plus importante au monde, même supérieure en nombre d'habitants à la capitale comorienne, Moroni. Marseille est donc un melting-pot social, culturel et religieux composant une ville plurielle qui cultive son pouvoir d'attraction dans toutes les directions.

Mais si ces mélanges culturels sont la spécificité de Marseille, on ne doit pas ignorer que l'Insee a publié en 2017 un rapport "Emploi, chômage, revenus du travail", qui démontrait que la situation professionnelle des descendants d'immigrés était moins favorable que celle de travailleurs sans ascendance migratoire sur l'ensemble du territoire français. Ils occupent souvent les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées et les emplois les moins qualifiés. Je constate régulièrement et directement que la MDPH des Bouches-du-Rhône est sollicitée par des personnes qui cumulent les caractéristiques suivantes : scolarité à l'étranger (quand elle a eu lieu), pas ou peu de qualification, une maîtrise incomplète de la langue française, précarité sociale, voire, situation d'exclusion, handicaps associés. En absence de réponse adaptée à ces populations dans les Bouches-du-Rhône, la MDPH 13 notifiait des orientations vers des dispositifs hors PACA (Ile de France, Rhône-Alpes, Aquitaine). Le CRP Richebois a donc choisi de créer une action pour répondre à ces besoins spécifiques : elle se nomme « Français langue de base et professionnalisation » (FLB-P) et peut accueillir jusqu'à 16 personnes reconnues « travailleur handicapé » en plus d'une situation d'illettrisme. J'ai conduit la mise en place de la première action FLB-P en 2012. La satisfaction des personnes accueillies, de la MDPH 13 et de Cap Emploi 13 a fait que les sollicitations ont rapidement explosé et ont rendu indispensable la multiplication par redéploiement, de dispositifs FLB-P de même capacité en remplacement d'actions qualifiantes : deuxième action en 2013, troisième en 2015, quatrième en 2017. Aujourd'hui, les personnes qui suivent ce parcours au CRP Richebois représentent 40 % de l'ensemble de la population accueillie dans l'établissement.

1.2.3 L'âge des personnes accueillies

Aujourd'hui, les personnes qui sont orientées au centre Richebois représentent tous les âges de l'activité professionnelle : de très jeunes adultes sans qualification qui ont eu une scolarité perturbée par leur situation de santé jusqu'aux personnes proches de l'âge de la retraite souvent désocialisées après une longue période d'inactivité professionnelle. Les MDPH prononcent les décisions d'orientation qui correspondent à la fois au projet de la personne et au besoin de compensation que le CRP peut assurer. Jusque dans les années 2000, les MDPH hésitaient à prononcer des orientations de rééducation professionnelle pour des personnes de plus de 50 ans. En effet, il lui semblait peu pertinent d'orienter des personnes de plus de 50 ans vers des formations dont la durée pouvait aller jusqu'à 2 ans et pour laquelle il existait régulièrement un délai d'attente de 1 à 3 ans. La situation a beaucoup évolué depuis. Le recul de l'âge de la retraite et ses contraintes d'éligibilité génèrent des durées de travail plus longues. Aujourd'hui, il n'est plus rare que je constate des orientations de personnes proches de la soixantaine, voire,

de plus de 60 ans lorsque l'offre de service du CRP est suffisamment adaptée aux projets exprimés et aux besoins de compensation mesurés par les MDPH.

Une fois accueillis dans l'établissement, je reste toujours très surpris de voir les alchimies qui se créent entre les usagers des différents âges. Les femmes et les hommes les plus âgés jouent régulièrement un rôle régulateur avec les plus jeunes dont les comportements sont parfois « border line ». À l'inverse, les plus jeunes servent de tuteurs aux plus âgés dans les domaines numériques comme l'informatique, la télécommunication et le maniement des smartphones. Tous se retrouvent avec plaisir et collaborent, notamment lors des ateliers socioculturels ou l'organisation des événements qui ponctuent la vie de l'établissement.

1.2.4 L'origine géographique des personnes

En raison de son offre de niche plutôt exclusive, le CRP Richebois a longtemps reçu des personnes venant de tous les départements, de métropole et d'outre-mer. Pour faciliter leur accueil, jusqu'à deux tiers du total des personnes accueillies pouvaient être hébergés en internat sur place. Aujourd'hui, toutes les MDPH favorisent les orientations dans leur territoire en limitant le déracinement des personnes pour qui elles formulent des notifications d'orientation. Ainsi au CRP Richebois, la proportion de personnes issues du département des Bouches-du-Rhône est passée de 38% en 2005 à 71 % en 2017. Il existe toujours une petite proportion de personnes venant de département hors PACA (11%) mais c'est exclusivement pour des actions qualifiantes longues qui ne sont dispensés qu'à Richebois. En même temps, la demande d'hébergement a beaucoup évolué. Si dans les années 2000 l'hébergement à l'internat était prioritairement dédié aux personnes dont le domicile était éloigné de plus de 30 km et/ou dont la situation de santé le nécessitait, les besoins sont radicalement différents aujourd'hui. Il peut s'agir d'une contrainte sociale, par exemple, pour une personne sans domicile ou qui n'a pas les moyens de financer les déplacements domicile/travail tous les jours, comme dans un autre cas, d'une contrainte médico-sociale pour une personne qui vit dans un environnement qui impacte défavorablement son état de santé psychique et qui exprime le besoin de s'en éloigner. À ce stade, la notion de distance disparaît totalement ce qui explique la proportion de près de 15 % de résidents marseillais hébergée au CRP.

1.3 Le cadre réglementaire

1.3.1 Les politiques publiques handicap / emploi

Le texte fondamental qui affirme les droits des personnes, quelle que soit leur situation, est naturellement inscrit dans la déclaration des droits de l'homme de 1789. Les articles ci-dessous sont significatifs :

« Art. 1er. Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. »

Art. 6. La Loi est l'expression de la volonté générale. Tous les Citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse. Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celle de leurs vertus et de leurs talents. »

Sur le thème de l'accès au travail, ce texte est complété par l'article 5 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946, présent dans le bloc de constitutionnalité de la République,

« Art. 5. Chacun a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi. Nul ne peut être lésé, dans son travail ou son emploi, en raison de ses origines, de ses opinions ou de ses croyances. »

et réaffirmé à l'article 23, alinéa 1 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 :

« Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage. »

La volonté de combattre toute discrimination est également une valeur essentielle inscrite dans les textes de loi. Une des premières références à la non-discrimination au travail apparaît en 1958 dans la convention n° 111 de l'organisation internationale du travail (OIT) qui a été ratifiée par la France en 1981 :

« Toute distinction, exclusion ou préférence fondée sur la race, la couleur, le sexe, la religion, l'opinion, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, qui a pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité de chances ou de traitement en matière d'emploi ou de profession. »

Toutefois, la discrimination liée au handicap n'y apparaît pas encore. Il faut attendre un texte européen de 1997, le traité d'Amsterdam, pour que soit inscrite l'obligation de non-discrimination au travail liée au handicap. À partir de cette date, tous les textes de loi faisant état de non discrimination au travail font apparaître le critère handicap :

- la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées

- la convention sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées (Organisation internationale du travail)
- la directive 2000/78/CE du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail
- la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne
- la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

1.3.2 Le fonctionnement du CRP

Un centre de rééducation professionnelle est un établissement médico-social comme le mentionne l'article L 312-1 alinéa 5 b) du CASF.

Le code de la sécurité sociale précise que la rééducation professionnelle relève de l'assurance maladie (L 321-1) et en constitue une prestation en nature (L432-6 à L432-11).

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale et réformant la loi 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions médico-sociales, prévoit notamment les conditions d'agrément de structure et de contrôle de l'Établissement par l'administration de l'action sociale représentée par l'ARS, notamment au regard du respect des droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 en faveur de l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une définition légale au handicap et introduit le droit à compensation dans lequel s'inclut le droit à rééducation professionnelle.

Le code du travail, dans lequel les principales dispositions spécifiquement applicables aux usagers en leur qualité de travailleur handicapé sont :

- L'obligation d'emploi (L 521 2-1 à L5212-17 et R 5212-1 à R 5212-31)
- La reconnaissance et l'orientation : RTH, placement, rééducation professionnelle et agrément des établissements (L 5213-1 à L5213- 22 et R5213-1 à R 5213-87)
- L'égalité d'accès à la formation (L6112-3)

Leur statut de stagiaire de la formation professionnelle conditionne

- La rémunération pendant le séjour (L 6341-1 à L6341-1 2 et R 6341-1 à R 6341- 53)

2 DIAGNOSTIC DE L'ORGANISATION

2.1 Analyse de l'établissement

2.1.1 Evaluations interne et externe du CRP Richebois

L'association du Centre Richebois gère le centre de rééducation professionnelle Richebois qui est un établissement médico-social cité à l'article 312-1 alinéa 5b du CASF. A ce titre, il doit présenter les résultats d'une évaluation interne et faire procéder à une évaluation externe par un prestataire habilité. Le premier cycle évaluation a lieu en 2012-2013 pour l'évaluation interne. Celle-ci a été réalisée sans aucune aide extérieure en s'inspirant en partie du référentiel d'évaluation construit par un groupe de travail national de la FAGERH. Cette action a mobilisé l'ensemble du personnel et les représentants des usagers durant 18 mois. J'ai piloté le groupe de travail chargé de la collecte, de la compilation des données d'enquête et de la rédaction du rapport final. Une réelle dynamique s'est installée dans l'établissement dès l'appropriation de la démarche qualité. Les enquêtes de satisfaction sont aujourd'hui monnaie courante et leurs résultats ne sont plus appréhendés comme des jugements ou des critiques mais bien comme des retours d'informations utiles à l'amélioration de la qualité de nos prestations.

Les résultats de l'évaluation interne de 2013 ont mis en lumière la qualité globale des prestations délivrées aux personnes accueillies, le respect de leurs droits et la facilitation de leur expression. En revanche, ils ont révélé la nécessité d'améliorer la communication interne entre les services et d'augmenter la fréquence des réunions de travail dans les services. Une cartographie des réunions de travail a depuis été mise en œuvre en même temps que des outils de communication interne et externe plus simples et efficaces.

L'évaluation externe s'est déroulée en 2014. La synthèse du rapporteur mentionnait :

L'établissement, ses services et ses actions sont pilotés sur la base d'objectifs de qualité. La majorité des prestations délivrées est priorisée et cohérente. Les leviers de transformation sont réfléchis à chaque étape par un diagnostic créant les conditions d'une bonne réalisation. La recherche de la qualité est prise en compte pour chaque objectif du projet et formalisée par des plans pour tous les processus du CRP.
L'établissement mérite la confiance des autorités.

Au-delà de cette synthèse, le rapport soulignait l'implication du personnel à la vie de l'établissement et pour la satisfaction des personnes accueillies. Cette base saine et solide est un atout évident dans mon action de directeur. A l'appui de ce rapport d'évaluation externe, l'ARS PACA a délivré une autorisation de fonctionnement du CRP pour 15 ans à compter du 30 novembre 2016.

2.1.2 Actions du CRP RICHEBOIS

Dès sa création, le CRP Richebois a dispensé des formations qualifiantes issues du catalogue des titres professionnels du ministère chargé de l'emploi et des CAP de l'Education Nationale. En 1983 puis en 1994, afin d'augmenter les chances d'insertion professionnelle des personnes accueillies, il s'est engagé dans l'ingénierie de formations « de niche » pour créer deux certifications uniques en France, dans les domaines de la déclaration en douane et de la gestion immobilière. En ma qualité de directeur adjoint, responsable pédagogique, j'ai conduit les démarches régionales et nationales pour aboutir à l'enregistrement de ces certifications au répertoire national des certifications professionnelles (RNCP). Le CRP Richebois a été le premier des 80 CRP français à assumer l'intégralité de cette opération et à atteindre ce résultat en 2006.

Jusqu'à la fin des années 2000, le CRP Richebois a dispensé exclusivement des formations qualifiantes de niveaux V et IV. Mais la réaffirmation par l'Europe de sa volonté de non discrimination suivie naturellement par la France, a légitimement conduit une part importante des personnes reconnues TH vers des dispositifs de droit commun (AFPA, GRETA et autres organismes de formation). En 2008, conformément à ce que prévoit son projet d'établissement, le CRP Richebois a engagé une profonde mutation pour accueillir et accompagner les personnes les plus éloignées de l'emploi. Les personnes en situation de handicap psychique font partie de ce panel. Aujourd'hui, le CRP Richebois a acquis une reconnaissance des prescripteurs (MDPH et Cap Emploi) en terme d'accompagnement de ces publics exclus. La confiance de ces partenaires et le besoin mutuel de collaboration pour adapter au mieux l'offre de prestations aux personnes accueillies se sont concrétisés par des conventions de partenariat formelles avec ces deux structures.

Dans son action, le CRP Richebois a expérimenté des stratégies pédagogiques volontairement différentes de celles qui sont appliquées à l'éducation nationale. En parallèle, placer l'usager au centre du dispositif, respecter ses droits, son expression et sa participation sont autant d'axes qui facilitent l'accompagnement et l'autonomisation des personnes accueillies. La volonté du CRP de favoriser l'art et la culture comme vecteurs d'inclusion est une autre clé de succès.

2.1.3 Ressources

Au delà des moyens humains et matériels nécessaires pour assurer les prestations transverses d'accueil, administratives, de restauration et d'hébergement, c'est la nature des intervenants du secteur médico-social qui différencie le CRP d'un organisme de formation de droit commun.

Dans le CRP que je dirige, un médecin généraliste et un médecin psychiatre sont salariés CDI à temps partiel. Une assistante sociale intervient à temps partiel en qualité de prestataire. En complément de cette équipe médico-sociale, les formateurs professionnels agissent directement au contact des usagers.

100% des salariés sont formés aux spécificités particulières de l'accueil d'usagers en CRP :

- Sauveteurs secouristes du travail
- Loi 2002-2 : droits et l'expression des usagers
- Ethique et bientraitance
- Démarche qualité en ESMS
- Gestion des relations difficiles avec les publics les plus fragiles
- Sensibilisation à la psychopathologie des publics accueillis en ESMS
- Sensibilisations aux addictions

Comme le souligne l'ARS, un CRP doit éviter d'inclure dans son organigramme, des personnels médicaux et paramédicaux existants sur le territoire. Pour cette raison, de nombreux partenariats ont été développés avec des structures sanitaires, sociales ou médico-sociales externes pour couvrir le champ le plus large possible des professionnels nécessaires à l'accompagnement des personnes accueillies. Il existe notamment des conventions formelles avec :

- Ergothérapeutes
- Orthophonistes
- Psychologues cliniciens
- Neuropsychologues
- Traducteurs en langue des signes
- Professionnels de l'accompagnement des handicaps sensoriels
- Conseillers d'insertion des TH

et des relations partenariales avec des centres d'hébergement d'urgence, des ESAT, des entreprises adaptées, des chambres patronales et un important réseau d'entreprises.

2.1.4 Gouvernance

Les statuts de l'association du Centre Richebois énumèrent ses actions, qui « *concourent aux soins, au développement personnel, à l'autonomie, à l'éducation, à l'inclusion sociale et/ou professionnelle, au maintien dans l'emploi, à la promotion sociale du public qui lui est confié.* »

Le Conseil d'administration est composé de professionnels du champ médico-social, de l'entreprise et de la culture. Il contient un collège des usagers et un collège des salariés.

Soucieux de jouer le rôle que ses responsabilités lui confèrent, le Président est très impliqué dans la vie de l'association. Un comité de direction (Codir) composé des :

- Président
- Vice-président
- Directeur
- 3 Adjointes de direction (chefs de service)

se réunit deux fois par mois pour suivre et définir les axes d'orientation stratégiques en matière de gestion, de développement, de qualité des prestations rendues. En qualité de directeur, je sou mets au Codir les propositions d'actions stratégiques qui résultent de ma participation aux travaux du réseau FAGERH et de la veille que j'entretiens sur notre environnement direct. Je rends compte des décisions que je prends pour la gestion courante et la sécurité de l'établissement et je contrôle la bonne application des décisions du Codir. Les délégations dont je suis dépositaire figurent dans le document unique des délégations (DUD)

- la conduite du projet d'établissement
- la politique de qualité de nos prestations au bénéfice des personnes accueillies
- La gestion des ressources humaines et le management du personnel
- le contrôle de gestion au moyen de tableaux de bord et d'indicateurs ciblés
- la représentation extérieure auprès des autorités et des partenaires
- l'analyse des pistes de développement possibles de l'Association.

Pour m'assister dans mes missions, 3 adjointes de direction travaillent à mes côtés :

- un responsable des services économiques. Il encadre le service comptable, administratif et logistique. Il veille au respect de la procédure d'achat et supervise les services concédés aux prestataires extérieurs.
- Une chargée du service pédagogique et de l'équipe de cadres éducatifs qui la compose. Elle co-construit et met en œuvre les stratégies pédagogiques adaptées aux publics accueillis. Elle veille au bon déroulement du parcours personnalisé et à l'écoute de chaque personne accueillie.
- Un adjoint chargé des affaires internes, de l'accueil et de la vie dans l'établissement des stagiaires. Il assure l'enregistrement de toutes nos actions dans le dossier unique de l'utilisateur.

2.1.5 Représentants du personnel

Le centre richebois est un établissement de moins 50 salariés. Des délégués du personnel sont élus dans le respect de la réglementation du travail. Il y a deux titulaires : un cadre et un non-cadre, idem pour les suppléants. Les délégués actuels sont investis et

favorisent le dialogue social. Je communique régulièrement avec eux, de façon formelle ou informelle selon le sujet et en toute transparence. Le dialogue est fluide dans les deux sens : ils savent que je reste facilement accessible à toutes les discussions, suggestions et naturellement aux réclamations. J'estime que cette fluidité de communication est indispensable à la qualité de vie au travail de tous les salariés que je réunis systématiquement lors d'une réunion mensuelle. Je n'hésite pas à leur faire part des sujets sensibles, comme la réponse à de nouveaux besoins qui peuvent sortir de notre champ de compétences, qui nécessiteront les idées ou les efforts de tous. En même temps bien sûr, je mets en évidence les bonnes nouvelles internes ou externes et je dis facilement merci aux équipes ou aux personnes qui participent au rayonnement de l'établissement.

