



**IMPULSER LA DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE EN ESAT  
FAVORISANT LE RETABLISSEMENT D'ADULTES  
HANDICAPES PSYCHIQUES**

*Philippe BROUANT*

**2014**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Mes premières pensées vont à ma femme et mes enfants qui ont supporté avec tendresse un mari et un père peu disponible, trop souvent absent malgré sa présence.

Merci mille fois à Germaine Peyronnet, ma tutrice, pour son aide, son positivisme permanent, et toute son expérience professionnelle, si grande, qu'elle a d'emblée mis à ma disposition.

Rédiger un mémoire n'est en rien un acte isolé, je veux ici remercier l'ensemble des salariés de l'ESAT REGAIN qui m'ont toujours démontré leur confiance et leur envie de porter haut le destin de leur établissement.

Merci au Docteur Pachoud, Psychiatre et ami pour son aide et sa gentillesse de tous les instants. A ses côtés j'ai appris ce que voulait dire « éthique de l'accompagnement ».

Je remercie les travailleurs de l'ESAT, si participatifs, et toujours en avance sur le projet et avec lesquels je mesure tout le chemin à parcourir pour qu'ils prennent la place qui leur est due et qu'ils méritent dans le monde du travail.

Un grand merci à mon Président Jean de LASA et l'ensemble du Conseil d'Administration de l'Association REGAIN et du groupe ALLIANCE ESPERANCE, pour leur confiance et leur indéfectible soutien.

Enfin, je souhaite remercier sincèrement toutes les équipes de BUC Ressources et les intervenants et les membres des jurys blancs, qui m'ont tous tellement apporté pendant cette formation.

***« Si vous voulez vraiment comprendre quelque chose, essayez de le changer »  
(Kurt Lewin)***

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Troubles psychiques et perspective de rétablissement.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Santé mentale et bien être de la personne .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 La santé mentale : un problème préoccupant de santé publique .....	4
1.1.2 Le concept de santé mentale a évolué .....	5
1.1.3 Des objectifs Européens qui promeuvent la santé mentale positive.....	6
1.1.4 La santé mentale en France impulsée par les objectifs Européens .....	7
1.1.5 Une organisation régionale en réponse aux enjeux de santé mentale .....	8
1.1.6 Depuis 2005, un handicap reconnu .....	9
1.1.7 L'Association Regain pour accompagner au-delà de la maladie vers le bien-être au travail .....	12
<b>1.2 Handicap psychique et emploi .....</b>	<b>13</b>
1.2.1 Un handicap difficile à cerner .....	14
1.2.2 Les troubles psychiques à l'origine de situations de handicap .....	15
1.2.3 L'activité professionnelle, un retour souvent difficile .....	17
1.2.4 Des représentations négatives toujours fortes.....	20
1.2.5 Un public aux potentialités méconnues .....	21
1.2.6 Rappel du principe de citoyenneté .....	22
<b>1.3 Le devenir à long terme des personnes présentant des troubles Psychiques et la perspective du rétablissement .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 Au-delà de la maladie et du handicap, se rétablir ? .....	23
1.3.2 Conceptions du rétablissement .....	24
1.3.3 Les principaux ressorts du Rétablissement, dans cette conception personnelle .	26
1.3.4 La contribution du travail dans le processus de rétablissement .....	27
<b>1.4 Conclusion de la 1<sup>ère</sup> partie.....</b>	<b>27</b>
<b>2 L'ESAT, un dispositif visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 L'orientation en ESAT des personnes souffrant de troubles psychiques....</b>	<b>30</b>
2.1.1 Des missions d'intérêt général et d'utilité sociale.....	30
2.1.2 L'ESAT, acteur de l'économie sociale et solidaire ? .....	31
2.1.3 Un travailleur sans contrat de travail.....	34