2.2 Analyse de l'environnement de la rééducation professionnelle

2.2.1 Analyse PESTEL.

L'environnement est analysé ci-dessous dans les champs politique, économique, social/sociologique/socio-culturel, technologique, environnemental et légal regroupés sous l'acronyme PESTEL :

A) Politique

- Dans le projet qu'il a défendu durant sa campagne présidentielle, le nouveau Président de la République a annoncé vouloir faire évoluer les politiques s'appliquant à l'éducation, à la formation professionnelle, à la prise en charge du handicap et à la revalorisation du travail. A ce stade, tout le projet annoncé n'a pas encore pris corps même si la réforme portant sur le travail se profile. La confortable majorité dont dispose le gouvernement devrait faciliter ce train de réforme.
- La désinstitutionnalisation prônée par les politiques européennes puis corroborées par les lois nationales 2002-2 et 2005-102 invitent à réserver les institutions aux seuls soins. Si cette dynamique est appréhendée par certains professionnels comme le démantèlement des structures médico-sociales, elle est vue par les personnes en situation de handicap et les familles comme « *un levier pour une société inclusive* »².

² LES ESSENTIELS DE L'UNAPEI : la désinstitutionnalisation, consulté le 26/05/2017, disponible sur internet : http://www.unapei.org/IMG/pdf/unapei_essentiel_desinstitutionnalisation.pdf

- L'Organisation Mondiale de la Santé souligne les nombreuses violations de leurs droits et des discriminations dont sont victimes les personnes atteintes de troubles mentaux. Elle a construit un plan d'action pour la santé mentale 2013 – 2020 qui invite les nations à faire respecter leurs droits, à lutter contre les facteurs de risque des troubles mentaux dès le plus jeune âge et à restituer tous leurs droits aux personnes en situation de handicap psychique.

B) Economique

- Les indicateurs INSEE du premier trimestre 2017 font état d'un taux de chômage de 9,6 % soit une diminution de 0,4%³. Il est naturellement plus aisé de parler d'insertion professionnelle dans un contexte où la tendance s'améliore. Cette amélioration ne profite toutefois pas aux personnes en situation de handicap.
- En effet, le taux de chômage des personnes handicapées en France est de 21% soit plus du double de celui de la population⁴ ;
- Une personne en situation de handicap reste, en moyenne, 799 jours inscrite à Pôle emploi contre 593 jours pour le reste de la population⁵
- Il existe déjà des modalités de travail mobilisables pour les personnes qui disposent d'un savoir faire et d'une certaine autonomie (CESU, portage salarial, couveuse d'entreprise, coopérative, etc.). Le projet du nouveau président de la République prévoit en plus de « *libérer le travail et l'esprit d'entreprise* ». Toutefois, il est utile de rappeler que l'activité rémunérée doit être la plus stable possible pour éviter la précarisation, surtout lorsqu'il s'agit de populations déjà fragiles.
- Par le dispositif SERAFIN PH, l'évolution engagée de la tarification des établissements ou services sociaux et médico-sociaux vise une logique d'équité et de promotion des parcours. Les fédérations qui nous représentent souhaitent veiller à ce que la meilleure souplesse annoncée l'emporte sur une vision trop économique comme celle qui a été adoptée dans le champ du sanitaire avec le financement à l'activité (T2A).
- L'évolution des dépenses en psychiatrie représente près de 23 Mds d'euros en 2014 soit 15% de la dépense publique de santé, deuxième poste de dépense (*source : Annexe 7 - ONDAM et dépenses de santé – PLFSS 2017*) ;

³ INSEE, Statistiques, Economie – Conjoncture – Comptes nationaux, consulté le 15/06/2017, disponible sur Internet : <https://insee.fr/fr/statistiques?theme=27>

⁴ Source : APF France handicap, *Actualités nationales, insertion professionnelle, chiffres 2016*, consulté le 8/05/2017, disponible sur Internet : <https://www.apf-francehandicap.org/>

⁵ Source : agefiph, ouvrir l'emploi aux personnes handicapées, *Actus et publications, Rapport d'activité 2016*, consulté le 16/06/2017, disponible sur Internet : <https://www.agefiph.fr/Actus-Publications>

- la croissance économique en France pour 2017 est de 0,83 %, l'emploi a crû de 1,2 % en 12 mois (*source INSEE*).

C) Social – Sociologique – Socio-culturel

- Evolution de la structure familiale en France : 18% des enfants mineurs vivent en famille monoparentale (*source INSEE*). Des études montrent l'impact de la structure familiale sur la santé mentale de l'enfant/l'adolescent.
- En France, l'alcool est la première substance psychoactive consommée en termes de niveau d'expérimentation. En 2011, à la fin de l'adolescence, l'expérimentation concerne 91 % des garçons et des filles. Parmi les élèves âgés de 11 ans, 58 % ont déclaré en 2010 avoir déjà expérimenté une boisson alcoolisée (*source INSERM*).
- La France est aujourd'hui la première consommatrice mondiale de psychotropes avec plus de 25% de la population (*20% en moyenne dans le monde – source OMS*)
- l'abus de substances, alcool et stupéfiants notamment chez les adolescents peut précipiter la survenue de troubles psychiatriques (*source INSERM*)
- 60 % de la population vit dans des pôles urbains (*source INSEE*) où les tentations par mimétisme sont plus grandes qu'en milieu rural.
- L'exclusion sociale s'accompagne souvent d'une forme d'exclusion culturelle. Malgré des politiques culturelles réellement revendiquées, il s'est creusé un fossé entre la société et certaines formes d'art peu lisibles.

D) Technologique

- il y a une évolution des thérapies en psychiatrie qui limitent et encadrent davantage les soins sans consentement ;
- la digitalisation de la formation permet d'assurer la formation à distance voire, l'autoformation par l'utilisation de plateformes de banques de données formatives numériques ;
- le télétravail facilite la réalisation d'une activité professionnelle numérique pour le compte d'une entreprise tout en restant à domicile. Il est encadré par la loi.

E) Environnemental

- l'engagement de la France dans la transition énergétique en 2015 ouvre un champ d'activités nouvelles ;
- les nouveaux métiers de l'environnement, accessibles de « sans diplôme » à « bac + 5 » offrent une large gamme d'opportunités d'emplois
- la COP 21 et les accords de Paris avaient une ambition qui pourrait être limitée par les résistances de certains pays dont, notamment, les Etats-Unis.

- Le nouveau président a présenté dans son projet, des mesures pour valoriser l'agriculture. Ce secteur d'activité, en perte d'attractivité, offre pourtant des modalités et une qualité de travail adaptées à tous les niveaux de qualification.

F) Légal

- L'obligation d'emploi des TH dans les secteurs privé et public est un levier économique qui peut faciliter l'accès au travail ;
- la loi 2005-102 pour l'Egalité des chances a permis la reconnaissance du handicap psychique ;
- Lorsqu'une personne fait une demande d'allocation d'adulte handicapé (AAH) à la MDPH, la CDAPH crée automatiquement sa reconnaissance de travailleur handicapé (RTH) et une orientation/reclassement professionnels (ORP) si son état de santé le permet ;
- Les pays d'Europe ont une expérience de l'emploi accompagné qui démontre l'intérêt de ce dispositif. La France est en retard dans ce domaine mais elle vient de voter en 2016, une loi sur l'emploi accompagné que les ARS sont en train de mettre en œuvre par le biais d'appels d'offres ciblés ;
- l'obligation à engager la démarche de Responsabilité sociétale des entreprises (RSE) dans les entreprises de plus de 500 salariés aura des effets managériaux. Le champ « bien-être des salariés » est une composante majeure de la santé mentale.

2.2.2 L'environnement concurrentiel : partenaires mais concurrents

Les CRP sont des établissements dits « spécialisés » classés comme médico-sociaux et financés, à ce titre, par l'assurance maladie sous le contrôle des ARS.

Si on ne peut pas l'assimiler à de la concurrence, il faut toutefois noter que le principe de non discrimination induit légitimement, le report d'une grande part du public reconnu TH vers les organismes de formation de droit commun qui reçoivent un co-financement des AGEFIPH et FIPHFP. Il revient donc aux CRP de prendre en compte des publics les plus éloignés de l'emploi qui nécessitent la mobilisation de ressources médico-psycho-sociales conséquentes.

Dans les Bouches du Rhône, il y a 5 CRP dont 4 à Marseille. Nos adhésions à la FAGERH et les rencontres partenariales régionales facilitent la cohésion de nos actions et prestations mais n'empêchent pas une certaine concurrence. Chaque CRP est adossé à une association distincte qui lutte pour maintenir en bon état son outil de travail et les financements qui permettent son fonctionnement. Chaque CRP a une relative liberté pour faire évoluer son offre même si cette mise en place doit respecter des modalités bien précises. En effet, à ce jour et malgré la réforme de la formation professionnelle de mars 2014, la création d'une nouvelle action de formation ne répond pas encore à un appel

d'offre du Conseil Régional. Le Centre Richebois, davantage que les autres CRP, a su jouer de cette liberté pour évoluer en profondeur. En 9 ans, 7 nouveaux dispositifs de formation auront vu le jour en remplacement d'autres qui ont été désactivés. Cela témoigne de notre capacité d'innovation et de la capacité d'adaptation au changement des équipes. Ce dynamisme est connu et apprécié des partenaires et prescripteurs.

2.2.3 Relations avec la MDPH 13 : une coopération constructive

Dès le début des années 2000, à la suite du directeur qui assurait déjà cette mission, j'ai intégré les équipes techniques de la COTOREP qui sont devenues « équipes pluridisciplinaires » à la naissance des MDPH en 2006. Au cœur de ces équipes ORP (orientation et reclassement professionnels), toujours composées du médecin et du référent insertion professionnelle de la MDPH, d'une assistante sociale de la CARSAT, des conseillers Pôle et Cap emploi, j'apporte mon expertise de la rééducation professionnelle avec 2 ou 3 autres professionnels du même secteur. L'objectif n'est pas de « vendre » des prestations mais de collaborer à la construction d'une réponse de compensation du handicap d'après la demande d'une personne, son projet et les éléments d'évaluation qui nous étaient présentés. Chaque semaine, il y a 4 séances d'une demi-journée pendant lesquelles sont examinées 30 demandes en moyenne. Depuis ma prise de fonction de directeur, j'ai été élu, comme 15 autres personnes adhérentes au mouvement Parcours Handicap 13 qui rassemble 130 associations de familles ou de professionnels du champ médico-social, pour siéger à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées de la MDPH 13. Dans cette mission, l'expérience que j'ai acquise dans les équipes pluridisciplinaires et mon expertise de la rééducation professionnelle sont utiles et appréciées par les membres de la commission.

2.2.3.1 Mesure des besoins en relation avec notre offre de services

La MDPH édite chaque année un bilan d'activité qui recense les données quantitatives et qualitatives des prestations que la CDAPH notifie. Mais s'il permet de mesurer les orientations vers des dispositifs existants, ce bilan ne permet pas d'identifier les besoins non couverts. C'est donc cette mesure que je décide de conduire.

Éléments de management des ressources humaines

Objectif	Collecter des éléments quantitatifs et qualitatifs de connaissance des besoins non couverts
Salariés que j'ai missionnés	2 chefs de service, 1 intervenant social, 1 cadre éducatif, 1 secrétaire pédagogique
Planification de cette action	4 demi-journées par semaine durant 6 mois
Lieu(x) de	Equipes pluridisciplinaire orientation et reclassement

déroulement	professionnel à la MDPH 13
Méthodes employées	Formation à l'intervention dans ses équipes et utilisation d'une grille statistique que j'ai développée. Compilation de ces éléments par la secrétaire pédagogique dans un tableau Excel de synthèse. Réunions mensuelles d'échanges de pratiques et de coordination des actions
Résultats attendus	Construction d'une base de données fiables pour identifier les populations qui ne bénéficient pas de prestations de compensation adaptées.

Ainsi, afin de pouvoir assurer une présence à toutes les séances pendant une campagne statistique que j'ai calibrée à 6 mois, j'ai constitué et formé un groupe de 4 salariés à l'intervention en équipe pluridisciplinaire : 2 chefs de service, 1 intervenant social et 1 cadre éducatif.

Cette formation regroupait des apports sur :

- Les rôle et missions de l'équipe pluridisciplinaire : l'usager et son projet de vie au centre de toutes les attentions, la coordination des expertises pour une réponse de compensation optimale dans le territoire ;
- L'environnement : qui est présent, qui décide de quoi, quels sont les interactions et les enjeux ?
- La communication : quelle posture adopter, quelle hiérarchie dans l'équipe, quelle échanges sont constructifs et efficaces, comment installer la confiance ?
- L'éthique : l'apport d'une expertise au service de l'équipe et dans l'intérêt de la personne, de l'information choisie plutôt que du « racolage » ou de la publicité tapageuse ;
- Le catalogue des mesures disponibles dans le territoire, les lieux ressources où en trouver davantage.

En complément de cette formation préalable, j'ai rassemblé l'équipe une fois par mois pour faire les bilans, les échanges d'informations et de pratique. Notre présence régulière à la MDPH des Bouches du Rhône m'a permis de mettre en œuvre ce travail statistique ciblé dont l'objectif est de révéler par les preuves, quels besoins ne trouvent pas ou peu de réponses dans l'offre territoriale. J'ai créé une grille de relevé statistique et j'ai chargé chaque salarié de mener une campagne de recueil de données quantitatives qui seront compilées sur informatique au CRP.

J'ai présenté cette initiative aux cadres de la MDPH qui ont émis, dans un premier temps, des réserves à la réalisation de ce travail qualifié « d'intrusif ». La crainte de l'exploitation de données à caractère confidentiel existe. J'ai du faire preuve de pédagogie pour expliquer que ce relevé quantitatif et anonyme ne porte que sur les réponses apportées (ou pas) aux personnes. J'ai ensuite imposé à mes collaborateurs une extrême rigueur pour limiter la collecte aux seules informations dont j'ai besoin et que nous sommes

autorisés à exploiter. Les cadres de la MDPH ont ensuite volontiers collaboré lorsqu'ils ont repéré l'intérêt d'une action qui leur permettra, in fine, d'étoffer leur catalogue avec de nouvelles prestations à destination d'une population élargie.

2.2.3.2 Identification des besoins de personnes non couverts par les prestations de rééducation professionnelle

Assez tôt dans la campagne de collecte, des tendances apparaissent. Elles étaient pressenties avant ce travail mais elles sont devenues factuelles, semaine après semaine grâce à la compilation informatique des données quantitatives recueillies. À ce stade, par la preuve des chiffres, même s'il n'est pas pertinent de parler d'absence de réponse, l'attention portée collectivement au traitement des différents dossiers nous permet de parler de réponse inadaptée, trop souvent affectée par défaut.

Deux types de besoins, associés à des profils ciblés, ont fait surface de façon évidente :

1. Les travailleurs handicapés de plus de 55 ans à qui l'équipe démunie propose généralement un accompagnement par pôle Emploi ou Cap Emploi en vue d'un difficile retour au travail ;
2. Les travailleurs en situation de handicap psychique à qui l'équipe propose également un accompagnement par Cap Emploi mais avec la collaboration d'un dispositif de soutien psychologique personnalisé pour le retour à l'emploi en milieu ordinaire.

L'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est conscient de l'inadéquation de ces propositions aux besoins réels de ces personnes et c'est souvent dans un climat de grande frustration que les propositions sont émises. Naturellement, le retour à l'emploi est un objectif sensé et souhaité par les personnes mais aucune prestation personnalisée d'accompagnement soutenu ne peut alors assurer le lien entre le traitement de leur demande par l'équipe de la MDPH et leur accès à l'emploi avec l'accompagnement de Pôle ou Cap Emploi.

2.2.3.3 Analyse des raisons de ces exclusions

Alors, pourquoi une prestation de rééducation professionnelle ne correspond pas aux besoins exprimés par ces deux types de profils ? La réponse m'a été soufflée par un partenaire de Cap Emploi : « *Vous proposez des prestations très dynamiques et innovantes qui apportent une réelle plus value aux personnes qui en bénéficient mais... vous êtes trop élitistes !* ». Pire encore, quelque temps plus tard, j'ai même été interpellé par le parent d'un jeune TH à l'occasion d'une table ronde organisée durant la semaine de la santé mentale à laquelle j'ai été invité par le conseil d'orientation en santé mentale de

la ville de Marseille (COSM) : « Avec vos formations, vous êtes maltraitant ! ». Ça a claqué comme un coup de fouet. Comment pouvons nous, nous rendre maltraitants, alors que tout semble être fait pour prendre en compte les besoins des personnes accueillies au plus proche des recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM ?

Le coupable est identifié : trop attachés au **produit**, les prestations du CRP Richebois sont devenues trop peu accessibles aux personnes en situation de handicap psychique les plus fragiles.

Les deux profils mis en évidence lors des enquêtes statistiques à la MDPH 13 apportent la démonstration de l'inadéquation besoins / prestations.

- Pour les TH « seniors » :
 - les parcours qui durent 14 mois en moyenne, auxquels s'additionnaient régulièrement 12 à 24 mois de délai d'admission selon les orientations. Quel intérêt de s'inscrire dans un processus de 2 à 3 ans pour se former à quelques mois ou années de la retraite ?
 - à l'âge où les expériences professionnelles sont multiples et complémentaires, quelle utilité d'apprendre un nouveau métier comme dans une formation initiale ?
 - comment intégrer efficacement une formation au contenu exigeant quand les prérequis sont trop anciens voire effacés ?
- Pour les TH en situation de handicap psychique :
 - Un parcours long combinant une durée de travail hebdomadaire identique à la durée de travail légal (35 h par semaine), des objectifs de qualification à atteindre dans un calendrier contraint, des méthodes pédagogiques individualisées mais pas suffisamment personnalisées. Comment suivre un tel rythme quand les potentiels sont limités ?
 - Le manque de réactivité de l'accès à l'offre (délais d'admission) est un obstacle dans les trajectoires où la dynamique instaurée par les différents partenaires de l'accompagnement est si fragile et fugitive.