<b>2.2</b>	<b>L'ESAT Regain .....</b>	<b>36</b>
2.2.1	Un constat d'évolution du public qui interroge le Projet d'Etablissement .....	36
2.2.2	Les caractéristiques des usagers de l'ESAT .....	36
2.2.3	Une extension pour réduire les coûts.....	37
<b>2.3</b>	<b>Une structure très dynamique mais qui présente aussi des points faibles..</b>	<b>38</b>
2.3.1	Les principes d'organisation qui portent le changement.....	38
2.3.2	Une équipe dynamique mais contrastée .....	39
2.3.3	Une coordination qui peine à suivre le développement de l'ESAT.....	41
2.3.4	L'insertion en milieu ordinaire, un enjeu de pouvoir au sein de l'ESAT.....	42
2.3.5	La démarche de suivi des PPI comme révélateur des identités professionnelles en place.....	44
2.3.6	Le moniteur d'atelier, un professionnel insuffisamment repéré.....	45
<b>2.4</b>	<b>Une offre de service qui vise l'insertion sociale et professionnelle.....</b>	<b>46</b>
2.4.1	Un parcours d'insertion varié mais pas toujours synonyme de développement de compétences pour les travailleurs.....	47
2.4.2	Un parcours de professionnalisation et de formation au service de l'autonomie qui manque encore de lisibilité et qui ne permet pas l'émancipation des travailleurs de l'ESAT .....	49
2.4.3	L'implication des travailleurs : un ressort du rétablissement.....	51
<b>2.5</b>	<b>Conclusion de la 2<sup>ème</sup> partie .....</b>	<b>52</b>
<b>3</b>	<b>Utiliser le travail comme processus de rétablissement.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1</b>	<b>La conduite de changement : un choix de management pour donner du sens à l'action collective .....</b>	<b>55</b>
3.1.1	Fédérer les équipes autour du projet d'établissement.....	55
3.1.2	Créer des repères d'actions partagées .....	57
3.1.3	Impulser une démarche collective visant la coopération .....	59
3.1.4	La boucle d'évaluation au service de la démarche qualité.....	60
<b>3.2</b>	<b>Développer les compétences collectives pour favoriser le rétablissement .</b>	<b>63</b>
3.2.1	Optimiser l'organisation pour favoriser la qualité de l'offre de service rendue .....	63
3.2.2	Accompagner les équipes tout au long du processus de changement .....	67
3.2.3	Favoriser le rétablissement par la mise en œuvre d'une compétence collective .	68
3.2.4	Prendre en compte les besoins des salariés.....	70
<b>3.3</b>	<b>Développer Les moyens pour favoriser le rétablissement .....</b>	<b>71</b>
3.3.1	L'empowerment, un déterminant essentiel du rétablissement .....	72
3.3.2	Faire le pari des compétences des travailleurs .....	74
3.3.3	L'évaluation du parcours du travailleur comme visée du rétablissement .....	75
3.3.4	Utiliser le plan de formation des travailleurs comme levier des PPI.....	76

<b>3.4</b>	<b>Regain promoteur du rétablissement sur le territoire .....</b>	<b>77</b>
3.4.1	Travailler en réseau pour favoriser le rétablissement des travailleurs.....	77
3.4.2	Regain acteur de la lutte contre la discrimination des personnes avec un problème de santé mentale.....	78
	<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>81</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>AAH</b>	Allocation aux Adultes Handicapés
<b>AGeFIPH</b>	Association Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle Des Personnes Handicapées.
<b>ANESM</b>	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et services sociaux et Médico-sociaux
<b>ACT</b>	Appartements de Coordination Thérapeutique
<b>ARS</b>	Agences Régionales de santé
<b>BAPC</b>	Budget Annexe de Production et de Commercialisation
<b>BPAS</b>	Budget Principal d'Activité Sociale
<b>CAFERUIS</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
<b>CAT</b>	Centre d'Aide par le Travail
<b>CASF</b>	Code de l'Action Sociale et des Familles
<b>CATTP</b>	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
<b>CDAPH</b>	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
<b>CHSCT</b>	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
<b>CIF</b>	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>CIF</b>	Congé Individuel de Formation
<b>CIH</b>	Classification Internationale des Handicaps et santé mentale
<b>CMP</b>	Centre Medico-Psychologique
<b>CNR</b>	Crédit Non Reconductible
<b>CPF</b>	Compte Personnel de Formation
<b>CSAT</b>	Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail
<b>CVS</b>	Conseil de la Vie Sociale
<b>DGF</b>	Dotation Globale de Fonctionnement
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>ETS</b>	Educateur Technique Spécialisé

<b>FNAPSY</b>	Fédération Nationale des Associations d'usagers en PSYchiatry
<b>HPST</b>	Hôpital Patients Santé Territoires
<b>LOLF</b>	Loi Organique relative aux Lois de Finances
<b>MDPH</b>	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>OPCA</b>	Organisme Paritaire Collecteur Agrée
<b>PAUF</b>	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
<b>PDCA</b>	Plan Do Check and Act (Cycle de Deming)
<b>PIB</b>	Produit Intérieur Brut
<b>PPI</b>	Projet Professionnel Individualisé
<b>PRIAC</b>	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
<b>PRS</b>	Projet Régional de Santé
<b>RGPP</b>	Révision Générale des Politiques Publiques
<b>RQTH</b>	Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
<b>SAVS</b>	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
<b>SAMSAH</b>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
<b>SMIC</b>	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
<b>SROMS</b>	Schéma Régional d'Organisation Médico-Social
<b>SROS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SRP</b>	Schéma Régional de Prévention
<b>UE</b>	Union Européenne
<b>UNAFAM</b>	Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
<b>VAE</b>	Validation des Acquis de l'Expérience
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

## Introduction

Les Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) font partie intégrante des dispositifs médico-sociaux. Ils participent à la mise en place des actions visant à la socialisation des personnes handicapées en leur offrant des possibilités d'insertion en termes de travail, de soutiens à la vie sociale et médico-psychologiques.

L'évolution des politiques sociales, la reconnaissance du handicap psychique, le mouvement de réhabilitation psychosociale ainsi que le rapprochement des structures du secteur sanitaire et du champ médico-social amènent les ESAT à reconsidérer le mode d'accompagnement des travailleurs.

Avec la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 et celle du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les aménagements et prestations des services délivrés par l'établissement doivent prendre en considération les choix de la personne handicapée. Le travailleur de l'ESAT doit pouvoir être partie prenante des dispositifs mis en place.

Directeur d'un ESAT accueillant spécifiquement des personnes souffrant de troubles psychiques, j'ai pu constater cette attente, bien légitime de la part des travailleurs, à s'impliquer de manière de plus en plus soutenue dans l'organisation et la stratégie de développement d'activités de l'ESAT. A travers cette démarche, c'est la prise en compte de leurs aptitudes professionnelles et de leurs savoir-faire qui interroge l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire et la capacité de l'établissement à prendre en compte de manière individualisée l'espoir et la volonté de chaque travailleur à se projeter, au-delà de la maladie et de ses symptômes, vers un mieux-être. Cette notion d'espoir se trouve à la base du concept de rétablissement dont le travail est l'un des ressorts.

L'ESAT peut donc aider les travailleurs handicapés psychiques à se remettre de la stigmatisation dont ils ont souffert dans leur condition de malade et à améliorer leur condition sociale face à la discrimination dont ils sont l'objet dans la recherche d'emploi. Chaque travailleur doit être en mesure d'élaborer son propre projet professionnel au regard de ses objectifs et de ses envies. Cette perspective laisse entrevoir la nécessité de changer les pratiques traditionnelles d'accompagnement à l'emploi de l'ESAT, basées sur l'entraînement et le collectif de travail, pour se centrer sur les capacités personnelles des travailleurs et leur devenir.

Ce mémoire traduit la réflexion que j'ai menée depuis ma prise de fonction en tant que Directeur et sera développé en trois parties.

Dans un premier temps, je présenterai les particularités du public accueilli au sein de l'ESAT en apportant un éclairage particulier sur la relation du handicap psychique face à l'emploi. L'évolution des prises en charge, sanitaires d'abord puis médico-sociales a introduit des possibilités nouvelles de développement de compétences des personnes



accueillies ainsi que révélé, pour nombre d'entre elles, des envies de mieux contrôler leur propre vie. Je développerai ainsi les dimensions du concept de rétablissement rapportées au cadre de l'intervention de l'ESAT et dans la perspective éthique, pour la personne accompagnée, d'un processus d'affirmation de son rôle d'acteur de sa propre vie.

Je présenterai en seconde partie l'ESAT et son dispositif particulier visant à favoriser l'accès au monde du travail et aborderai le mode de management que j'ai instauré au sein de l'établissement, afin de créer les conditions d'une large participation de l'ensemble des parties prenantes. Enfin je mettrai en exergue la nécessité d'amélioration de l'organisation au regard des projets professionnels individualisés des personnes accueillies en écho aux conclusions du rapport d'évaluation externe.

Dans la troisième partie, j'exposerai, en réponse à l'analyse de la problématique, un projet d'évolution du mode d'intervention auprès des travailleurs de l'ESAT permettant d'utiliser le travail comme un processus de mobilisation des ressources internes des personnes accueillies. Ce projet permettra l'implication de toutes les équipes pluridisciplinaires de l'ESAT et engagera l'établissement tout entier dans l'élaboration d'un projet commun, avec en fil conducteur, la qualité de service rendu à chaque travailleur et son évaluation continue en vue de favoriser son rétablissement.

# 1 Troubles psychiques et perspective de rétablissement

Initié par des industriels, et notamment un ancien Ministre du travail, le projet de l'ESAT Regain est fondé sur la conviction profonde que les personnes qui souffrent de troubles psychiques, peuvent vivre et s'épanouir au sein de la cité, pour peu qu'un environnement favorable leur soit proposé. Le travail constitue une réponse forte à ce projet de vie, créant les conditions pour chacune de sortir de l'exclusion et de retrouver un statut social et sa dignité de citoyen.

Les troubles psychiques font partie des maladies qui, outre la souffrance et les limitations fonctionnelles, imposent en plus aux personnes qui en sont atteintes, le poids de la stigmatisation sociale. Ce fardeau affecte aussi leurs proches. Cette stigmatisation aggrave les conséquences déjà importantes de la maladie, en termes de pauvreté, d'accès au logement, à la formation ou encore à l'emploi. Globalement ces conséquences peuvent générer une perte de statut social, un isolement et une exclusion, autant de facteurs privant la personne de son accès à la pleine citoyenneté. Pour la personne qui souffre de troubles psychiques, la prise en compte de la maladie et le contrôle des symptômes doit lui permettre d'accéder à une citoyenneté pleine et entière. C'est cette vision d'une santé mentale qui doit être considérée comme l'affaire de tout citoyen, qui favorisera le rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le rétablissement vise à concentrer ses forces vers le bien-être et à améliorer toutes les composantes d'une identité retrouvée. Le travail offre la possibilité de sortir de l'isolement et permet de jouer un rôle social dans la communauté. En ce sens, l'ESAT et plus globalement les professionnels du travail social doivent apporter leur contribution au bien-être des personnes qu'ils accompagnent « *mettre en œuvre des stratégies de travail social ayant pour but d'améliorer l'espérance des personnes, leur confiance en elles, leur potentiel créatif et leurs capacités à confronter et défier les dynamiques de pouvoir oppressif ainsi que les sources structurelles d'injustice* »<sup>1</sup>