Cette analyse fournit des éléments de compréhension de nos faiblesses mais aussi et surtout, des axes de développement pour offrir des prestations qui s'adaptent aux besoins des personnes. C'est l'application de la loi 2002-2 à l'offre « catalogue » : l'utilisateur au centre du dispositif.

2.3 Analyse stratégique

Les éléments d'analyse sont rassemblés dans une matrice SWOT classique qui permet de confronter l'analyse interne de l'organisation avec l'analyse externe de l'environnement.

	POSITIF	NEGATIF
ORGANISATION	<p>FORCES</p> <ul style="list-style-type: none"> • association gestionnaire / un établissement unique permet la souplesse de gestion et une facilité de développement • grande stabilité du personnel • attachement du personnel au CRP • implication de l'association à tous les stades de développement • capacité d'ingénierie démontrée • importants investissements pour la formation du personnel • expérience de l'accompagnement des publics en situation de handicap dans des parcours d'insertion professionnelle • projet d'établissement mentionnant la volonté de l'association de renforcer l'équipe médico-psycho-sociale et celle d'accueillir les publics les plus en difficulté. 	<p>FAIBLESSES</p> <ul style="list-style-type: none"> • catalogue d'actions de formations qualifiantes en perte de notoriété, d'attractivité mais surtout d'accessibilité • modalités de séjour verrouillées entre deux dates prédéfinies 18 mois à l'avance • équipe médico-psycho-sociale saturée • craintes de certains formateurs d'une concentration de pathologies psychiques dans les groupes • gestion difficile des phénomènes d'addiction à l'internat • un seul surveillant d'internat la nuit avec l'appui du cadre d'astreinte • périodes de changements : indicateurs ANAP en 2018, souplesse attendue de la « réponse accompagnée pour tous », passage en CPOM en 2019 • pyramide des âges défavorable : 6 salariés sur 38 ont plus de 60 ans
	<p>OPPORTUNITES</p> <ul style="list-style-type: none"> • reconnaissance de l'expertise du CRP par les partenaires (MDPH 13, Cap Emploi 13, CMP Belle de Mai, Comité d'orientation Santé Mentale de la Ville de Marseille, plateforme insertion professionnelle du CHP Edouard Toulouse) • relative facilité de demande d'agrément d'une nouvelle action à l'autorité administrative. • nombreuses conventions à venir avec des partenaires acteurs sanitaires et médico-sociaux de l'accompagnement, notamment en santé mentale • politiques favorables de l'état et des collectivités territoriales pour la santé mentale • proximité géographique avec le CHP Edouard Toulouse 	<p>MENACES</p> <ul style="list-style-type: none"> • cadre administratif de prise en charge des séjours, peu propice à la souplesse nécessaire aux besoins des publics • droit commun est la priorité d'orientation, le CRP doit apporter une plus value centrée sur son action et son expertise médico-sociale • risque de rupture de soins des usagers habitant loin du CRP • récente loi de promotion de l'emploi accompagné qui s'appuie sur le concept américain IPS prône l'accès à l'emploi avant (voire, à la place de) la formation. • risque d'assimilation du CRP à l'accompagnement exclusif des pathologies psychiques
ENVIRONNEMENT		

Cette matrice met en évidence certaines faiblesses de l'organisation et menaces de l'environnement qui peuvent être compensées par des forces et opportunités que l'analyse a révélées. Ainsi, il est possible d'envisager de remplacer les actions de formation en perte d'attractivité dans le catalogue en s'appuyant sur la capacité d'ingénierie de l'établissement associée à la relative facilité de demande d'agrément

d'une nouvelle action à l'autorité administrative. Les politiques publiques favorables à des mesures d'accompagnement en santé mentale ouvrent des voies de développement. D'autre part, l'équipe médico-psycho-sociale actuelle peut trouver un appui conséquent auprès des partenaires sanitaires et médico-sociaux spécialisés en santé mentale, prêts à établir des partenariats. La stabilité et l'attachement du personnel au CRP ainsi que la politique de formation de l'établissement seront des critères facilitants pour aborder les phases de changement à venir.

Il reste des défis à relever comme celui du peu de souplesse des modalités de prise en charge administrative qui nécessitera la créativité des équipes pour concilier les besoins des personnes avec les conditions de déroulement du séjour. Et des points de vigilance sur la gestion prévisionnelle des métiers compétences et sur les évolutions de la rééducation professionnelle en général.

2.4 Démarche de réflexion prospective

À l'appui de cette analyse, il se dégage des axes d'évolution de tendances à partir desquels peuvent être construits plusieurs scénarii.

En premier lieu, le bouleversement politique auquel on assiste depuis la dernière élection présidentielle et l'importante majorité remportée aux législatives présagent du virage libéral conduit par le nouveau Président de la République. Les réformes du code du travail et de la formation professionnelle sont adoptées depuis juin 2018. La création d'emplois devrait être libérée avec de nouvelles formes de travail ; la formation professionnelle va être concentrée sur les chômeurs non qualifiés.

Ensuite, le nouvel élan européen voulu par le Président de la République risque d'amener la France à adopter rapidement les modalités d'accompagnement du handicap déjà présentes depuis longtemps dans tous les autres pays européens. La désinstitutionnalisation et la lutte contre toutes les situations discriminantes devraient s'accélérer. On peut s'attendre à un recours encore plus important aux dispositifs de droit commun pour assurer la formation professionnelle des personnes en situation de handicap. Les CRP ne pourraient être sollicités que pour leur expertise médico-sociale dans une logique de parcours fractionné.

Puis l'O.M.S. a fait de la lutte contre les discriminations faites aux personnes en situation de handicap psychique une de ses priorités. Elle pousse les Nations à s'engager dans cette voie. A l'échelle locale, l'ARS PACA-Corse a publié en avril 2017 un plan d'action qui mentionne son engagement en faveur du handicap psychique, engagement confirmé dans son rapport d'orientation budgétaire de juin 2017.

Enfin, toujours selon l'O.M.S., le nombre de personnes atteintes de troubles psychiques est en progression. Et des facteurs sociologiques aggravent cette situation. C'est le cas, entre autres, de l'éclatement de la cellule familiale ou de la démission éducative des

parents qui sont, soit submergés par leurs obligations professionnelles, soit qui ont eux-mêmes été en échec scolaire. Emmanuel De Becker, pédopsychiatre aux Cliniques Universitaires Saint-Luc (Bruxelles) explique qu' « *on ne peut pas grandir seul. La négligence parentale (intentionnelle ou non) est une terrible absence.* ». Les sociétés occidentales modernes tendent à favoriser l'apparition de handicaps psychiques par la multiplication de ces « absences ».

Je repère donc des indicateurs qui montrent une tendance forte : le nombre de personnes en situation de handicap psychique évolue en continu, notre société étant elle-même productrice de ces handicaps. En parallèle, les politiques publiques traduisent par le biais des ARS, la priorité de l'O.M.S. à lutter contre les discriminations faites à ces populations, notamment en matière d'accès à l'emploi. Le CRP doit porter sa mission médico-sociale en partenariat avec les structures de formation de droit commun. Cette logique de « co-accompagnement » devrait prendre le dessus sur celle des parcours rigides de date à date, lesquels parcours devront s'adapter aux capacités très fluctuantes des publics visés.

2.5 Positionnement stratégique

2.5.1 Les domaines d'activité stratégiques

Le Centre Richebois agit dans ce champ étroit de la rééducation professionnelle, encadré précisément par la loi. Il adhère à la fédération FAGERH qui regroupe la presque totalité des CRP français, soit près de 80 établissements répartis sur tout le territoire métropolitain. Chaque CRP présente un catalogue de prestations d'accompagnement qui s'appuie sur des actions de formations majoritairement issues de l'offre de titres professionnels portée par le ministère chargé de l'emploi. En fonction de leur histoire, de leur implantation et de leurs ressources, les CRP peuvent recevoir des publics TH spécifiques (troubles visuels par exemple) et/ou développer des prestations innovantes.

Le CRP Richebois a fait ce choix de diversifier son offre de prestations pour l'adapter aux besoins du public le plus en difficulté qui est présent sur le territoire :

- Personnes en situation de handicap et d'illettrisme/analphabétisme
- Jeunes adultes en situation de handicap sans qualification

Son offre globale (catalogue) peut être modélisée dans une matrice BCG :

	Fort	STAR	DILEMME
Taux de croissance du marché		FLB-P / PMS / ALTERNATIVE / ARRIVE	AEB
	Faible	VACHE A LAIT	POIDS MORT
		EAA	TLE / TETTM / DDA / CA
	Forte	Part de marché relative	Faible

Commentaires :

- Le produit « français langue de base et professionnalisation » (FLB-P), s'adresse à un public TH qui éprouve des difficultés linguistiques. Il est LE produit star. Le premier dispositif a été mis en place en 2012, complété par un deuxième en 2013, un troisième en 2015 et un quatrième en 2017. Et les listes d'attente ne cessent de s'allonger. Aujourd'hui, il faut attendre 18 mois avant une admission. Il n'est pas prévu d'aller au-delà de quatre groupes en parallèle pour pouvoir réellement bénéficier d'un accès à l'emploi dans le territoire et ne pas provoquer sa saturation.
- Les produits « plateforme multi-services » (PMS) et « ALTERNATIVE » sont récents (respectivement 2014 et 2016). Ils sont construits avec une logique similaire : apprentissage par la pratique dans des projets que conduisent les usagers. PMS accueille toutefois un public TH plus âgé qu'ALTERNATIVE qui est conçu pour des TH de 18 à 30 ans. La demande est soutenue sans égaler celle de FLB-P.
- Le développement du dispositif ARRIVE (action en réseau pour la remobilisation et l'inclusion via l'employabilité directe) fait l'objet de la partie III de ce mémoire.
- La formation qui mène au titre d'employé administratif et d'accueil (EAA) de niveau V reste le seul titre de niveau V du domaine tertiaire. Même si on constate encore beaucoup d'orientations, son avenir n'est pas pérennisé. Il est souvent utilisé en « choix par défaut » pour des personnes qui ne peuvent plus travailler avec des contraintes physiques.
- Agent d'entretien du bâtiment (AEB) est une action qualifiante de niveau V qui vise un métier manuel. Encore souvent sollicité, le public qui y est accueilli est pourtant très éloigné de l'emploi. Les centres de formation de l'ex-AFPA d'Istres (18 km à l'ouest) et de Marseille la Treille (20 km à l'est) proposent ce même titre dans le droit commun. L'existence de cette action en CRP ne peut perdurer qu'en tenant compte des difficultés croissantes des TH qui y sont admis.
- Les titres qualifiants technicien en logistique d'entreposage (TLE), technicien en exploitation du transport terrestre de marchandises (TETTM), Déclarant en douane adjoint (DDA) et comptable assistant (CA) de niveau IV sont encore sollicités mais peinent à conserver leur pertinence et donc leur place dans la rééducation professionnelle. Ils ne doivent leur survie qu'au fait que nous soyons le seul CRP à les dispenser en France (sauf CA).

2.5.2 Options stratégiques possibles

Face aux enjeux qui se présentent au CRP, il apparaît plusieurs stratégies qui peuvent être mises en œuvre sans difficulté particulière :

1. utiliser l'image positive dont le CRP Richebois bénéficie auprès de ses partenaires institutionnels et médico-sociaux pour poursuivre son action sans bouleversement de son offre de prestations. Il a déjà une offre diversifiée : accueil de TH jeunes à seniors, actions diplômantes ou non, diversités des pathologies accueillies, large palette de métiers visés par les formations. Le taux d'activité est élevé et les listes d'attente varient entre 3 et 30 mois selon les produits. L'investissement de plusieurs salariés dans les équipes pluridisciplinaires et CDAPH de la MDPH 13 suffit à appréhender les besoins immédiats.
2. S'appuyer sur l'expertise acquise de l'accompagnement des publics en situation de handicap et de difficulté linguistique pour installer une cinquième action « français langue de base et professionnalisation » dans l'offre de prestations en remplacement des « poids morts » que deviennent les formations qualifiantes de niveau IV. Les listes d'attentes sont très importantes (jusqu'à 24 mois), les demandes de la MDPH 13 continuent d'affluer même si les orientations sont parfois inappropriées en raison des difficultés qu'éprouve la MDPH à réaliser des évaluations initiales ciblées (C'est ainsi que peuvent être orientées des personnes en situation de handicap mental, incapables d'accéder au langage). Les équipes de formateurs ont mis en œuvre une technicité et des méthodes innovantes qui fournissent de bons résultats linguistiques et de remobilisation. L'accès à l'emploi est toutefois dépendant de la capacité d'embauche des entreprises à des postes de premier niveau de qualification et du profil des personnes, notamment de leur âge et de la gravité du handicap.
3. Capitaliser l'expertise des partenaires du CRP qui agissent, entre autres, dans le champ de la santé mentale pour construire une nouvelle prestation de formation / accompagnement destinée aux personnes en situation de handicap psychique, en remplacement d'une action en fin de vie. Le développement porterait sur le contenu et le « contenant » afin de les adapter aux spécificités du public accueilli. Construire un accompagnement à l'emploi dans le territoire PACA adapté et personnalisé à ce public.

Je présente les trois options en comité de direction. Devant la nécessité de rendre accessible l'offre de service à des personnes en situation de handicap psychique, c'est l'option numéro 3 que je présente comme l'option stratégique la plus pertinente pour répondre aux besoins des personnes les plus éloignées de l'emploi qui sollicitent la MDPH.

Fondateur et acteur investi dans la vie du CRP, le Président est conscient qu'une profonde évolution s'annonce. Fervent militant de la rééducation professionnelle pour un accès à l'emploi par la qualification, c'est lui qui a fixé le cap : la ou les nouvelles actions seront créées pour s'adapter aux besoins mais resteront qualifiantes. Hors de question pour lui de construire une formation « parking » à objet purement social. Comme de nombreux auteurs, il rappelle avec conviction que le travail est le principal facteur de socialisation et de valorisation de l'Homme. Le travail offre à la personne, l'occasion de sortir des catégories de population exclues de la croissance en même temps que de l'assistance individuelle souvent accompagnée de soutiens financiers. Et dans le cas des personnes en situation de handicap psychique, les médecins psychiatres s'accordent à dire qu'« *occuper un emploi compte d'ailleurs parmi les critères objectifs du rétablissement* » (Dr Mike Slade – 2009)⁶.

Le comité de direction valide la proposition numéro 3 et me charge de la conduite du projet qui devra s'accompagner de toutes les actions qui garantiront à la fois la qualité de l'accueil de ces personnes et la sécurisation des parcours. Rendre accessible ne revient pas seulement à autoriser l'accès mais également à finaliser un parcours engagé.

⁶ Valérie Boucherat-hue, Denis Leguay, Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol, Florence Weber, juin 2016, *Handicap psychique : questions vives*, Villematier France, ERES, p279 – 298, handicap psychique et insertion professionnelle

3 DÉMARCHE PROJET-ÉVALUATION : FAIRE ÉVOLUER L'ACCESSIBILITÉ DE L'OFFRE DE SERVICE POUR LES TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE LES PLUS ÉLOIGNÉS DE L'EMPLOI

3.1 Pilotage du projet

3.1.1 Visée du projet

Si l'action du CRP Richebois a toujours eu comme finalité de proposer des prestations qui valorisent les personnes accueillies, c'est avec, comme point d'entrée jusqu'à la fin des années 2000, l'originalité de l'offre « catalogue ». Certaines formations professionnelles étaient des produits « maison » représentant une offre de niche construite par les formateurs passionnés, chargés d'accompagner les usagers vers la qualification puis vers l'emploi. Cela a été le cas, entre autres, de la formation « d'agent de transit douane » conçue en 1983, de la spécialisation « domotique » en 1991 ou de la formation de « technicien en gestion immobilière » en 1994. Des produits exclusifs, disponibles nulle part ailleurs qui mettaient les usagers en position de force face à la concurrence : c'est cette exclusivité qui assurait le meilleur argument de recrutement des personnes formées. Pour construire et dispenser ces formations, l'équipe pédagogique était composée exclusivement de formateurs dont le profil était typiquement :

- personne issue du domaine professionnel, cœur des apprentissages ;
- 5 ans d'expérience dans le métier enseigné ;
- apte à l'ingénierie de formation ;
- apte à l'accompagnement d'un groupe d'adultes en situation de handicap ;
- rompu au travail d'équipe ;
- ouvert à l'interdisciplinarité.

Ce centrage sur le « produit » enseigné a permis de recruter d'excellents professionnels dont la majorité se sont avérés être d'excellents accompagnants pour les personnes accueillies. Leur passion du métier est leur moteur mais aussi le ciment motivationnel nécessaire à la conduite du groupe. Comme l'a dit Peter Aspe, « *la passion est un moteur dont personne ne mesure la puissance* ». Et des centaines d'usagers se sont laissés guider par ces passionnés, accrochés à leur dynamisme, prêts à dépasser leurs limites pour atteindre un objectif idéal : réussir l'examen final et décrocher un emploi. Les résultats témoignaient de la pertinence de cette stratégie : en 2007, 83% de réussite aux examens et près de 70% de placement à l'emploi.

Mais de quelle réussite parlons nous ? Quels en sont les indicateurs ?

La réussite que l'établissement a construite grâce à l'adéquation de son offre dans le territoire, à ses méthodes et à ses ressources humaines et qui conditionne sa survie ?

Les indicateurs que l'autorité administrative (DDTEFP/DRTEFP devenue DIRECCTE) demandait de présenter aux contrôleurs AFPA missionnés par le ministère chargé de l'emploi pour auditer les « centres agréés » autorisés à dispenser des formations conduisant aux titres professionnels ? Ces indicateurs qui me semblent si désuets aujourd'hui : « taux de réussite aux examens » et « taux de placement » ?

Avouons humblement que l'arrivée de la loi 2002-2 a permis aux CRP de se recentrer sur l'essentiel : les personnes accueillies et leurs besoins.

L'angle de vue a changé. Il n'est plus question de développer des actions visant à satisfaire aux seuls critères de l'autorité administrative et du marché de l'emploi du territoire. Le développement de l'offre doit satisfaire aux besoins d'une population qui était, finalement, pas si bien définie que je ne le pensais. La campagne d'enquête statistique réalisée au cœur même des équipes pluridisciplinaires de la MDPH 13 m'a fourni des éléments précieux pour orienter mon projet (cf. § 2.2.3).

La visée est que chaque nouveau professionnel formé au CRP puisse s'insérer et s'inclure durablement dans un contexte professionnel qui reconnaît ses compétences et talents et où il s'épanouit.

3.1.2 Objectifs stratégiques

Nos références et nos méthodes de travail doivent être bousculées pour ne pas reproduire un schéma centré sur le produit. Un des supports essentiels qui a guidé mes choix lors de la création de cette offre est le guide des recommandations des bonnes pratiques de l'ANESM (repris par l'HAS depuis le 1^{er} avril 2018) « *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre.* »⁷ Les chapitres de ce guide ont une résonance particulière avec les concepts du dispositif à construire :

- *L'utilisateur co-auteur de son parcours* (liberté de choix, autonomie, communication individuelle et collective) ;
- *La qualité du lien entre professionnels et usagers* (respect de la singularité, stabilité du cadre, sentiment de sécurité des usagers)

⁷ ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juillet 2008, *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, Nancy (France), 47 p

- *L'enrichissement des structures et des accompagnements par toutes les contributions internes et externes pertinentes (l'articulation avec les ressources extérieures)*
- *Le soutien aux professionnels dans leur démarche de bientraitance.*

Au-delà d'une recommandation de bonnes pratiques, nous devons veiller à ce que notre offre de service comme nos actions quotidiennes soient réalisées dans ce souci constant de bientraitance.

L'objectif stratégique est de réussir à faire évoluer l'offre de service pour garantir cette bientraitance aux personnes les plus fragiles et les plus éloignées de l'emploi qui y seront accueillies.

3.1.3 Objectifs opérationnels

C'est avec ce double enjeu de l'application de la loi 2002-2 et de la garantie de la bientraitance aux personnes les plus fragiles que j'ai défini les objectifs opérationnels qui permettront à ce projet de voir le jour :

- Constituer une équipe projet chargée du développement et de la mise en service d'un nouveau dispositif
- Construire un dispositif qui permettra aux travailleurs en situation de handicap psychique d'y avoir recours en minimisant les freins à son accessibilité
- Définir les moyens nécessaires pour assurer un service de qualité
- Déployer le dispositif dans l'offre de service et accueillir les personnes orientées par la MDPH 13
- Accompagner le changement dans l'ensemble de l'établissement notamment l'équipe responsable de ce dispositif
- Transformer l'accompagnement pour répondre aux enjeux de l'insertion professionnelle

3.1.4 Groupe de pilotage

Le pilotage du projet est confié à un groupe dont j'assure l'animation. Le vice président, ancien responsable pédagogique du CRP, est le conseiller pédagogique auprès du président. Il est naturellement présent dans ce groupe. La responsable pédagogique, adjointe de direction et chef du service éducatif, supervise l'ingénierie en relation directe avec les cadres éducatifs. Elle participe au groupe de pilotage auquel j'intègre également un binôme d'usagers volontaires.

Ce groupe de projet se réunit tous les mois pour suivre l'avancement des travaux. Il peut toutefois être mobilisé en réunion extraordinaire si une décision stratégique (orientation

des travaux, budget, stratégie pédagogique, etc.) nécessite une validation indispensable à la poursuite des travaux.

3.2 Conduite du projet

3.2.1 Constituer une équipe projet chargée du développement et de la mise en service d'un nouveau dispositif

Limiter le temps nécessaire au développement de ce nouveau dispositif est un enjeu majeur pour limiter les coûts liés à l'ingénierie, préalablement à l'accueil des personnes et à la phase d'exploitation. Je désigne rapidement les membres de l'équipe de projet qui aura la charge d'engager le travail de la construction de cette nouvelle prestation sous ma direction :

- l'adjointe de direction responsable pédagogique qui assure habituellement le travail de supervision de l'ingénierie, voire, directement de l'ingénierie lorsque la charge de travail dans l'établissement limite les disponibilités des cadres éducatifs,
- un cadre éducatif qui a été libéré de toutes les autres missions pour se consacrer exclusivement à cette tâche. Le cadre éducatif choisi, est celui dont l'action de formation a été retirée du catalogue. Il s'agissait d'une formation de niveau IV du domaine du secrétariat avec une spécialité en documentation. Cette action longue (20 mois) était sanctionnée par un titre professionnel et une attestation de compétences en documentation. Le faible taux de retour à l'emploi observé à l'issue de cette formation nous a conduits à remettre en cause sa pertinence. Je précise que le développement de la nouvelle prestation n'a pas pour but d'augmenter la capacité de l'établissement, mais d'en modifier l'offre par redéploiement.

Afin de garantir la conformité des travaux aux orientations prises par le comité de direction et garanti par le travail du groupe de pilotage, j'ai demandé au cadre éducatif de rédiger un bref rapport d'activité hebdomadaire qu'il adresse à l'ensemble des membres du groupe de pilotage. C'est, pour moi, la sécurité de la traçabilité des opérations et la transmission du faisceau d'informations le plus fin possible au groupe de pilotage qui peut, de ce fait, suivre la construction du produit final et prendre des éventuelles décisions correctives de façon la plus précise possible. J'ai à cœur de ne pas perdre de temps avant la mise en exploitation de ce nouveau produit qui, je le sais, va marquer une nouvelle page de l'histoire de l'établissement.

3.2.2 Construire un dispositif qui permettra aux travailleurs en situation de handicap psychique d'y avoir recours en minimisant les freins à son accessibilité

A) Choix du format de la nouvelle prestation

Dans le cadre fixé par le comité de direction et des valeurs associatives, réduire les freins à l'accessibilité des prestations de rééducation professionnelle revient donc à réduire les freins à l'accès à l'emploi. En caricaturant, c'est une action d'utilité publique. La première étape était donc d'identifier ces freins ou facteurs d'exclusion. L'analyse des raisons de l'exclusion du § 2.2.3.3. fournit des éléments objectifs qui sont reportés dans le tableau ci-après :

	Populations visées	
	<i>Travailleurs handicapés séniors</i>	<i>Travailleurs en situation de handicap psychique</i>
<i>Facteurs d'exclusion</i>	Durée du parcours	Durée du parcours
	Délais d'admission	Délais d'admission
	Erosion importante des prérequis	Densité des programmes

Il apparaît alors que pour ces profils de personnes très différents, certains facteurs coïncident. Ces éléments d'aide à la décision sont donc portés à la connaissance du groupe de pilotage en complément des statistiques et de ma préconisation : nous pouvons recevoir ces deux populations simultanément dans un dispositif commun. Le groupe valide donc la décision de ne créer qu'une seule action qui accueillera ces deux profils de personnes. Le travail d'ingénierie visera à réduire voire supprimer les facteurs d'exclusion identifiés.

La disparition des freins identifiés est le premier objectif que l'équipe projet doit atteindre. Si le premier frein relatif à la durée de cette action est simple à résorber en réduisant drastiquement son temps, il n'en est pas de même pour les délais d'admission et la densité du programme.

Néanmoins, en construisant une action plus courte, le taux de rotation devient plus important et permet mécaniquement de réduire les délais d'admission. C'est le choix que j'ai imposé. Ce choix sera le meilleur tant que les sollicitations de la MDPH resteront limitées à la capacité d'accueil de cette action. Si succès il y a, nous pourrions assister à l'augmentation des notifications jusqu'à créer des délais d'admission qui risqueraient de devenir déraisonnables. J'ai donc décidé d'assurer une information sur le délai d'admission en temps réel à la MDPH qui vise à permettre de réguler et de fluidifier les notifications vers cette action.

Pour la densité du programme, un nouveau problème se pose : comment installer dans un temps plus court et moins dense, un programme suffisamment consistant pour atteindre les objectifs de qualification que nous nous sommes fixés ? C'est le recentrage sur les besoins des personnes accueillies qui a fourni la solution. Une semaine de travail dans laquelle se concentrent 35 heures d'apprentissage n'est pas envisageable pour ces personnes. Pour autant, d'autres capacités et compétences peuvent être acquises par l'intermédiaire d'activités de groupe centrées sur le projet. Rédiger un journal de bord avec les outils informatiques, préparer l'invitation et l'accueil d'un professionnel ou d'une personnalité culturelle, concevoir, produire et diffuser un journal interne des stagiaires sont autant de projets qui favorisent la communication, le vivre ensemble et les échanges productifs. Ces actions s'appuient sur le principe du don et du contre don. Le sociologue Alain Caillé a écrit en 2005 que « *le don permet d'exister, d'appartenir au monde* ». C'est précisément cette fonction que nous avons attribuée au don avec les personnes que nous souhaitons accueillir. L'objectif est simple : travailler dans le but d'offrir un journal ou une prestation d'accueil et recevoir en retour l'expression de la satisfaction des lecteurs ou les remerciements et les moments de convivialité avec la personne accueillie.

La nouvelle prestation devra alors contenir deux de grandes phases d'accompagnement :

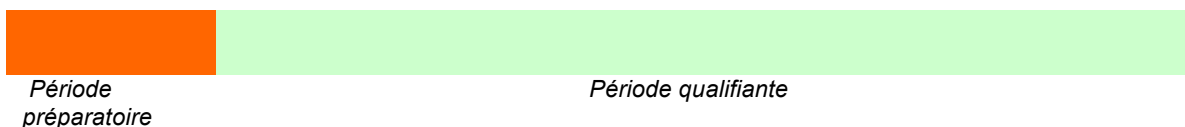
- un temps de remobilisation où prennent place des actions visant la socialisation et le renforcement des compétences fondamentales ;
- un temps d'apprentissage technique permettant d'acquérir les compétences nécessaires à l'accès à un poste de travail.

Ces éléments posent ainsi les bases du contenu et de l'organisation de la nouvelle prestation. Mais la transformation de l'offre ne peut pas seulement se limiter à un contenu adapté et rénové. L'accueil de personnes les plus éloignées de l'emploi dans un dispositif qui n'est souvent qu'une étape dans leur trajectoire, doit s'accompagner des passerelles qui assurent le lien en amont et en aval avec les structures médico-sociales qui disposent de résultats d'évaluation exploitables. Il est donc indispensable de tisser des liens avec des partenaires que nous n'avons pas l'habitude de solliciter et encore moins, d'associer à nos stratégies d'accompagnement.

Pour bien faire apparaître les changements opérés entre un dispositif de formation qualifiante classique et le nouveau dispositif, il me paraît utile de les comparer avec des schémas :

Formation « classique » conduisant à un titre (durée moyenne : 17 mois)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17



Dans cette organisation, il apparaît deux étapes distinctes :

- une période préparatoire qui se trouve toujours en début de formation et dont les objectifs sont de réaliser un diagnostic médico-social et cognitif, de consolider le projet professionnel qui est à l'origine de la notification MDPH et d'asseoir les bases fondamentales par des actions et apprentissages visant le développement personnel ;
- Une période qualifiante qui concentre l'acquisition de compétences techniques et professionnelles ainsi que les stages en entreprises et l'examen.

Durant l'ensemble du parcours, l'accompagnement médico-social global personnalisé concourt à la compensation du handicap de la personne.

Nouveau Dispositif (durée : 7 mois)

1 2 3 4 5 6 7



Dans l'organisation du nouveau dispositif, toutes les journées sont divisées en deux phases :

- une phase de remobilisation le matin qui comprend des actions d'apprentissages fondamentaux contextualisés (mises en situation de la vie courante), des ateliers de développement socioculturel, des séances de yoga, des séances de socio esthétique ;
- une phase d'apprentissages techniques l'après-midi visant l'acquisition de compétences avec, si la situation le permet et que la personne le souhaite, la certification d'une partie d'un titre professionnel.

Ces schémas font immédiatement apparaître les changements opérés dans l'organisation du parcours.

- Le séquençage des différentes phases qui vise à rendre le contenu de la journée moins dense,
- la durée globale beaucoup moins longue qui permet d'installer une dynamique d'inclusion professionnelle plus rapidement en réduisant l'objectif qualifiant à un niveau plus accessible à des personnes en plus grande difficulté.

B) **Choix de l'appellation**

Ce nouveau dispositif prend donc vie. Afin d'intégrer tous ces changements dans une appellation facile à mémoriser et favoriser ainsi la communication extérieure, j'ai décidé de lui attribuer un nom qui capitalise l'esprit de ce dispositif. Après de multiples tentatives plus ou moins exotiques, l'équipe projet a arrêté son choix sur l'acronyme ARRIVE : **action en réseau pour la remobilisation et l'inclusion via l'employabilité directe**.

- **Action** parce que je veux absolument m'éloigner du vocable « formation » qui a une connotation trop scolaire ;
- **Réseau** parce que l'ouverture aux autres établissements médico-sociaux ou de soins ayant participé à l'accompagnement des personnes accueillies et aux entreprises, doit être une composante indispensable de ce dispositif ;
- **Remobilisation** parce que c'est un objectif essentiel qui nous permet de répondre correctement aux besoins des personnes accueillies ;
- **Inclusion** par ce que c'est la finalité que je souhaite maintenir à ce dispositif conformément aux attentes du président ;
- **Employabilité directe** parce que, plutôt que l'apprentissage d'un métier dans sa totalité, ce dispositif devra permettre l'accès au plus tôt à l'emploi.

Cette heureuse combinaison entre un acronyme qui porte le sens du dispositif et la force des mots qui le composent a immédiatement séduit le comité de pilotage et le comité de direction. Il en a été de même pour les partenaires au moment de sa présentation. Notre nouveau dispositif est donc baptisé : il s'appellera **ARRIVE**.

3.2.3 **Définir les moyens nécessaires pour assurer un service de qualité**

A) **Moyens humains**

L'accueil de personnes présentant ces nouveaux besoins est pour nous un challenge en même temps qu'il comporte de nombreuses inconnues. J'ai la volonté de réussir la mise en place du dispositif ARRIVE, ce qui m'a conduit à prévoir des moyens humains conséquents. Les choix que j'ai opérés, étaient argumentés à l'appui des réflexions en groupe d'études avec la psychologue clinicienne et le médecin psychiatre. Pour ces deux professionnelles, l'accompagnement de groupes dans lesquels se concentrent majoritairement des personnes en situation de handicap psychique justifie un renforcement des moyens humains. Pour la sécurité des personnes accueillies d'abord mais également pour la sécurité et la qualité de travail des professionnels affectés à l'accompagnement de ce groupe. Dès le début de l'action, j'ai donc affecté 2

cadres éducatifs à temps plein qui se répartissent les tâches d'accompagnement des usagers, de construction des outils du dispositif et de relation dans le réseau. Je leur ai également demandé un suivi qualitatif précis de chacune des personnes accueillies. Il est pour moi indispensable de disposer de tous les témoignages nécessaires à la construction d'un bilan qualité, à l'ajustement et aux correctifs que l'efficacité de ce dispositif nécessite et à la production d'outils de communication utiles à nos partenaires.

En complément de ces deux cadres éducatifs, j'ai prévu l'intervention de :

- un prestataire dans le domaine de la socio esthétique (20 heures sur l'ensemble du parcours),
- un prestataire professeur de yoga (2 x 1,5 heures par semaine en demi groupe),
- un stagiaire en formation BPGEPS qui construit avec nous son projet de fin d'études (2 x 4 heures par semaine en demi groupe).

Le premier groupe de huit usagers a ainsi pu bénéficier d'une équipe importante pour assurer son accompagnement. Au total, 2,34 ETP ont participé à l'accompagnement direct des usagers du dispositif ARRIVE. A cela s'ajoutent les interventions de :

- la psychologue clinicienne et/ou du médecin psychiatre à la demande en fonction des urgences et une fois par trimestre pour le suivi global,
- un arthérapeute pour un premier essai de pertinence,
- la responsable pédagogique qui formalise les bilans intermédiaires et finaux,
- Les formateurs des parcours qualifiants qui accueillent les usagers les après-midi.

B) **Moyens matériels**

Le dispositif ARRIVE est installé dans une salle de 120 m² dotée de cloisons amovibles. Des espaces de travail différenciés communiquent entre eux et permettent à l'équipe d'accompagnants de les moduler en fonction des besoins des usagers et de la nature des travaux proposés.

Un tiers de l'espace a été équipé de postes informatiques individuels pour le travail courant de production et de recherche d'informations. Les PC sont tous connectés à Internet et équipés des logiciels de bureautique habituels.

L'action artistique et culturelle porte des valeurs de développement durable en favorisant le recyclage de matériaux. Cependant l'animation de l'atelier culturel nécessite des achats réguliers de produits consommables (petits outils, colle, peinture, etc.).

3.2.4 Déployer le dispositif dans l'offre de service

La construction de ce nouveau dispositif a nécessité cinq mois à temps plein. Il est en effet difficile d'envisager de libérer un cadre éducatif plus longtemps. Mobilisé en

permanence sur ce travail d'ingénierie, il n'a naturellement pas la charge d'un groupe d'utilisateurs. Pour l'établissement, qui est financé par l'assurance-maladie par le biais du prix de journée, l'absence d'un groupe ne peut pas être supportée durablement.

Assurées en parallèle, la présentation de ce dispositif et les explications qui vont avec, sa promotion, les agréments nécessaires à son exploitation sont des étapes indispensables avant d'espérer offrir à la MDPH, une prestation apte à recevoir et à accompagner efficacement les personnes que nous avons identifiées. Par rapport au planning de déploiement initialement prévu, ces étapes ont pris un temps supérieur aux prévisions. La MDPH 13 a légitimement attendu l'existence de l'agrément avant de prononcer des orientations. Ce n'est que trop tardivement que nous avons commencé à enregistrer les premières notifications. Trois mois avant le début de la première action ARRIVE, nous ne disposions d'aucune notification. Notre expertise exclusive de la formation qualifiante « classique », une offre nouvelle, des modalités d'accompagnement inexistantes jusqu'alors ont été autant de facteurs qui ont amené les prescripteurs à attendre que nous fassions nos preuves.