## 1.1 Santé mentale et bien être de la personne

Depuis la moitié du vingtième siècle, l'attention portée à la maladie mentale a considérablement évolué. L'apparition des grandes classes de psychotropes a permis à nombre de patients de la psychiatrie d'apaiser leurs troubles et de pouvoir se réadapter à une vie sociale et professionnelle satisfaisante. Ce bouleversement a généré un mouvement de désinstitutionalisation et crée de nouveaux dispositifs alternatifs à

---

<sup>1</sup> EASSW : European Association of Schools of Social Work, « *définition internationale du travail social* » Commission Internationale de l'UNAFORIS, 30 mars 2014.  
Consultable sur site internet : [www.eassw.org](http://www.eassw.org)

l'hospitalisation. La prise en charge des patients de la psychiatrie a basculé de façon progressive vers le travail social, répondant de fait à une nouvelle approche de la société considérant que le soin et l'accompagnement de la personne souffrant de troubles mentaux ne devait plus se concevoir uniquement au sein de l'hôpital, mais également dans la cité, et tourné vers un objectif de réinsertion sociale. La psychiatrie s'est intégrée dans le champ de la santé mentale offrant de larges perspectives à la recherche d'autonomie et à la participation à la vie sociale des personnes qui apprennent à « vivre avec » la maladie et à envisager leur rétablissement.

Depuis une trentaine d'année, la notion de santé a considérablement évolué. Celle-ci ne se considère plus sous le seul angle de l'absence de maladie, mais revêt désormais de manière plus large les notions de bien-être mental, physique ou encore social. La notion de santé mentale évolue de même hors de la maladie psychique, portant une considération nouvelle sur les incidences de l'environnement de manière globale sur l'individu. La santé mentale ne se voit donc plus sous l'angle négatif de la seule maladie, mais plutôt sous l'aspect positif de la notion de bien-être, élargie aux composantes de l'environnement direct d'un individu, liées à celles des facteurs environnementaux du pays (famille, éducation, emploi, logement etc...). C'est bien la notion de contribution de l'individu à la collectivité qui s'oppose aux risques pour cette même collectivité de voir une partie significative de ses membres fragilisés et marginalisés.

### **1.1.1 La santé mentale : un problème préoccupant de santé publique**

Les problèmes de santé mentale touchent aujourd'hui 12 millions de personnes en France. A l'horizon 2020, une personne sur cinq sera touchée par un trouble de santé mentale. Les maladies mentales se situent au 3<sup>ème</sup> rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). En médecine générale, elles se situent au second rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Le rapport d'Edouard COUTY<sup>2</sup> précise qu'en France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 morts par suicide auxquels s'ajoutent une surmortalité due essentiellement à la consommation de drogue, d'alcool, de tabac et aux accidents.

L'OMS cite enfin, dans son rapport, cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI<sup>ème</sup> siècle :

- La schizophrénie
- La dépression
- Les troubles bipolaires
- les addictions

---

<sup>2</sup> COUTY E., janvier 2009, Missions et organisation de la santé et de la psychiatrie, rapport remis au ministre de la santé.

- Les troubles obsessionnels compulsifs

Les troubles mentaux génèrent par ailleurs une part très importante de la dépense de santé de la France. En 2007, le coût global de la pathologie mentale a été évalué à près de 110 Md€, soit l'équivalent d'un tiers des dépenses de l'Etat.<sup>3</sup> Selon la même étude, le coût de la prise en charge des pathologies mentales par le secteur sanitaire représentait en 2007 13,4 Md€ et pour le secteur médico-social, ce coût était évalué à 6,3 Md€. Les coûts informels sont évalués respectivement à 65,1 Md€ pour la perte de la qualité de vie (estimée à 30 % du reste de la population Française pour une personne souffrant de maladie mentale) et à 24,4 Md€ pour la perte de productivité liée à la pathologie mentale (absence au travail, indemnités liées au chômage, aux incapacités ou aux arrêts de maladie).

Les troubles psychiques représentent bien un enjeu majeur en France, alors que deux tiers des Français se sentent peu informés sur la santé mentale et les troubles psychiques et que 47 % associent les maladies mentales à des dénominations négatives (débiles, attardés...)<sup>4</sup>.

### **1.1.2 Le concept de santé mentale a évolué**

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la Santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». <sup>5</sup>On le voit bien, le terme de bien-être est mis en avant, reléguant au second plan celui de maladie.

En France, à partir de la moitié du XXème siècle la désinstitutionnalisation dans le secteur de la psychiatrie a vu le « malade mental » pris en charge progressivement en ambulatoire et au sein d'un secteur médico-social naissant. Avec la perspective d'une réinsertion sociale, le terme de personnes souffrant de troubles mentaux a fait son apparition. Par la suite, sous l'effet progressif des phénomènes d'exclusion, de précarité et de pauvreté, a émergé dans les années 1990 la notion de souffrance psychique. La dégradation sévère des conditions de vie a rendu plus vulnérables nombre de personnes à la détresse psychique pouvant engendrer, sous l'effet d'un déséquilibre des facteurs psychologiques, sociaux ou environnementaux des troubles psychiques plus lourds.

La souffrance psychique se repère par les acteurs de terrain (sanitaire, social, judiciaire ou encore éducatif). Elle est repérée en priorité hors du secteur du soin, directement par

---

<sup>3</sup> Source : Unité de Recherche Clinique en Economie de la santé d'Île de France (URCECO) « le coût de la pathologie mentale en France en 2007 » présentation au Sénat les 4 et 5 juin 2009.

<sup>4</sup> Source : Enquête IPSOS Public Affairs pour FondaMental dans le cadre des rencontres du palais du Luxembourg, Paris, 4 et 5 juin 2009

<sup>5</sup> Organisation Mondiale de la Santé. Préambule de la constitution. 1946, entré en vigueur le 7 avril 1948.

les travailleurs sociaux des secteurs de l'éducation, de l'insertion ou encore de l'action sociale.

Face à la détérioration des conditions de vie, le principe de promotion de la santé mentale a été mis en œuvre sous l'aspect de la recherche de la qualité de vie et du bien-être. La circulaire du 14 mars 1990 précise qu'il est « *impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé* »<sup>6</sup>

Cette définition, axée sur le bien-être et les capacités de l'individu à mobiliser ses ressources pour se réaliser, surmonter les obstacles de la vie courante, travailler et participer à la vie citoyenne, constitue l'une des dimensions de la santé mentale : **la santé mentale positive.**

Le concept de santé mentale traduit bien l'évolution du traitement de la maladie mentale dans sa dimension sociale. Par ailleurs « *la maladie mentale et la santé mentale ne sont pas mutuellement exclusives : une personne souffrant d'une maladie mentale peut jouir par d'autres aspects d'une santé mentale positive* »<sup>7</sup>

La santé mentale d'un individu peut donc être améliorée indépendamment du diagnostic de maladie mentale, en s'appuyant sur ses ressources et ses capacités propres.

### **1.1.3 Des objectifs Européens qui promeuvent la santé mentale positive**

La politique de l'Europe en matière de santé mentale s'établit sous l'égide de l'OMS. La santé mentale représente, pour l'Europe un enjeu majeur en termes de développement social et économique, comme le rappelle l'article 1 du Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être « *le niveau de santé mentale et de bien-être de la population joue un rôle essentiel dans la réussite de l'UE en tant qu'économie et société fondée sur la connaissance. C'est un facteur important dans la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne pour la croissance, l'emploi, la cohésion sociale et le développement durable* »<sup>8</sup>.

L'Union Européenne s'est engagée sur le terrain de la sensibilisation et de la promotion de la santé mentale auprès de ses membres à travers plusieurs conférences et rapports qui fixent les objectifs, à long et moyen terme, de réduction des facteurs de risques

---

<sup>6</sup> Ministère de la Solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. Titre 1<sup>er</sup>, alinéa 2.

<sup>7</sup> Centre d'analyse stratégique, Rapport : *la santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, La documentation Française. 2010. page 25.

<sup>8</sup> Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être, signé lors de la conférence de haut niveau de l'UE « ensemble pour la santé mentale et le bien-être » Bruxelles, 12 et 13 juin 2008.

d'augmentation de la souffrance psychique et des troubles mentaux qui leur sont associés.

C'est ainsi qu'en janvier 2005 s'est tenue, à Helsinki, la conférence ministérielle Européenne sur la santé mentale « *relever les défis, trouver des solutions* » organisée par la Commission Européenne, le Conseil de l'Europe ainsi que l'OMS. Cette conférence a priorisé cinq objectifs : expliquer le concept de santé mentale positive, lutter contre les préjugés et les discriminations qui touchent les personnes atteintes de troubles mentaux, favoriser la prévention par l'organisation de systèmes de santé mentale intégrés (prévention, soins et réinsertion sociale), former les professionnels et enfin favoriser l'empowerment, en reconnaissant l'expérience des patients et des aidants.