Heureusement, j'ai engagé le groupe de projet sur une campagne de communication soutenue auprès de nouveaux partenaires intéressés par l'existence de cette action. J'ai ainsi signé une convention de partenariat avec l'association ISATIS qui a pour mission d'accompagner vers l'emploi par un coaching personnalisé et perlé dans le temps, les travailleurs en situation de handicap psychique, ceci sur commande directe de la MDPH 13. Les personnes accompagnées par cette association n'ont que trop rarement accès à la formation pour les raisons que j'ai évoqué au § 3.1.4. Les conseillers et les psychologues chargés de leur accompagnement ont découvert avec ARRIVE, une ouverture nouvelle pour qualifier et donc pour favoriser l'accès à l'emploi des personnes qu'ils suivent. Cependant, sans aucun recul sur son fonctionnement, les premières propositions d'orientation ont plutôt été précipitées et ont revêtu un caractère d'expérimentation. Pressés par le temps, nous nous sommes appuyés sur une confiance réciproque entre nouveaux partenaires :

- de notre part, sur la seule connaissance d'ISATIS des besoins des personnes que nous allions recevoir ;
- De la part d'ISATIS, sur l'aspect séduisant de l'offre et la réputation de sérieux du CRP Richebois.

Grâce à ce travail préalable de réseau, aux bonnes relations avec la MDPH et à la plus-value que représente l'admission de personnes habituellement exclues des parcours de formation, 11 dossiers de demande d'orientation sont parvenus et ont été traités par la MDPH des Bouches-du-Rhône, dont 8 ont réellement abouti. La capacité totale d'accueil est de 16 personnes mais un galop d'essai est préférable avec un effectif réduit de moitié pour soutenir les professionnels dans leur démarche de bienveillance comme le

recommande l'ANESM. Compte tenu des espoirs placés dans ce nouveau dispositif, le comité de direction a estimé cet investissement pertinent. C'est donc dans cette configuration qu'a commencé la première action ARRIVE.

3.2.5 Accompagner le changement dans l'équipe affectée à ce dispositif comme dans l'ensemble de l'établissement

Depuis toujours, le Centre Richebois a appris à évoluer en fonction de son environnement politique, économique, social, technique et réglementaire. C'est ainsi qu'au début des années 80, il a été le deuxième CRP français à mettre en place un système modulaire et individualisé de formation (SMIF). Cette mise en place a été possible grâce à une collaboration avec le Centre de Réadaptation de Mulhouse (CRM) en s'appuyant sur des pratiques pédagogiques venues du Québec et avec l'appui financier de l'Europe. C'est ainsi également, qu'il a été le premier CRP à faire enregistrer en son nom en 2006, une certification professionnelle dans le répertoire national à côté des titres et des diplômes des différents ministères. Je peux affirmer que le changement est dans les gènes du CRP Richebois.

Cette culture du changement est avant tout ancrée dans le projet associatif, soutenu par le président et conduite par les directeurs et équipes de direction successifs. Le changement et la capacité d'adaptation sont identifiés comme des facteurs de survie dans un paysage médico-social qui est paradoxalement très concurrentiel. Aussi, j'ai choisi d'afficher la plus grande transparence quand je communique aux équipes. Cela se traduit par un décryptage des politiques publiques et des orientations territoriales avec beaucoup de pédagogie et avec tous les supports qui peuvent argumenter mes propos. Je porte beaucoup d'attention à ce qu'une information sensible ne soit pas vécue comme une menace mais comme une opportunité de faire évoluer nos pratiques dans l'intérêt des personnes accueillies. J'ai souvent cité Charles Darwin : « *Les espèces qui survivent ne sont pas les espèces les plus fortes, ni les plus intelligentes, mais celles qui s'adaptent le mieux aux changements* ».

La conception et la mise en place du dispositif ARRIVE ont été accompagnées d'une abondante communication. Dès le début du projet, j'ai présenté ce dispositif comme un « laboratoire » dont la vocation était d'expérimenter des méthodes et les outils d'accompagnement nouveaux dans le but de les déployer par la suite. Mais les inquiétudes n'ont pas tardé à apparaître en même temps que les peurs fondées sur l'inconnu. Inconnus comme l'étaient les réponses que nous devions apporter à des besoins nouveaux, inconnue comme la nouvelle organisation qui implique toute la structure.

J'ai décidé de combattre la peur du handicap psychique par des formations de sensibilisation systématiques et régulières de tout le personnel à la psychopathologie spécialement bâties pour les professionnels du secteur médico-social. J'ai porté une attention particulière au choix de l'organisme et de l'intervenant que j'avais eu la chance de voir appliquer quelques années plus tôt, un message très clair et très riche en expériences. À la suite de ces formations, les peurs de la majorité des salariés se sont transformées en intérêt, en curiosité, voire pour certains, en volonté de se doter d'une réelle qualification dans ce domaine.

En ce qui concerne l'organisation, c'est l'expérimentation du dispositif qui a fourni les arguments sur sa faisabilité. OUI il est possible de :

- alterner des apprentissages non techniques et techniques dans la même journée ;
- réaliser des activités socioculturelles qui apportent une plus value à l'accompagnement vers la socialisation et autonomie ;
- faire cohabiter dans le même groupe des personnes qui ont des projets différents mais qui travaillent ensemble ;
- se limiter à un niveau de compétences juste nécessaire à l'accès à l'emploi.

Aujourd'hui, je peux encore parler de la résistance de 1 ou 2 cadres éducatifs qui vivent l'abandon du système de formation traditionnel dicté par des référentiels comme une perte de sécurité. Paradoxalement, ils ont une réelle volonté de bienveillance envers les usagers. Il me revient donc, avec l'adjointe de direction responsable pédagogique, de faire preuve de davantage de pédagogie et de les associer à l'évolution de leur propre dispositif.

3.2.6 Transformer l'accompagnement pour mieux répondre aux enjeux de l'insertion professionnelle

A) Comment travailler en réseau et pour répondre à quels besoins ?

Un autre des changements majeurs mis en place avec le dispositif ARRIVE, est venu avec la volonté de connecter cette prestation aux accompagnements antérieurs, simultanés et postérieurs de façon à sécuriser au mieux les parcours engagés et éviter les ruptures de parcours. Si travailler entre nous est familier et sécurisant pour tous les salariés, assurer nos missions en collaborant avec les partenaires n'est pas un exercice simple. Pourtant, comme le précise le Dr Denis Legay, psychiatre des hôpitaux, le travail interdisciplinaire est indispensable : *« Il s'agit d'une autre façon de penser le soin. L'accompagnement (le **care**) prends une place légitime au côté du soin de santé (le*

cure)⁸ ». La pertinence de la prestation ARRIVE et son efficacité à répondre correctement aux besoins des personnes accueillies justifient le tissage de réseaux interdisciplinaires. La psychologue clinicienne et le médecin psychiatre du CRP ont eu la charge de construire des passerelles avec les établissements de soin. Les cadres éducatifs assurent quant à eux, les interconnexions avec les dispositifs médico-sociaux grâce auxquels les personnes accueillies avaient été ou allaient être accompagnées.

Ce travail de construction relève parfois de l'enquête d'investigation. Il est encore aujourd'hui très difficile de disposer d'informations ou de résultats de travaux réalisés au bénéfice des personnes. La réglementation sur la protection des données personnelles est une chance pour leur confidentialité mais un casse-tête pour la fluidité et la continuité des trajectoires d'accompagnement. Naturellement, ce travail est engagé avec l'accord des personnes. Il est très chronophage car sans fin : dans une ville comme Marseille, où les structures médicales et médico-sociales foisonnent, les connexions établies pour une personne n'ont pas de sens pour une autre.

L'autre pan important du travail de réseau est réalisé à destination des entreprises. Toutes les structures professionnelles sont sollicitées : artisan, commerçant, entreprises industrielles ou tertiaires, associations, administrations, structures bénévoles. Dans certains cas, les différentes modalités de travail indépendant sont envisagées : auto entrepreneur, société, pépinières et couveuses d'entreprises, CESU. À chaque projet d'insertion correspond un modèle de travail.

B) Passer de l'insertion vers l'inclusion : au plus près du besoin

La finalité du dispositif ARRIVE a toujours été l'accès à l'emploi. Pourtant, les besoins de certaines personnes qui y sont accueillies ont amené l'équipe à ajuster cet objectif. En effet, comment construire un projet d'insertion professionnelle pour une personne de 62 ans que la MDPH a orientée dans un objectif plus social que professionnel, visant une resocialisation et un retour à une vie dans la cité ? Les indicateurs d'insertion professionnelle pure évoluent peu à peu en indicateurs d'inclusion au sens large. Avant de pouvoir envisager l'accès à l'emploi, il y a le nécessaire travail de reconstruction de l'estime de soi. C'est dans ce sens que notre action s'est orientée pour répondre aux besoins des catégories de personnes les plus éloignées de l'emploi et sur ce constat que je me suis appuyé pour argumenter l'intervention de professionnels auquel nous n'avions jamais fait appel. Il est en effet peu prévisible de faire appel à des intervenants aussi différents qu'un animateur socioculturel, un professeur de yoga, une socio esthéticienne ou un arthérapeute dans un parcours qui vise l'accès à l'emploi. Pourtant, chacun de ces

⁸ Valérie Boucherat-hue, Denis Leguay, Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol, Florence Weber, juin 2016, *Handicap psychique : questions vives*, Villematier France, ERES, p279 – 298, handicap psychique et insertion professionnelle

professionnels apporte une plus-value indéniable aux personnes accueillies. Si, in fine, l'insertion professionnelle bénéficie concrètement de leurs apports, c'est avant tout un travail d'inclusion auquel ils se prêtent. Charles Gardou a dit « *Une société inclusive défend non seulement le droit de vivre mais aussi celui d'exister. Vivre sans exister et la plus cruelle des exclusions*⁹. » C'est précisément en se tournant vers l'inclusion que le dispositif ARRIVE a pris toute sa dimension.

Ainsi, la personne de 62 ans dont je parlais a retrouvé une utilité sociale et l'envie de se projeter dans l'avenir. Dans son journal de bord de 94 pages, qu'elle a alimenté chaque jour de son parcours et qu'elle nous a offert en partant, elle a noté : « *J'étais isolée, j'avais perdu le goût de vivre, je me sentais inutile. Grâce à ARRIVE, aux professionnels, à la chaleur du groupe, j'ai retrouvé l'envie. Chaque jour, je me levai en sachant pourquoi, j'avais hâte de retrouver le groupe, de commencer de nouvelles activités. Aujourd'hui, j'ai un projet : je veux créer des bijoux fantaisie et les vendre sur Internet.* » Quelques semaines après sa sortie, elle nous a envoyé une jolie carte de visite stylisée où figurait l'adresse du site qu'elle avait créé.

Ainsi, c'est la démonstration que la position du curseur inclusion/insertion professionnelle est différente selon le projet et les besoins de chaque personne. Cette personnalisation de l'accompagnement est une nouvelle force à mettre à l'actif du dispositif ARRIVE.

3.3 Evaluation du projet

3.3.1 Evaluer le projet à la suite d'une période d'expérimentation

Éléments de management des ressources humaines : l'évaluation

Décision que j'ai prise	Evaluer l'apport du dispositif ARRIVE pour les personnes accueillies, pour les prescripteurs, ainsi que pour l'établissement
Personnes sollicitées	L'adjoint de direction en charge de la qualité, la responsable pédagogique, les intervenants internes ou externes du dispositif ARRIVE, les personnes accueillies, la MDPH
Planification de cette action	Jusqu'à un mois avant la fin du premier cycle ARRIVE
Lieu(x) de déroulement	Au centre Richebois et dans son environnement
Méthodes employées	Recueil d'éléments quantitatif et qualitatif auprès les parties prenantes
Finalité poursuivie	Envisager les actions correctives en vue d'une modélisation du dispositif

Cette étape d'évaluation est une étape essentielle pour le premier cycle ARRIVE. Compte tenu de la nouvelle orientation prise par le CRP avec cette prestation, j'ai sensibilisé dès

⁹ Charles Gardou, octobre 2012, *La société inclusive, parlons en ! il n'y a pas de vie minuscule*, Eres, 170 pages

son démarrage, l'ensemble des intervenants à la traçabilité et à la capitalisation de nos actions et résultats.

J'ai décidé de centrer le projet d'évaluation sur les thématiques suivantes :

- la pertinence globale de notre réponse avec les besoins et projets exprimés par les personnes accueillies ;
- l'organisation du travail et la coordination entre les professionnels de terrain ;
- le travail de réseau avec les partenaires ;
- la satisfaction des personnes accueillies ;
- les résultats d'inclusion et d'insertion professionnelle.

L'esprit instauré depuis 2010 dans l'établissement grâce à la mise en place des actions d'amélioration continue de la qualité des prestations, a beaucoup facilité l'appropriation de la démarche d'évaluation. 100 % du personnel est formé et investi dans cette démarche qualité, il en connaît les raisons et les résultats attendus : la satisfaction des personnes accueillies, le respect de leurs droits et la facilitation de leur expression. Je rajoute un focus particulier à l'accompagnement vers l'autonomie des personnes, à la (re)construction de leur capacité à décider par eux-mêmes.

3.3.2 Les outils d'évaluation

En cohérence avec le projet d'évaluation, un ensemble d'outils, existant déjà ou spécifiques, est mis en œuvre pour collecter des éléments de mesure pertinents.

- les journaux de bord personnalisés et libre d'accès où chaque personne fait régulièrement état de sa perception des travaux confiés et de l'accompagnement dont il bénéficie. En même temps qu'un travail de rédaction et d'utilisation de l'outil informatique, c'est un recueil précieux du ressenti sincère de chaque personne ;
- les synthèses de tous les entretiens d'accompagnement qui ont lieu durant le parcours, soit pour un suivi planifié, soit à la demande pour construire une solution à un problème identifié par la personne elle-même où par un des professionnels ;
- les plannings d'intervention de tous les professionnels, l'objet des interventions, leurs interactions et les actions engagées ;
- les traces de toutes les connexions avec les réseaux médico-sociaux ou de soin, la plus-value apportée pour l'accompagnement des personnes, les indicateurs quantitatifs de ces connexions (nombre, nature, durée, champ concerné, etc.) en respectant strictement la dimension confidentielle de cette matière ;
- les projets d'insertion ou d'inclusion élaborés, ceux qui sont validés et ceux qui sont invalidés, les raisons des invalidations, les résultats obtenus.

L'utilisation et l'alimentation de ces outils d'évaluation ont naturellement été très chronophages. Elles ont nécessité de nombreuses réunions de synthèse, des appels

téléphoniques quasi quotidiens, des déplacements extérieurs pour rencontrer des partenaires et la rédaction de multiples fiches. Les deux cadres éducatifs chargés de ses actions sont soutenus et supervisés de façon continue par la responsable pédagogique. L'adjoint de direction responsable de la qualité enregistre les éléments collectés pour pouvoir extraire des données quantitatives et qualitatives de ces travaux. Je suis destinataire de tous les bilans mensuels, je contrôle et valide tous les documents destinés à sortir de l'établissement et je suis sollicité pour des arbitrages ou des relations sensibles (projet inhabituel, intervention auprès de la MDPH pour assurer les remontées d'informations et demandes d'avis, etc.).

3.3.3 Les résultats collectés

A) Une réponse personnalisée bien ciblée

À la lecture des synthèses des entretiens d'accompagnement, la personnalisation de la réponse aux besoins des personnes est mise en lumière. Si, dans une action de rééducation professionnelle classique, chaque membre d'un groupe avance selon un programme qui est commun à tous et qui s'appuie sur des référentiels très souvent dictés par le ministère chargé de l'emploi, dans le dispositif ARRIVE plusieurs projets et programmes peuvent cohabiter dans un même groupe. Ce sont bien les programmes qui sont adaptés aux besoins et projets des personnes et non l'inverse. Cela permet à des personnes qui auront un même besoin de compensation de travailler ensemble, de développer leur motivation ensemble mais aussi de se soutenir et de progresser ensemble. Dans les journaux de bord des personnes mais aussi dans les chapitres « expression de l'utilisateur » des synthèses d'entretien, c'est cette capacité à faire ses propres choix qui est soulignée.

B) Des indicateurs de progrès

- L'accessibilité améliorée,

Les retours des prescripteurs qui ont participé aux premières orientations sont unanimes : aucune des personnes qui a été accueillie dans le premier cycle du dispositif ARRIVE n'aurait pu être orientée dans un parcours de rééducation professionnelle classique. C'est donc le témoignage de l'amélioration de l'accessibilité de cette action. Ses nouvelles caractéristiques dans le paysage de la rééducation professionnelle, l'absence de concurrence et l'ouverture à des besoins nouveaux ont rapidement été repérées comme les facteurs d'une croissance rapide.

- La satisfaction des personnes accueillies,

C'est majoritairement de la satisfaction qu'expriment les personnes accueillies dans le dispositif ARRIVE. Pour plusieurs d'entre elles, notamment dans la population de plus de 55 ans, l'accès à ce parcours arrive souvent au bout d'un chemin chaotique ponctué de

longues périodes d'attente, de multiples étapes, de petites mesures conjoncturelles plus ou moins réussies. Pour les personnes en situation de handicap psychique, c'est l'articulation entre les phases de remobilisation et d'apprentissage technique qui est une vraie nouveauté. Plus largement, le rythme adapté des activités concourt à la réduction des situations anxiogènes dans un contexte d'apprentissage. L'ouverture culturelle qui facilite la créativité et une autre forme d'expression, l'émulation intergénérationnelle qui s'installe naturellement dans un groupe aussi hétérogène et le principe du don et du contre-don sont autant de vecteurs de découverte et de développement personnel. Quelques réticences, voire des remarques négatives, ont été émises pour les ateliers de socio-esthétique. Il est en effet difficile de travailler sur son image avec les autres membres du groupe. Mais l'expertise de la prestataire chargée de ces ateliers a souvent raison des freins exprimés.

- L'intérêt affirmé dans le territoire par la MDPH 13 et le Cap Emploi 13

En m'appuyant sur mes relations conviviales mais néanmoins productives avec le référent insertion professionnelle et les équipes ORP de la MDPH 13, j'ai cherché à recueillir les avis les plus objectifs, voire les plus critiques possibles, sur la pertinence ou non du dispositif ARRIVE. J'ai donc construit un questionnaire d'enquête que j'ai présenté aux équipes pluridisciplinaires. Les réponses ont fourni les indications suivantes :

- Bonne lisibilité des besoins et des publics concernés ;
- intérêt de disposer d'une action courte et réactive ;
- réponse adaptée aux besoins du territoire ;
- attraction de ce dispositif tant que les délais d'admission sont réduits.