L'élaboration, le 10 octobre 2005 du livre vert « améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne » a lancé un débat sur l'objectivation des coûts induits par la « mauvaise santé mentale ». Le constat fait ressortir que le coût des soins en santé mentale représenterait 3 à 4 % du Produit Intérieur Brut (PIB) des Etats membres pour un coût global de 436 Md€ par an.<sup>9</sup>

Il existe néanmoins une hétérogénéité sensible entre les 27 pays membres et, le 13 juin 2008, lors de la conférence européenne « tous ensemble pour une meilleure santé mentale et un mieux-être en Europe », le pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être a été lancé, avec comme fil conducteur la volonté des Etats membres d'établir des partenariats plus étroits en matière d'information et de reconnaissance de bonnes pratiques en UE. Les cinq domaines d'actions prioritaires sont : la prévention de la dépression et du suicide, la santé mentale chez les jeunes, sur le lieu de travail, chez les personnes âgées et enfin la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

#### **1.1.4 La santé mentale en France impulsée par les objectifs Européens**

En France, le besoin d'information et de communication sur la souffrance psychique a donné lieu dès 2002 à la mise en œuvre d'une réflexion et de recommandations sur la façon d'appréhender les questions de santé mentale : « *les questions de santé mentale sont jusqu'à présent restées confinées dans des cercles restreints de professionnels et d'administrateurs de santé. Il importe à présent qu'un débat public mobilise l'ensemble de la collectivité, tout entière concernée. La question de la situation de handicap des personnes souffrant de troubles psychiques, à la rencontre des champs de la santé*

---

<sup>9</sup> Commission Européenne, Livre vert, « *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'UE* » Bruxelles, 2005.

*mentale et du handicap, dans sa complexité, renvoie à l'ensemble des grands problèmes de société »<sup>10</sup>.*

En 2003, le rapport Parquet a permis de lier la souffrance psychique et le phénomène d'exclusion sociale « *La souffrance psychique qui s'exprime par l'angoisse, la dépression, l'impossibilité de se projeter, constitue la principale pathologie de l'exclusion empêchant ainsi une réinsertion des personnes en situation de précarité ou d'exclusion »<sup>11</sup>.*

En 2009, le rapport du Centre d'analyse stratégique : « la santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie » fait écho aux travaux de la commission Stiglitz qui prenait en compte la dimension subjective du bien-être pour établir un état chiffré de la santé mentale en France et des pistes de préconisations et de prévention.

Actuellement, le plan « psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » élaboré par le ministère de la santé et des solidarités, s'inscrit dans le cadre du pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être. Il reprend les grandes orientations du pacte, notamment en termes de prévention, de soins et vise à prévenir les ruptures dans le parcours de la personne souffrant de troubles mentaux. Ce plan intègre bien désormais les dimensions séparées du soin et de l'inclusion sociale en privilégiant l'articulation entre les deux secteurs. Enfin le plan propose une ligne de conduite axée sur la bienveillance et rappelle que le « *le soin vise le rétablissement, c'est-à-dire le retour à un état de fonctionnement stable ou un nouvel équilibre. Cet équilibre passe le cas échéant par un ensemble de services (logement, accompagnement, travail) compensant la situation de handicap »<sup>12</sup>ce qui atteste de la nécessité de prendre en compte de manière transverse une pluralité d'interventions coordonnées dans l'intérêt de la personne accompagnée.*

### **1.1.5 Une organisation régionale en réponse aux enjeux de santé mentale**

L'importance de la notion de territoire apparaît clairement pour assurer la cohérence du suivi et la réduction des ruptures de parcours des individus. La sectorisation psychiatrique a été pensée dans ce sens. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 est venue conforter cette logique de territoires de santé, offrant une réponse adaptée et coordonnée, au plus proche des lieux de vie et des besoins des personnes. La loi HPST a créé une gouvernance régionale, les Agences Régionales de Santé (ARS) qui ont pour objectif d'organiser par région l'offre de service globale de santé rendu à la

---

<sup>10</sup> CHARZAT M., mars 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Rapport remis au ministre de l'emploi et de la solidarité, 138p.

<sup>11</sup> PARQUET P.J., septembre 2003, *Souffrance psychique et exclusion sociale* Rapport remis au Ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

<sup>12</sup> Ministère de la santé et des solidarités : Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, page 9.

population. En matière de psychiatrie et de santé mentale, les ARS ont la charge de traduire le Plan Psychiatrie et Santé Mentale de façon opérationnelle sur leur territoire.

Ainsi, en Ile de France, l'Ars décline ses actions à partir d'un Projet Régional de Santé (PRS) qui se traduit par les outils de pilotage de coordination que sont les schémas régionaux :

- Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)
- Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Social (SROMS)
- Le Schéma Régional de Prévention (SRP)

Enfin, des programmes spécifiques sont mis en place, c'est le cas du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) qui traduit les objectifs opérationnels du SROMS et rend lisibles les financements en coordonnant les prévisions financières des différents tarificateurs et en mettant en œuvre le principe d'appel à projet.

Cette approche transversale et globale du parcours de vie de la personne au sein d'un territoire permet ainsi de réduire les cloisonnements mais aussi de favoriser des partenariats entre secteur psychiatrique (hôpitaux, médecine libérale..), secteur médico-social (MDPH et établissements et services) et secteur social. Ce décroisement en prenant en compte toutes les dimensions des besoins d'une personne (logement, travail, soins..) offre aux personnes qui souffrent de troubles psychiques des possibilités accrues de rétablissement.

### **1.1.6 Depuis 2005, un handicap reconnu**

La loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, constitue une réforme de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Elle apporte une définition du handicap « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». <sup>13</sup>

La définition, inspirée des nouvelles classifications de l'OMS, relatives au handicap, permet que les conséquences de certains troubles psychiques puissent être reconnues comme étant à l'origine de situations de handicap. Une altération des fonctions psychiques pouvant créer les conditions d'un désavantage social et donc un handicap.

---

<sup>13</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, titre 1<sup>er</sup>, dispositions générales, article 2.



Philippe CLERY-MELIN, dans son rapport remis en 2003 au Ministre de la Santé de la famille et des personnes handicapées, avait précisé les attentes des familles et des associations d'usagers souffrants de troubles psychiques, en terme de reconnaissance légale du handicap psychique « *les associations de personnes handicapées en raison de troubles psychiques et leurs familles demandent que la future loi désigne en outre les personnes handicapées psychiques, dont le handicap apparait spécifique et non compris dans le terme de « mental » que l'usage a réservé aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Il importe en effet que ces formes de handicap, fréquentes et graves, soient désormais mieux reconnues, et à cet égard le fait de nommer dans la loi est important* »<sup>14</sup>

Le concept de handicap s'est développé jusqu'aux années 1980 dans le cadre unique du secteur médical, reposant sur la maladie, un traumatisme ou encore sur un problème de santé particulier (modèle biomédical du handicap). A partir de 1980, les travaux du Professeur Wood<sup>15</sup> apportent un éclairage nouveau sur la conception du handicap et déterminent trois dimensions à prendre en considération : la déficience qui touchent les altérations corporelles, fonctionnelles ou organiques, l'incapacité qui fixe les limites de capacité à accomplir une tâche ou une activité et enfin le désavantage qui résulte des deux dimensions précédentes. Cette approche ouvre le concept de handicap au champ social (modèle social du handicap) et induit que l'environnement de la personne puisse limiter sa participation à la vie citoyenne.

En 2001, l'OMS révisé la CIH et propose la Classification Internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) qui reprend les deux modèles précités en y intégrant un troisième concept, le modèle psychologique qui tient compte de la dimension individuelle (modèle du dépassement du handicap) liée à la perspective du rétablissement. Il s'agit d'un changement de perception important, où la personne considère elle-même sa situation de handicap. Au-delà du constat des limitations, c'est avant tout la prise en compte des ressources disponibles et des possibilités de dépasser le handicap qui se trouvent en jeu. On retrouve ainsi la prise en compte de la santé comme facteur de bien-être, et la CIF s'attache désormais à concevoir, de façon plus globale, le fonctionnement de la personne (santé, fonctions organiques et anatomiques, activités, participation et contextes personnels ou environnementaux) permettant sa pleine participation à la société. Déficiences, incapacités et désavantages se trouvent désormais en interaction, permettant une appréciation plus ajustée du fonctionnement

---

<sup>14</sup> CLERY-MELIN Ph., 2003, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, page 42.

<sup>15</sup> Classification Internationale des Handicaps et santé mentale (CIH), O.M.S., Philip WOOD, 1980.

global de chaque personne, et donc des interventions pertinentes souhaitables, pour compenser le dysfonctionnement.

Cette classification, adoptée en mai 2001 par L'OMS, a influencé les formulations de la loi du 11 février 2005 et sa mise en œuvre.

La loi du 11 février 2005 introduit bien une reconnaissance légale du handicap psychique, dans le cadre de l'évolution du concept de santé mentale. Il s'agit aussi d'une reconnaissance pour les familles, à travers L'union Nationale de Familles et Amis de Malades Mentaux (UNAFAM), rebaptisée depuis la loi de 2005<sup>16</sup>, et qui a largement contribué au débat visant à rompre la stigmatisation qui entoure les malades mentaux. Reconnaissance aussi pour les usagers des services psychiatriques, à travers la Fédération de représentants d'usagers de la santé mentale (FNAPSY) et les professionnels ont également été mobilisés comme la Ligue de Santé Mentale ou la Fédération des Croix-marine. La publication du livre blanc<sup>17</sup> par les partenaires de santé mentale évoqués ci-dessus avait pour ambition bien légitime, de poser clairement le problème de la réponse aux besoins à long terme des personnes souffrants de troubles psychiques et de faire des propositions urgentes pour accompagner les situations graves d'exclusion sociale.

Les principes de libre choix du projet de vie des personnes en situation de handicap, de leur participation à la vie sociale et de leur intégration fondent cette loi qui tranche singulièrement avec la loi du 30 juin 1975 qui restait, pour ce public attaché à un traitement exclusivement médical, centré sur l'institution hospitalière. Il s'agit bien, au-delà de la reconnaissance légale du handicap psychique, de développer des alternatives à l'hospitalisation, et donc du transfert d'une population traditionnellement prise en charge par la psychiatrie, vers le secteur médico-social.