Cette dernière réponse met en évidence un des critères majeurs que nous devons préserver : la disparition, ou au moins, la limitation du délai d'admission qui reste le principal point faible des parcours en CRP. C'est un des arguments qui m'a entraîné à décider de ne proposer le dispositif ARRIVE que dans le seul département des Bouches-du-Rhône.

- Un dispositif cité sur le plan national

Le CRP Richebois est adhérent de la FAGERH (Fédération des associations gestionnaires des établissements de rééducation pour handicapés) qui a une dimension nationale, son siège est à Paris. Je participe régulièrement à des réunions nationales avec d'autres directeurs ou cadres de CRP. Elles fournissent l'occasion d'échanger sur nos pratiques et de maintenir une veille sur notre environnement législatif et technique. Tous les établissements vivent les mêmes évolutions à peine nuancées par l'influence des territoires : l'accueil de personnes dont les besoins sont de plus en plus importants et complexes, la nécessité de développer une offre de service dont la dimension médico-sociale se renforce et la difficulté de fonctionner dans un contexte budgétaire contraint. À ce titre, le dispositif ARRIVE a fait bouger les lignes, il trouve une voie médiane entre une

offre de service qualifiante traditionnelle et une réponse personnalisée ciblée. Pour cette raison, la FAGERH a mis à l'honneur ce dispositif dans une newsletter nationale.

- La force du groupe au cœur d'une réponse individualisée vers le rétablissement

Les retours que nous avons collectés auprès des partenaires médico-sociaux et de soin en connexion directe avec l'accompagnement des personnes accueillies, nous ont été utiles à plusieurs titres.

En premier lieu, pour bénéficier de l'expertise de professionnels qui ont capitalisé des résultats d'évaluation facilitant notre accompagnement. Il est aussi précieux pour les personnes accueillies de pouvoir bénéficier d'un accompagnement qui poursuit de façon fluide les travaux engagés dans d'autres dispositifs sans avoir à refaire des batteries de tests ou d'exercices généralement mal vécues.

En second lieu, pour tirer profit de l'évaluation postérieure à l'action ARRIVE de ces mêmes professionnels. Je ne citerai que l'expression de ce médecin psychiatre qui assure le suivi d'une jeune personne du groupe. Il estime que les résultats obtenus grâce au dispositif ARRIVE, qui ne dure pourtant que 7 mois, sont comparables pour cette personne, à ceux d'un travail thérapeutique de trois ans. C'est pour ce médecin, la résultante d'une action collective bienveillante dans laquelle la confrontation à la réalité est quotidienne et où les personnes sont responsabilisées, amenées à faire des choix et guidées vers l'autonomie. Les docteurs Bernard Pachoud et Arnaud Pagnol définissent le rétablissement de la façon suivante : « *La notion de rétablissement prolonge et radicalise le changement de regard sur les personnes puisque l'attention est attirée sur la possibilité pour elles, d'un devenir favorable, d'un dépassement de la maladie et du handicap, par le réengagement dans une vie active et sociale, la restauration d'un sentiment de contrôle ou de reprise en main de leur existence sans pour cela atteindre une rémission clinique complète de la maladie.* »¹⁰ Nous ne pouvons assurément pas nous prévaloir de « soigner » mais l'étape ARRIVE peut assurer des effets bénéfiques à la santé mentale de certains usagers.

- Un taux de retour à l'emploi encourageant mais nuancé

C'est l'adjoint de direction responsable qualité que j'ai chargé de collecter avec précision, l'ensemble des indicateurs de retour à l'emploi (visites d'entreprises, enquêtes métiers auprès d'employeurs, démarches à Pôle Emploi ou à la Cité des métiers de Marseille, stages en entreprise). Ce type de démarches n'est pas naturel pour tout le monde. A l'issue de cette expérimentation, j'ai constaté que les profils seniors ont mis réellement à profit les ateliers de remobilisation et de techniques de recherche d'emploi pour se réinvestir dans une dynamique et accéder à nouveau à un emploi. C'est le cas de 77 %

¹⁰ Valérie Boucherat-hue, Denis Leguay, Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol, Florence Weber, juin 2016, *Handicap psychique : questions vives*, Villematier France, ERES, p279 – 298, handicap psychique et insertion professionnelle

d'entre eux. Je peux citer l'exemple d'ouvriers du bâtiment démobilisés après les périodes ponctuées d'hospitalisations, de souffrance et de doute et pour qui le retour à l'emploi n'avait plus de sens. Dans ces cas, c'est la dimension remobilisation dont ils se sont le plus saisis. Reprendre un rythme de vie au travail, avoir à nouveau des relations sociales, compenser la fracture numérique qui accroît leur handicap et prendre conscience de leurs capacités et talents sont autant de victoires vers la reconstruction.

C'est plus complexe avec les travailleurs en situation de handicap psychique. La compensation de ce handicap nécessite la plupart du temps, un soutien plus conséquent, souvent plus long et un coaching personnalisé en amont et lors des contacts avec les employeurs. Dans le meilleur des cas, ce coaching peut n'être qu'un réentraînement à la situation de travail, à l'opposé, c'est une combinaison complexe d'opérations d'évaluation des potentialités psychiques et des freins au retour à l'emploi, d'opérations de soutien, de coaching et de communication assistée avec les employeurs. Les situations sont très différentes selon que les personnes ont déjà travaillé ou non. Pour les cadres éducatifs qui assurent cet accompagnement, c'est une remise en question permanente de leurs pratiques. Il ne s'agit pas d'utiliser des outils et de reproduire méthodes qui ont donné des résultats satisfaisants dans une situation pour envisager les mêmes résultats dans une autre. L'interconnexion avec l'équipe médico-sociale est un préalable indispensable à la réponse aux besoins des personnes.

L'expression de la volonté d'aller à l'emploi est majoritaire pour les personnes en situation de handicap psychique. Néanmoins, la confrontation à la réalité est une épreuve qu'il faut accompagner avec bienveillance. Pour cette raison, j'ai décidé l'organisation de réunions de synthèse en équipe pluridisciplinaire, d'échanges de pratiques, l'enrichissement avec les expériences des partenaires et le tissage étroit du réseau de tous les accompagnants dans l'intérêt des personnes accompagnées. Statistiquement, le taux de retour à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique était faible dans la première expérimentation ARRIVE, de l'ordre de 17 %. En revanche, 100 % de ces personnes ont pu réaliser des périodes de stage en entreprise et, pour certaines, dépasser leurs peurs et concrétiser un rêve même si la situation d'emploi n'était pas au bout du parcours. Les interconnexions avec les partenaires des réseaux de soins ont permis de construire des stratégies d'accompagnement post formation pour poursuivre les travaux engagés et réduire les ruptures de parcours.

C) Les enseignements de l'échec d'un des parcours

Dans le premier groupe de personnes qui a été accueilli dans le dispositif ARRIVE, le partenaire avec qui nous avons co construit les premières orientations a choisi de proposer ce parcours à une personne qui avait accumulé les difficultés : conflit avec les accompagnants, interruptions d'actions de resocialisation, tensions relationnelles et refus

de soins. Là se pose la question de l'équivalence des référentiels d'évaluation des partenaires. Lors de l'admission, j'ai été informé d'une situation difficile mais néanmoins porteuse d'espoirs, c'est du moins ce que la psychologue clinicienne de notre partenaire en disait. Plusieurs mois de suivi l'avaient amenée à accueillir avec beaucoup de satisfaction le moindre progrès. Pourtant, les résultats positifs de ce suivi individuel ce sont avérés ne pas être transférables dans un contexte collectif. En effet, les troubles se sont multipliés lorsque la personne a été immergée dans le groupe. Sa relation aux autres a été très fortement perturbée par le sentiment de persécution qu'il éprouvait. La psychologue et le psychiatre du CRP ont bien identifié la nature des troubles mais surtout le besoin d'accompagnement et de soin. Le refus de soin que la personne a exprimé a été respecté entraînant une dégradation progressive de son état de santé et de sa relation aux autres malgré toute la bienveillance de l'équipe. Leurs échanges sont rapidement devenus conflictuels accentués par le harcèlement téléphonique que faisait subir cette personne à une des stagiaires du groupe. En ma qualité de directeur, j'interviens en dernier recours dans des situations où la sanction est inévitable. C'est ce que j'ai décidé de faire suite à une alerte de l'équipe pluridisciplinaire qui avait tenté en vain de réguler une communication devenue impossible. Pour la personne, cette sanction était le témoignage d'une faute qu'elle refusait catégoriquement d'accepter. Elle a interrompu son parcours sur décision médicale de son médecin traitant.

Cette interruption du parcours a été vécue comme un échec par l'équipe même si celle-ci avait développé tous les moyens nécessaires pour l'éviter. J'ai choisi de rassembler tous les intervenants Interne et externe de l'accompagnement de cette personne. L'objectif était d'en tirer les enseignements pour qu'une telle situation puisse être prévenue, voire, évitée :

- Communication en amont de l'admission : ce sont les conditions de réalisation de l'action et les objectifs visés qui déterminent la pertinence de l'orientation au regard des capacités de la personne et non les résultats d'une action précédente dans un autre contexte ;
- même si la personnalisation de la prestation est un enjeu majeur, la vie en collectivité et le bien-être du groupe ne doivent pas être ignorés ;
- l'interaction entre les cadres éducatifs et l'équipe médico-sociale doit être renforcée, tracée et valorisé.

3.3.4 Réaliser les ajustements nécessaires à la pérennisation du dispositif

Qualitativement, l'évaluation de l'expérimentation du dispositif ARRIVE a fourni des résultats plutôt positifs dans plusieurs champs d'évaluation qui ont été explorés :

- la pertinence de la réponse aux besoins des personnes accueillies ;
- le travail de réseau avec les partenaires ;
- la satisfaction des personnes accueillies.

En revanche, j'ai décidé d'opérer des ajustements voir des nouvelles directions dans les champs d'évaluation suivants :

- l'organisation du travail et la coordination entre les professionnels de terrain ;
- les résultats d'inclusion et d'insertion professionnelle.

A) Une réalité : des moyens humains surévalués pour la pérennité financière de la structure

Les moyens que j'ai décidé d'affecter initialement au dispositif ARRIVE étaient à la hauteur des espoirs que j'y ai placés. Si la charge de travail qu'a représenté la période d'expérimentation justifiait en partie ces moyens, ceux-ci ont un coût très supérieur à un groupe classique. Le confort relatif dans lequel les équipes ont pu travailler durant cette étape était aussi un des critères qui m'a garanti une qualité de développement cohérente avec les enjeux visés. Cependant, le coût salarial propre à ce dispositif représente une masse financière impossible à maintenir dans la durée en regard des recettes générées. Après le temps de l'expérimentation, j'ai décidé, soutenu et encouragé par le bureau de l'association, de ramener l'effectif affecté à ce dispositif à 1,78 ETP soit un peu plus de 0,5 ETP en moins compte tenu des nombreuses autres interventions, notamment celles des cadres éducatifs des parcours qualifiants les après-midis.

Néanmoins, j'attends de cette nouvelle organisation que soient préservées à la fois une certaine qualité de prestation rendue et la qualité de vie au travail des professionnels. L'équation est naturellement très difficile à résoudre, j'ai dû faire preuve de beaucoup de pédagogie pour expliquer le bien-fondé de cette décision. J'ai chargé l'adjointe de direction responsable pédagogique d'accompagner l'équipe à redéfinir une organisation compatible avec cette décision. Les stratégies d'accompagnement en petits sous-groupes qui ont été mises en œuvre par les cadres éducatifs pour l'étape d'expérimentation sont directement impactées. En même temps, j'ai demandé de pratiquer un accompagnement dans lequel la personne s'exprime et agit davantage au détriment d'une « assistance » surabondante de l'équipe. Cela a fourni l'occasion d'activer plus intensément l'expression, la responsabilisation et l'autonomie des personnes accueillies conformément aux recommandations de bonnes pratiques sur la bientraitance de l'ANESM. J'ai ainsi eu la surprise et la satisfaction de voir le développement de nouvelles actions citoyennes prendre place dans le programme d'accompagnement des personnes accueillies. Ces initiatives ont pris corps en trois étapes :

- ma demande relayée par la responsable pédagogique ;
- le recueil, par l'équipe pluridisciplinaire, de l'expression et des idées formulées par les personnes accueillies ;
- une conception, par le cadre éducatif, de stratégies d'action en cohérence avec la commande initiale et l'expression des personnes.

Cette collaboration des personnes accueillies à la conception de la nouvelle organisation est une garantie pour proposer des solutions fiables et viables.

B) Stratégie d'amélioration de l'inclusion professionnelle

La qualité de l'accompagnement dans un dispositif tel qu'ARRIVE a eu un impact évident pour augmenter sensiblement le taux de retour à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique. J'ai des exemples précis comme celui de cette personne qui a interrompu son parcours professionnel dans l'armée pendant 10 ans pour vivre une succession de périodes d'hospitalisations psychiatriques et de courtes stabilisations. Elle avait perdu tout espoir de retravailler un jour dans l'environnement qu'elle avait connu et dont elle parlait avec émotion. La collaboration étroite entre un sous-officier à l'écoute, le cadre éducatif, la psychologue et, naturellement, la personne elle-même, artisan de son avenir, a permis la construction d'un retour à l'emploi gagnant pour toutes les parties.

A l'opposé, j'ai assisté à plusieurs échecs de retour à l'emploi, notamment, lorsque la situation de santé est plus fragile ou que l'environnement de l'entreprise est vécu par la personne comme une souffrance ou une agression. Je ne me peux pas résoudre à ne pas trouver des solutions pour des personnes qui expriment ouvertement leur volonté de retrouver un travail et leur utilité sociale.

Cela m'a incité à rechercher d'autres stratégies ou d'autres concepts. C'est pour cette raison que je me suis intéressé au courant « *Individual Placement and Support* » (IPS) venu des Etats-Unis. Celui-ci substitue le format habituel de l'action de formation qui veut que l'accès à l'emploi soit postérieur à la réalisation d'une formation, « *train and place* » (former et placer), par un changement de paradigme qui bascule ce format en devenant « *place and train* » (placer puis former). Une équipe spécialisée est chargée d'accompagner en emploi la personne qui exprime un projet de travail idéalisé. L'idéal exprimé (ex : « *je veux être pilote d'avion* ») est confronté à la réalité par des expériences de terrain rendues possibles par l'accompagnement de l'équipe de « *job coaches* ». Dans l'exemple cité qui est un exemple réel, la personne a pris conscience par sa propre expérience, de l'impossibilité de réaliser son projet. Elle a elle-même choisi par étapes successives d'accéder à un emploi d'équipier dans le fast-food d'un aéroport.

Le concept IPS questionne complètement le schéma de la rééducation professionnelle de même que le circuit qui part de la demande de la personne, des évaluations nécessaires

à la construction de la solution de compensation du handicap jusqu'à la notification de la MDPH. Cette remise en question est un axe de réflexion essentiel dont s'est saisi la fédération qui regroupe la presque totalité des CRP français en relation directe avec le Collectif FRANCE pour la recherche et la promotion de l'emploi accompagné (CFEA).

C) Veiller aux risques d'utilisation inadaptée du dispositif par la MDPH

La création du dispositif ARRIVE a ouvert une voie d'orientation nouvelle pour la MDPH, celle d'un parcours raccourci visant une partie de la certification vers le titre professionnel. À sa mise en place, j'ai assuré une campagne de communication adaptée pour expliquer ses objectifs et les profils de personnes qui pouvaient y être accueillies. Cependant, je constate régulièrement des notifications pour des personnes qui n'entrent pas dans les catégories définies. Le dispositif ARRIVE est ainsi utilisé pour contourner les contraintes d'accès aux formations qualifiantes qui conduisent vers les titres professionnels. En effet, une évaluation psychotechnique préalable et le sésame obligatoire avant de démarrer un tel parcours. Ce n'est pas le cas d'ARRIVE.

La MDPH 13 considère donc que les personnes dont les tests psychotechniques révèlent un niveau trop faible pour accéder un parcours qualifiant, peuvent tirer un bénéfice de ce dispositif, quitte à en suivre deux, l'un derrière l'autre ou avec une période intermédiaire plus ou moins longue, en cumulant les certifications partielles afin d'accéder au titre de façon graduelle.

L'analyse de cette pratique révèle les inconvénients suivants :

- si les résultats de tests psychotechniques sont trop faibles pour un parcours qualifiant, ils révèlent également des fragilités pour l'accès au métier visé par le titre. Permettre à une personne de valider un titre professionnel en s'affranchissant de cette mesure la met en difficulté lorsqu'elle recherche ou accède ensuite à l'emploi. De tels témoignages nous sont d'ailleurs déjà parvenus.

- En élargissant le nombre de bénéficiaires du dispositif ARRIVE, les délais d'admission vont mécaniquement s'allonger et réduire ainsi son attractivité et sa réactivité. Cette dernière c'était l'objectif essentiel qui a prévalu à la création d'ARRIVE et qui reste un facteur indispensable aux besoins des personnes que nous avons identifiées.

Pour pallier à ces orientations à contre-courant, j'ai décidé de demander un rendez-vous aux cadres de la MDPH 13 afin de leur faire part de mon analyse. C'est aussi l'occasion de faire le point sur les besoins qui ne sont pas couverts et qui amènent à ces orientations.

3.4 En chemin vers la modélisation

3.4.1 Les enseignements du « laboratoire » ARRIVE

Éléments de gouvernance et de dirigeance

Décision à valider	Déployer les méthodes d'accompagnement expérimentées dans le dispositif ARRIVE
Composition du comité de direction	Le président, le vice président, le directeur, les 3 adjoints de direction
Proposition de calendrier de déploiement	Immédiatement pour tous les nouveaux produits, sur 3 ans pour le reste du catalogue
Éléments d'aide à la décision	Retour d'expérience sous forme du bilan d'expérimentation, résultats de l'évaluation
Résultat attendu	Améliorer l'accessibilité de toute l'offre de service du CRP

Au-delà des éléments recueillis et présentés dans le paragraphe « Evaluation », l'expérimentation du dispositif ARRIVE a permis de capitaliser des enseignements et une expérience riches. Il est donc possible de satisfaire de nouveaux besoins en remettant en question des pratiques d'accompagnement, en responsabilisant davantage les personnes accueillies, en favorisant toutes les expressions par des médias variés, sans relation avec l'objectif professionnel, tels que la culture ou l'art. L'accès à la connaissance puis à la compétence doit passer par l'expérience et s'éloigner du schéma scolaire traditionnel. Des pédagogues renommés comme Célestin Freinet et Philippe Meirieu ont fait converger leurs travaux de recherche dans ce sens.

J'ai présenté un modèle d'accompagnement des personnes les plus éloignées de l'emploi au comité de direction. C'est le point de départ d'une nouvelle étape de transformation de l'offre de service.

3.4.2 L'émergence de nouveaux besoins

Les nouveaux besoins que la MDPH de 13 a tenté de satisfaire en utilisant le dispositif ARRIVE d'une autre façon que celle prévue initialement, ne doivent pas être ignorés. Il existe donc des personnes en situation de handicap dont les aptitudes intellectuelles et cognitives limitent l'accès aux formations qualifiantes. À ce stade, il reste une inconnue : ont-elles été orientées vers ARRIVE pour satisfaire leur demande de qualification et leur projet ou l'ont-elles été par défaut parce qu'il n'existe pas de prestation adaptée à leur besoin ? La recherche d'une réponse justifiera que je planifie et organise une prochaine enquête ciblée. De même, il est indispensable de s'approprier les politiques publiques qui concernent ce champ, d'identifier les réponses qui existent ou non dans le territoire,

qu'elles soient de droit commun ou du secteur spécialisé avant d'envisager un quelconque développement. Bien évidemment, tout devra être réalisé en cohérence avec le projet d'établissement. Comme le bureau du C.A., je suis conscient que le dispositif ARRIVE n'est qu'une étape dans le processus de transformation de l'offre du CRP et que l'appel d'air qu'il a créé va générer d'autres demandes pour d'autres besoins.

3.5 Prospective

3.5.1 Apporter aux travailleurs en situation de handicap psychique une plus-value dans l'accompagnement vers l'emploi

C'est un fait qui s'appuie sur le principe de non discrimination : l'accompagnement du handicap, qu'il soit psychique ou non, doit s'envisager dans une démarche la plus inclusive possible. L'Education Nationale a vécu une évolution majeure en intégrant dans les cursus scolaires classiques, la presque totalité des enfants porteurs de handicap. Il ne peut pas en être autrement avec les adultes en situation de handicap qui réalisent un parcours de formation professionnelle. Les actions de formation de droit commun, qui deviennent légitimement la norme pour ces personnes, laissent peu de place aux centres de rééducation professionnelle. Un acteur important comme l'AFPA, qui forme déjà trois fois plus de travailleurs handicapés que toute la rééducation professionnelle, a une commande claire de l'État : proposer des parcours inclusifs qui s'adressent à tous, quel que soit le niveau de handicap. Il devient donc stratégique et vital pour le CRP de proposer aux personnes accueillies une plus-value lisible avec une articulation de son action avec les dispositifs de droit commun.

Toutes les options sont ouvertes. Il existe déjà des exemples de collaboration entre des établissements de l'AFPA et des CRP : les premiers assurent la formation la plus continue possible, les seconds apportent en parallèle par l'intermédiaire de petites étapes personnalisées, l'accompagnement médico-psycho-social nécessaire aux besoins de compensation de la personne. On peut ainsi parler de « formation accompagnée » en référence au concept de l'emploi accompagné. Ce sont, avant tout, les besoins et l'expression des personnes qui guideront les professionnels vers des solutions d'accompagnement qui n'existent probablement pas encore. J'assure aujourd'hui une veille stratégique qui me permet de comprendre les attentes des politiques publiques et d'anticiper au mieux leurs conséquences pour les CRP.

3.5.2 Des attentes divergentes : entre politique nationale et spécificités du territoire

À ce jour, choisir une stratégie dans l'environnement de la rééducation professionnelle et des établissements médico-sociaux est un exercice d'équilibriste. L'État adopte des lois nationales qui s'appliquent à des besoins généraux. Pour le territoire du CRP Richebois, celles-ci sont déclinées par l'ARS en région PACA-Corse et les personnes expriment leurs besoins aux six MDPH de la région. Celles-ci évaluent et notifient les plans de compensation. Mais comment construire un plan de compensation personnalisé pour un demandeur qui habite en milieu rural dans les Hautes Alpes sur la même politique publique qu'un habitant des quartiers populaires en banlieue Marseillaise ? Les réponses offertes ne peuvent être que des combinaisons de prestations présentes dans l'offre du territoire et qui doivent tenir compte du besoin de ses habitants en situation de handicap, du tissu économique local et des attentes des entreprises.

L'implantation du CRP Richebois dans le 16^e arrondissement de Marseille, appelé aussi « quartiers nord » de façon plutôt péjorative, rajoute une dimension locale à la caractéristique territoriale. La MDPH de 13 est la deuxième de France en termes de volume de demandes traitées. Les besoins sont immenses, leur diversité également, et l'offre de service doit tenir compte de cette hyper territorialisation. La majorité des personnes viendra au CRP Richebois pour des raisons de proximité avant même l'intérêt de l'offre de service. J'estime qu'une étude anthropologique des populations des arrondissements limitrophes serait une base de travail préalable à toute stratégie de développement de l'établissement.

Par ailleurs, l'accès à des emplois du milieu ordinaire de travail par le canal des entreprises n'est peut-être pas l'unique solution à notre disposition. La ministre du travail actuelle et la secrétaire d'État chargée des personnes handicapées ont signé le 12 juillet dernier, un engagement national « Cap vers l'entreprise inclusive 2018-2022 » avec l'union nationale des entreprises adaptées, l'association des paralysés de France, France handicap et l'UNAPEI. Les objectifs de cette initiative sont de créer 40 000 emplois supplémentaires au bénéfice des personnes en situation de handicap, de moderniser le modèle des entreprises adaptées et de faciliter les trajectoires professionnelles, le tout, financé par des aides publiques à hauteur de 500 millions d'euros par an. La Fédération patronale FEHAP à laquelle le CRP est adhérent doit signer une convention opérationnelle à l'automne 2018. Je ne manquerai pas de m'y intéresser et d'explorer toutes les nouvelles opportunités que cette initiative offrira aux personnes accueillies.

3.5.3 Rédiger un projet d'établissement qui assure l'équilibre entre les besoins des usagers du territoire et les missions du CRP

Dans les mois à venir, je dois préparer le projet établissement dont le calendrier coïncidera avec celui du CPOM qui sera contractualisé en 2019. L'expérience m'a démontré le rôle majeur que joue le projet d'établissement (PE) lors d'une négociation avec l'autorité de tarification. En effet, les dépenses engagées par le CRP tirent leur justification de la description de leur utilité dans le PE. Enfin, comment présenter une nouvelle dépense à l'autorité de tarification sans l'avoir auparavant anticipée dans le PE ? Une expérience vécue face à une inspectrice de l'ARS a démontré cette impérieuse nécessité : le projet d'établissement trônait sur son bureau à l'occasion d'un RDV où il a été question de proposer la mise œuvre une nouvelle prestation. Réflexe immédiat de l'inspectrice : "Comment justifiez-vous cette prestation dans votre projet d'établissement ?". Dans ce cas, heureusement, la justification apparaissait clairement dans le précieux sésame.

La capacité d'anticipation du directeur est donc fortement éprouvée lors de la rédaction du projet d'établissement. Dans cette période stratégique durant laquelle nous nous apprêtons à vivre de profondes évolutions du secteur médico-social, il est essentiel que je reste en éveil et connecté à mon environnement. Ma participation aux réunions nationales et régionales de la FAGERH, ma veille sur les politiques publiques de notre secteur par l'intermédiaire des revues et newsletter publiées par notre fédération patronale FEHAP, ma participation aux travaux du collectif France emploi accompagné CFEA et la veille que j'entretiens dans le territoire auprès de nos partenaires occuperont une part importante de mon activité sans négliger, naturellement, la vie du CRP et l'intérêt des personnes accueillies.

Conclusion

Diriger un centre de rééducation professionnelle est une mission passionnante. Construire l'offre de service qui satisfait, à la fois, toutes les personnes accueillies quel que soient les besoins qu'elles expriment, l'autorité de contrôle et de tarification ainsi que les Maisons départementales des personnes handicapées est pourtant un exercice d'équilibriste. Mais comme disait Platon, c'est « *la nécessité qui est la mère des inventions* » et la créativité est bien une qualité indispensable au directeur pour bâtir avec ses équipes une organisation qui répond à toutes les demandes. Et les occasions d'en changer ne manquent pas ! Entre l'évolution des politiques publiques, de leur déclinaison dans les territoires, des sollicitations des partenaires qui évoluent en fonction de leurs propres contraintes, la créativité doit forcément être accompagnée d'adaptabilité. Je dois entraîner dans cette exigence qualitative, toutes les équipes notamment celles qui travaillent directement au contact des personnes accueillies qui attendent, elles, la plus grande stabilité possible pour progresser sereinement. Faire preuve d'une grande agilité en même temps que d'une grande stabilité est un paradoxe auquel je dois faire face.

Mais il y a bien d'autres paradoxes qui encombrant le chemin de l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire, des personnes en situation de handicap psychique :

- Notre modèle de société a fait de la compensation du handicap une action sociale qui fonctionne encore trop en autonomie parallèlement à la société ordinaire... alors qu'elle prône la société inclusive ;
- Notre modèle de société éprouve de la difficulté à accepter la différence surtout quand il s'agit du handicap psychique... alors qu'elle-même le génère avec les modes de vie modernes ;
- la France est le seul pays européen avoir eu le courage d'imposer aux entreprises une obligation d'emploi quantifiée des personnes en situation de handicap... mais en même temps, plusieurs moyens de s'en affranchir ;
- Les entreprises sont sollicitées pour accepter (ou maintenir) dans leurs équipes les personnes les plus fragiles qu'il faut ménager pour qu'elles puissent conserver leur emploi... et pour faire des efforts de compétitivité.

Dans ce contexte, j'ai atteint les objectifs et obtenu des résultats. J'ai conduit le développement du dispositif ARRIVE qui est une opération de redéploiement dans l'offre de service. Cette nouvelle prestation, mise en œuvre avec l'accord de l'ARS, est parvenue à satisfaire les personnes en situation de handicap psychique accueillies comme la MDPH qui élargit ainsi son panel de réponses.

En revanche, trop d'indicateurs témoignent de la difficulté des travailleurs handicapés à s'installer durablement dans l'Entreprise. Je sais que le chemin qu'il reste à faire pour garantir aux personnes que nous accueillons d'accéder à l'emploi, est semé de multiples embûches. Je dois rester attentif et bondir sur toutes les opportunités qui faciliteraient cette mission.

Conçue dans les années 70 par des professionnels de la psychiatrie à l'attention des travailleurs en situation de handicap psychique, il existe une alternative, démontrée dans la littérature scientifique. Basée sur le concept américain IPS (*individual placement and support*), celle-ci promeut l'installation des personnes en emploi, accompagnées par des « job-coaches » en amont de toute action de formation. C'est le principe du « *place and train* » (embaucher puis former) qui s'applique. Le travail des « job-coaches » est réalisé directement dans l'entreprise, en soutien de la personne et en médiation avec l'employeur. En France, la loi sur l'emploi accompagné promulguée en décembre 2016 est construite sur la base de ce concept. En 2017, les ARS ont lancé des appels d'offres pour sélectionner les opérateurs dans les territoires. Les choix ont été faits en fonction des candidatures et du maillage des structures médico-sociales dans les départements. Dans les Bouches-du-Rhône, après avoir constitué un partenariat avec 3 structures complémentaires œuvrant dans le champ du handicap psychique et pouvant satisfaire à cet appel d'offres, j'ai piloté le travail préalable au dépôt de notre dossier de candidature. Celle-ci n'a pas été retenue. Je n'abandonne pas pour autant cet axe de travail qui me semble porteur d'espoirs et qui sera peut-être, le modèle du centre de rééducation professionnelle du futur.

Bibliographie

OUVRAGES

- LÖCHEN Valérie, février 2016, *Comprendre les politiques sociales*, Mayenne : DUNOD, 458 p.
- Patrick Lefèvre avec la collaboration de Thomas Scandellari, mars 2016, *Guide du directeur*, France : DUNOD, p 275 – 284 Piloter et accompagner le changement.
- Valérie Boucherat-hue, Denis Leguay, Bernard Pachoud, Arnaud Plagnol, Florence Weber, juin 2016, *Handicap psychique : questions vives*, Villematier France, ERES, p279 – 298, handicap psychique et insertion professionnelle
- ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, juillet 2008, *La bientraitance : définitions et repères pour la mise en œuvre*, Nancy (France), 47 p.
- Joëlle Bongiovani-Sorignon, 2017, *La formation professionnelle, levier d'insertion des publics en difficulté*, Chroniques du travail, n°7, p 181 – 190
- Fiphfp, Conseil scientifique, octobre 2016, *L'inclusion socioprofessionnelle des personnes en situation de handicap psychique, mental et cognitif*, 2^{ème} édition ; France, Chronique sociale, 127 pages
- Charles Gardou, octobre 2012, *La société inclusive, parlons en ! il n'y a pas de vie minuscule*, Eres, 170 pages
- Fédération d'aide à la santé mentale CROIX MARINE, septembre 2014, Pratiques en santé mentale, *Travailler : de l'espoir aux actions*, France, CHAMP SOCIAL,
- Actualités Sociales Hebdomadaires, juillet 2018 n° 3068, *La psychiatrie va-t-elle enfin entrer dans le XXIème siècle ?*, page 15

DOCUMENTS numériques

- Christine Le Clainche et Geert Demuijnck, juillet 2006, Handicap et accès à l'emploi : efficacité et limites de la discrimination positive, Centre d'Etudes de l'Emploi
- Bernard Pachoud, Alain Leplège, Arnaud Plagnol, janvier 2009, La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique : les différentes dimensions à prendre en compte, p 257 – 277
- Pierre A. Vidal-Naquet, janvier 2007, L'insertion professionnelle de personnes souffrant de troubles psychiques, Handicap, compensation et aménagement approprié, 75 pages
- ANAP, appui santé et médico-social, janvier 2017, Négocier et mettre en œuvre les CPOM dans le secteur médico-social - Guide méthodologique d'appui à la contractualisation, 64 pages
- Direction(s), juin 2016, Bâtir une GPEC, [OUTILS] ESF Editeur, 184 pages
- « Qu'en est-il de la « valeur travail » dans notre société contemporaine ? », *Empan*, 2002/2

SITES

- INSEE, *Statistiques, Economie – Conjoncture – Comptes nationaux*. Consulté le 15/06/2017, disponible sur Internet : <https://insee.fr/fr/statistiques?theme=27>,
- APF France handicap, *Actualités nationales, insertion professionnelle, chiffres 2016*, consulté le 8/05/2016, disponible sur Internet : https://www.apf-francehandicap.org/news?field_news_categories%5B43%5D=43&op=Appliquer+les+filtres&form_build_id=form-I0ksqXWMMdYd8h69f-bchtOW_t1WSZDJMEKt_hmm91s&form_id=ecedi_list_filter_form
- agefiph, ouvrir l'emploi aux personnes handicapées, *Actus et publications, Rapport d'activité 2016*, consulté le 16/06/2017, disponible sur Internet : <https://www.agefiph.fr/Actus-Publications>
- MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE - Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018. Consulté le 30/12/2017, disponible sur Internet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2018>
- EUR-LEX - Le principe de non-discrimination. Consulté le 22/12/2017. Disponible sur Internet : http://eur-lex.europa.eu/summary/glossary/nondiscrimination_principle.html?locale=fr
- Roland JANVIER.org – Désinstitutionnalisation, danger ou opportunité ? Consulté le 30/12/2017. Disponible sur Internet : <http://www.rolandjanvier.org/pedagogie-education/507-desinstitutionnalisation-danger-ou-opportunite-03-05-2012/>
- UNAFAM, Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques, consulté le 15/02/2018, disponible sur Internet : <http://www.unafam.org>
- LES ESSENTIELS DE L'UNAPEI : la désinstitutionnalisation, consulté le 26/05/2017, disponible sur internet : http://www.unapei.org/IMG/pdf/unapei_essentiel_desinstitutionnalisation.pdf
- Talentéo – Tous les talents accessibles, Dossier du 3 avril 2015 : *Emploi: « La première loi instaurant une obligation d'embauche de travailleurs handicapés date de 1924 »*, interview de Henri Jacques STICKER, consulté le 25/06/2018, disponible sur Internet : <https://www.talenteo.fr/emploi-loi-handicap-histoire-242/>

Liste des annexes

1. Extrait de fiche de recueil de données statistiques dans les équipes pluridisciplinaires ORP de la MDPH13
2. Fiche du dispositif ARRIVE : présentation vue par le CRP Richebois
3. Fiche partenaires MDPH : informations sur le dispositif ARRIVE pour les équipes pluridisciplinaires ORP
4. Evolution des moyens humains affectés dans le dispositif ARRIVE suite à son évaluation
5. Présentation du concept Individual placement and support (IPS)

**STATISTIQUES PROPOSITIONS EQUIPE ORP MDPH
ANNEE 2015**

DECISIONS	TOTAUX	RATIO	19/7/11	26/7/11	28/7/11	30/8/11
SUIVI Cap Emploi	470	25,6%	10	14	18	11
SUIVI SAMETH	142	7,7%	3	2	8	9
SUIVI Pôle Emploi	90	4,9%	3	1	1	0
CPO (centre pré-orientation)	212	11,6%	11	7	6	5
REENTRAIMENT TRAVAIL	105	5,7%	9	5	0	1
POPS (tests psychotechniques)	113	6,2%	3	3	3	1
EVAL PRO CRP	4	0,2%	0	0	0	0
ENQUETE CARSAT	31	1,7%	2	2	1	0
SAP (service accompagnement projet)	29	1,6%	1	0	1	0
SUSPENS MDPH	59	3,2%	2	2	1	0
SUSPENS	49	2,7%	0	1	3	2
CRP RICHEBOIS	79	4,3%	1	1	0	2
CRP LRO	35	1,9%	1	3	0	3
CRP LRG	38	2,1%	1	1	1	5
CRP M	8	0,4%	0	0	0	2
CRP (3R) et autres	49	2,7%	0	0	1	1
ESAT	82	4,5%	1	1	2	4
V Technique	32	1,7%	2	1	0	1
V Psychiatre	42	2,3%	3	1	0	1
V Psychologue	3	0,2%	0	0	0	0
ARASD (à revoir à sa demande)	46	2,5%	0	0	1	3
SANS SUITE	45	2,5%	3	2	2	1
REJET	13	0,7%	0	0	0	1
UEROS	48	2,6%	0	4	1	2
MDA	9	0,5%	0	0	0	1
TOTAUX	1833	100,0%	56	51	50	56

<i>DONT PSYCHOPATHO (TOUTES)</i>	359		11	15	9	12
<i>DONT ILLETRISME /ANALPHABETE</i>	11		0	2	0	0
<i>DONT > 50 ANS</i>	345		7	12	10	9

ORGANISME :



DISPOSITIF :

ARRIVE (Action en Réseau pour la Remobilisation et l'Intégration Via l'Employabilité directe)

OBJECTIFS :

- Offrir une **action qualifiante courte** à une catégorie de **public éloigné de l'emploi et/ou de la formation**
- Proposer une action de **remobilisation** courte, réactive et individualisée qui vise l'emploi qualifié en **milieu ordinaire de travail**
- Construire des réponses d'insertion en cohérence avec les partenaires des **réseaux** de soins, du médico social et les entreprises
- Engager une étape de **certification** par l'accès à un premier certificat de compétences issu d'un titre professionnel (Cette étape permet l'accès au titre concerné dans les 5 ans qui suivent)

PUBLIC :

- travailleurs handicapés qui ne peuvent pas accéder aux formations en CRP à cause de leur durée, de leur densité, de leurs objectifs trop ambitieux
- personnes de faible niveau et manquant d'autonomie ou les usagers qui souffrent de troubles psychiques les empêchant de s'investir pleinement dans un parcours d'apprentissage pur
- personnes qui disposent d'un projet clair, validé par une notification de CDAPH mentionnant une des activités types issue des titres présents dans le catalogue
- personnes qui ont la maîtrise, même partielle, de la lecture et de l'écriture.

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE :

Dès que l'équipe pluridisciplinaire ORP de la MDPH envisage cette orientation

- Le projet de vie faisant état du projet professionnel...
 - n'existe pas = il doit être élaboré en amont de la proposition ARRIVE
 - existe = une action ARRIVE qui vise un certificat de compétence précis peut être suggérée
- l'équipe pluridisciplinaire ORP de la MDPH demande au CRP Richebois de recevoir la personne en visite de pré accueil (suspens ARRIVE + module visé)
- le CRP reçoit la personne et transmet un rapport écrit à la MDPH

Dès que la CDAPH a notifié cette orientation

- Le CRP engage des contacts avec les partenaires de l'accompagnement médical et/ou médico-social pour prendre en compte d'éventuelles préconisations particulières d'accompagnement
- Le jour de son admission, la personne est accueillie dans le groupe et dans les locaux propres au dispositif ARRIVE par l'équipe d'accompagnement
- La première semaine est réservée à la présentation des accompagnants, des locaux, des actions prévues dans le parcours et à la prise de repères dans l'environnement du CRP. Les entretiens individuels avec les médecins complètent cette première semaine
- Globalement, les travaux sont proposés selon la répartition suivante

Accueil (1 ^{ère} semaine)	= 4,3 %
Fondamentaux	= 32,5 %

- ✓ Expression orale
- ✓ Expression écrite contextualisée
- ✓ Calculs contextualisés
- ✓ Informatique et bureautique
- ✓ Revue de presse

Activités de redynamisation = 30 %

Employabilité (apprentissages qualifiants) = 33,2 %

- Un tiers de l'action est consacré à une ou plusieurs périodes en entreprise visant une autonomie et des attentes croissantes en fonction de l'avancement dans le parcours
- La dernière semaine est consacrée à
 - La valorisation des périodes en entreprises (rapport de stage, évolution du CV, DSPP, etc.)
 - l'entretien de bilan de l'action qui donne lieu à la rédaction d'un document formel
 - la préparation et le passage de l'épreuve de certification du CCP visé

A l'issue de l'action

- la personne est porteuse du bilan de l'action qui est adressé à la MDPH
- Les contacts avec le réseau d'accompagnement sont intensifiés pour faciliter la connexion et la poursuite du suivi (d'insertion, médical, social)
- Le suivi est maintenu afin de mesurer les résultats de l'efficacité de l'action. Les critères de réussite ne portent pas seulement sur l'insertion mais également sur toutes les évolutions positives constatées :
 - Relation/ouverture aux autres
 - Capacité de communication
 - Image de soi
 - affirmation de soi
 - projet professionnel réaliste

DUREE :

7 mois. Trois entretiens de suivi (1 mois après le début, à moitié et à 1 mois de la fin) permettent de mesurer l'efficacité de l'action, à communiquer à la MDPH.

DISPOSITIONS PARTICULIERES :

Moyens humains : Outre le plateau technique du CRP, l'action fait appel à des professionnels qui assurent certains ateliers de remobilisation (socio esthétique, yoga, activité artistique).

Conditions financières : Stagiaires rémunérés par l'ASP.

5 jours par semaine : l'amplitude horaire est de 30 heures hebdomadaire. Elle peut être adaptée en fonction des contraintes médicales

Possibilité d'hébergement et de restauration dans le centre 7j/7j.

Situation administrative des personnes accueillies : stagiaires de la formation professionnelle.

CRP RICHEBOIS

80, impasse Richebois



13321 Marseille cedex 16

☎ 04.91.09.48.00

Direction : Robert CHAMPETIER

Contacts : MS (participation aux EP ORP), MF (participation aux EP ORP), CB (gestion des Suspens)

ARRIVE (Action en Réseau pour la Remobilisation et l'Intégration Via l'Employabilité directe)

Objectif : Proposer une action de remobilisation courte, réactive et individualisée qui vise l'emploi qualifié en milieu ordinaire

Débouchés : Confirmation du projet et obtention du certificat (CCP) nécessaire pour une employabilité directe et rapide

Public concerné : Personnes de plus de 50 ans **et/ou** souffrant de troubles psychiques stabilisés et dans l'incapacité de suivre une formation complète

Prérequis :

- Avoir une RTH
- Orientation MDPH requise + CCP visé ou domaine d'activité pressenti (exemples : orientation ARRIVE – précision : CCP 1 du titre professionnel de la formation EAA ou orientation ARRIVE – précision : domaine tertiaire)

- Avoir un projet professionnel construit en amont
- Sans limite d'âge

Durée : 7 mois

Hébergement : Possible

Nombre de places : 16

Suspens : Non obligatoire, possible sur demande de l'EP

Bilan : A l'issue du stage, un bilan est adressé à la MDPH

Réexamen ORP : Si besoin, en fonction des préconisations faites par le centre

Rémunération : oui

DISPOSITIF
ARRIVE

EVOLUTION DES MOYENS HUMAINS

Pendant l'expérimentation

Professionnel	ETP	
cadre éducatif	2	
animateur socio culturel	0,23	8 heures sur 35
professeur de Yoga	0,09	3 heures sur 35
socio-esthéticienne	0,02	20 heures sur 1040
TOTAL	2,34	

Après l'évaluation

Professionnel	ETP	
cadre éducatif	1,5	
animateur socio culturel	0,17	6 heures sur 35
professeur de Yoga	0,09	3 heures sur 35
socio-esthéticienne	0,02	20 heures sur 1040
TOTAL	1,78	

Le modèle I.P.S. (individual placement and support) : une pratique alternative favorisant les chances d'accès à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique

En matière d'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, la pratique dite de « soutien à l'emploi » ou « d'emploi accompagné » (supported employment selon le terme l'association européenne EUSE¹) s'impose comme le modèle de référence fondé sur des données probantes. Depuis le début des années 90, cette pratique se développe dans les pays anglo-saxons et de nombreux pays européens.

Aux Etats-Unis, au début des années 80, les réseaux militants mobilisés autour de la déficience intellectuelle font le constat d'une exclusion sociale provoquée par le travail en milieu protégé. Afin de favoriser l'insertion professionnelle des publics concernés par une déficience intellectuelle et par conséquent leur inclusion sociale, ces réseaux conçoivent un modèle audacieux d'intégration directe en milieu ordinaire de travail reposant sur un accompagnement individualisé et pérenne après l'entrée en emploi. Ce modèle qualifié "place and train" (placer puis former sur le poste de travail) postule que l'accès à l'emploi représente la condition pour réentraîner ces personnes au travail et non l'inverse.

Quelques années plus tard et face à l'efficacité de cette approche en matière d'accès à l'emploi, se pose la question de sa pertinence pour les personnes rencontrant des troubles mentaux graves. Dès le début des années 90, Dr Bob Drake et Deborah Becker formulent le modèle I.P.S (Individual Placement and Support) destiné aux personnes vivant des troubles mentaux graves, modèle spécifiant un ensemble d'exigences propres à cette pratique et permettant d'homogénéiser suffisamment les pratiques pour en évaluer scientifiquement l'efficacité [1, 6, 8]. Toutes les études comparatives montrent que cette pratique est la plus efficace avec un taux d'accès à l'emploi, après 6 à 18 mois de suivi, au moins le double de celui obtenu avec les pratiques traditionnelles [7, 3]. Ce type d'étude comparative a été reproduit en Europe avec les mêmes résultats [2].

Les pratiques traditionnelles reposent sur la progressivité et le réentraînement préalable des personnes handicapées jusqu'à leur permettre d'atteindre leur objectif d'insertion en milieu ordinaire de travail. Le modèle I.P.S. quant à lui propose un changement de stratégie illustré par le **renversement du principe traditionnel**, qui semble de bon sens, du « train and place » (entraîner puis insérer) au profit du principe « place and train » (insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail). Il s'agit d'insérer aussi rapidement que possible les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étape préparatoire et sur la base d'une brève évaluation, puis ensuite d'assurer un réel soutien à la prise de poste et dans l'activité quotidienne de travail. Confronter de manière directe mais bienveillante la personne à la réalité de l'emploi met rapidement en lumière ses difficultés d'emploi pour lesquelles il convient de trouver les modes de compensation adéquats ; leur aspect « raisonnable » déterminant alors les possibilités d'emploi en milieu ordinaire de travail.

¹ European Union of Supported Employment (EUSE) <http://www.euse.org>

Le modèle I.P.S. s'inscrit dans le courant du rétablissement ; le rétablissement s'imposant comme un processus individuel conduisant la personne à devenir actrice et responsable de sa propre vie en prenant conscience de ses forces et en misant sur celles-ci, les services de santé mentale (au sens large) étant alors configurés de manière à encourager son autonomie. Ce modèle mise ainsi sur la dimension positive du travail : le travail réduit les symptômes, il augmente l'estime de soi et la satisfaction personnelle. Il est un support à la réhabilitation des personnes, une force d'intégration et d'inclusion sociale.

Le modèle I.P.S. peut être décrit selon les principes suivants (l'ordre de formulation des principes pouvant varier d'une présentation à l'autre) :

principe n°1 : l'objectif est l'obtention d'un emploi en milieu ordinaire

Le placement est réalisé sur un contrat de droit commun. Toute intervention dans un autre cadre ne relèverait pas à proprement parlé du modèle I.P.S.

principe n°2 : « exclusion zéro »

L'éligibilité est basée sur le choix de la personne d'intégrer ce mode d'accompagnement à l'emploi selon les modalités proposées, le critère essentiel étant la volonté de travailler en milieu ordinaire.

principe n°3 : les équipes I.P.S. sont étroitement coordonnées avec les équipes soignantes

Un étayage médical est indispensable à toute insertion professionnelle. Le travail prolonge et s'intègre au plan de traitement.

principe n°4 : les services sont basés sur les choix et préférences de la personne

Intérêts, préférences, capacités, habiletés de la personne guident la recherche d'emploi sans jugements préconçus. Toute prise de décision est partagée avec la personne.

principe n°5 : une assistance personnalisée est accordée pour informer et comprendre les enjeux économiques reliés au choix de chaque personne

La personne est informée de l'incidence du retour à l'emploi sur ses revenus.

principe n°6 : la recherche d'emploi est rapide

Le processus d'intégration rapide en emploi est préféré à celui de préparation à l'emploi. Seule une formation au poste de travail sera dispensée in situ en cas de nécessité.

principe n°7 : le développement d'un réseau d'employeurs est systématique

Afin d'augmenter les chances d'emploi des personnes en situation de handicap psychique, la proximité avec l'entreprise est indispensable pour « sécuriser » l'intégration en emploi et contourner la stigmatisation. Ce principe a été ajouté par l'Institut Douglas – Montréal tant cette proximité avec l'entreprise est primordiale.

principe n°8 : le soutien est individualisé et illimité dans le temps.

Alors que les pratiques traditionnelles requièrent une pluralité d'intervenants, ce qui soulève le problème de leur coordination et de la continuité du suivi, l'accompagnement dans cette approche est assuré par une personne qualifiée de "conseiller en emploi accompagné" ; personne qui assume successivement les différentes tâches que sont l'accueil et l'évaluation de la demande de réinsertion, l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail et même lors des transitions professionnelles.

Ce soutien est apporté au salarié mais aussi à l'entreprise pour la soutenir dans ses efforts d'intégration de la personne : aménagement de poste, management quotidien, etc.

Ce soutien est d'intensité variable : intense la première année, il se distend par la suite. Néanmoins, l'aspect illimité apporte un fil conducteur qui permet de suivre la personne dans la durée pour l'aider à anticiper et à faire face aux situations qu'elle n'arriverait pas à gérer seule.

Diverses études notamment canadiennes, démontrent que le taux de placement en emploi² est fortement corrélé à la qualité du soutien [4, 5], la fidélité aux autres principes étant d'influence moindre : « l'alliance de travail » avec la personne accompagnée en emploi mais aussi avec l'employeur et l'équipe de travail, la capacité à positionner la personne sur des tâches correspondant à ses habilités et capacités de travail, la capacité à négocier les adaptations de poste sont des facteurs à forte influence sur le taux de placement et de maintien durable en emploi.

2 Le taux de placement sur le marché ordinaire peut varier de 25 à 75% - Drake, Bond et Rapp (2006)

B. Pachoud, Psychiatre et Professeur en psychopathologie à l'U. Paris-Diderot

C. Allemand, chargé de développer un dispositif d'emploi accompagné au sein de l'association Messidor

1 Bond GR, Drake RE, Becker DR. (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment, *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 31(4), 280-290

2 Burns, T. et al. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146-1152.

3 Cook JA et al. (2005) Results of a multisite randomized trial of supported employment interventions for individuals with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry*; 62: 505-12.

4 Corbière M (2012) Les programmes de soutien à l'emploi : Leurs ingrédients et leur implantation. In Lecomte T, & Leclerc C (Eds.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*- 2ème édition (pp.143-164). Montréal: Presses de l'Université du Québec.

5 Corbière M, Lanctôt N (2011). Salient components in supported employment programs: Perspectives from employment specialists and clients. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 39(4), 427-439.

6 Drake RE, Bond GR, Becker DR (2012) *Individual Placement and Support: An Evidence-Based Approach to Supported Employment*. New York: Oxford University Press;

7 EUSE : Union Européenne de l'Emploi Assisté. Brochure d'information et normes de qualité. [<http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20information%20Brochure%20-%20French.pdf>]

8 Latimer E. Le soutien à l'emploi de type « placement et soutien individuels » pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : sa pertinence pour le Québec. Monographie. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé 2008. Consultable : http://www.iness.gc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Psychologie/MO-2008-01_Modele_IPS.pdf

CHAMPETIER	Robert	Septembre 2018
------------	--------	----------------

Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA CORSE

RENDRE ACCESSIBLE L'OFFRE DE SERVICE D'UN C.R.P. AUX TRAVAILLEURS EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE LES PLUS ELOIGNES DE L'EMPLOI

Transformer l'accompagnement pour mieux répondre aux enjeux de leur insertion professionnelle en région PACA

Résumé :

Comment un centre de rééducation professionnelle peut-il, par un accompagnement personnalisé, satisfaire aux besoins de personnes en situation de handicap psychique qui veulent se préparer au travail dans le milieu ordinaire en région PACA ? C'est à cette problématique que je réponde dans ce mémoire.

Directeur d'un CRP créé dans les années 60 dont la volonté de s'adapter aux besoins est une valeur fondamentale, je fais le constat que notre offre de service n'est pas suffisamment accessible aux personnes les plus éloignées de l'emploi. Notre notoriété, les résultats positifs de l'évaluation externe ne m'autorisent pas, pour autant, à l'immobilisme. Ainsi, j'ai conduit le développement d'un dispositif qui vise à rendre l'offre de service plus accessible aux travailleurs en situation de handicap psychique. Nouvelle organisation, nouvelles méthodes pédagogiques, nouveaux moyens, travail en réseau sont des critères qui participent à cette transformation de l'accompagnement.

L'évaluation qui a suivi la période d'expérimentation a donné lieu à des ajustements nécessaires. Ce dispositif a été pérennisé parce qu'il a donné satisfaction aux personnes accueillies, à la MDPH et à Cap emploi. L'accès à l'emploi reste sa finalité mais il me reste de nombreuses actions à mener pour que les compétences et talents que démontrent les travailleurs en situation de handicap psychique leur ouvrent toutes les portes de l'Entreprise.

Mots clés :

Travailleur handicapé, Psychopathologie, Intégration professionnelle, Emploi, Milieu ordinaire, Centre rééducation, Travail pluridisciplinaire, Formation, Etablissement médico social, Territoire, Entreprise, Changement, Expérimentation

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.