En 2006, le handicap psychique est reconnu mondialement lors de la Convention Internationale de l'Organisation des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées « *par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres* »<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> UNAFAM, Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et / ou Handicapées Psychiques, site internet : [www.unafam.org/](http://www.unafam.org/)

<sup>17</sup> Le livre blanc des partenaires de la santé mentale en France, *Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*, propositions faites lors des réunions de juin 2001

<sup>18</sup> Convention Internationale de l'ONU, relative aux droits des personnes handicapées, conférence des Etats parties, adoptée le 13 décembre 2006. Article 1<sup>er</sup>, Objet.

### 1.1.7 L'Association Regain pour accompagner au-delà de la maladie vers le bien-être au travail

L'Association Regain est une association à but non lucratif régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, relative au contrat d'association. Elle fait partie d'un ensemble d'associations à la fois autonomes et complémentaires regroupés sous l'égide d' « Alliance Espérance », dont les objectifs sont de promouvoir toutes actions sociales et humanitaires concernant en particulier des personnes en situation de handicap et/ou atteintes d'une maladie de longue durée, ainsi que les personnes désocialisées en voie de réinsertion.

Alliance Espérance s'est développée peu à peu en fonction des besoins ressentis après l'ouverture en 1988 d'un centre d'accueil pour personnes séropositives. Ainsi, il fut repéré le besoin de logement et d'accompagnement social et professionnel des personnes accueillies.

Aujourd'hui, Alliance Espérance rassemble un collectif de 3 associations ayant pour valeurs communes, l'accueil, l'écoute et le soutien à la réinsertion :

**Alliance Pour la Vie** gère des appartements de coordination thérapeutique (ACT) et propose un hébergement à titre temporaire à des personnes présentant une situation de fragilité psychologique et sociale, atteintes de lourdes pathologies chroniques invalidantes (VIH ou Hépatite, cancer, sclérose en plaques...), et soutien ces personnes dans leur réinsertion par le biais de l'hébergement et par un soutien psycho-social ainsi qu'un suivi médical.

**Août Secours Alimentaire** (ASA) permet entre le 15 juillet et le 31 août aux personnes qui sont prises en charge le reste de l'année par des associations caritatives, d'être accueillies chaleureusement et de recevoir un colis repas dans un cadre amical. Toute l'année, cette action se prolonge chaque dimanche soir avec l'opération « les compagnons de la Tour Saint-Jacques ».

**Regain** accueille 87 travailleurs reconnus handicapés présentant des troubles psychiques au sein d'un ESAT et soutient socialement et économiquement ces personnes fragilisées et souvent isolées.

Chaque établissement du collectif Alliance Espérance a un projet inscrit dans la spécificité de leurs agréments respectifs. Leur appartenance à un même collectif associatif et leur regroupement sur un même lieu géographique les amènent à se rencontrer, à s'enrichir mutuellement et à partager de nombreuses expériences : c'est notamment le cas chaque année lors de l'opération Août Secours Alimentaire, à laquelle participent des salariés et usagers de chaque association. L'association Regain a été créée en 2002 par Monsieur Roger FAUROUX<sup>19</sup> et un panel d'administrateurs issus très majoritairement de la grande

---

<sup>19</sup> Président Directeur Général du groupe Saint-Gobain de 1961 à 1988, Ministre de l'industrie, du commerce extérieur et de l'aménagement du territoire de 1988 à 1991.

industrie. L'idée fondatrice du projet repose alors sur la conception que toutes les personnes présentant des difficultés d'ordre psychique, médicale et/ou sociale, et souvent exclues, peuvent se réinsérer grâce à un accompagnement adapté et en mobilisant leurs propres ressources. C'est par le travail et la formation professionnelle que chaque personne peut parvenir à retrouver une dignité de citoyen et envisager son avenir.

Fort d'une expérience riche et probante de l'entreprise et de son mode de fonctionnement, le Conseil d'Administration de Regain a souhaité développer un établissement de travail protégé pouvant répondre de manière réaliste aux conditions professionnelles attendues par les donneurs d'ordre du milieu ordinaire. L'ESAT Regain est apparu comme une réponse à cette problématique : permettre par la qualité des activités de travail, un développement des compétences professionnelles des personnes accompagnées.

L'Association Regain peut être définie par ses buts principaux :

- Créer et gérer des établissements et services en vue de l'accompagnement social ou médico-social d'adultes présentant des troubles psychiques et de favoriser leur autonomie et leur insertion sociale et/ou professionnelle.
- Viser, par la mise en œuvre de prestations individualisées, à permettre aux personnes accompagnées de participer à une vie citoyenne sous toutes ses formes (travail, logement, activités culturelles...)
- Être acteur, sur le territoire, de la lutte contre la stigmatisation et les discriminations qui touchent les personnes atteintes de troubles psychiques
- Développer toutes formes d'actions nouvelles pour répondre aux besoins spécifiques des personnes présentant des troubles psychiques

## **1.2 Handicap psychique et emploi**

« 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 »<sup>20</sup>. Cet article de la Déclaration universelle des droits de l'homme rappelle que le travail constitue un élément essentiel de la dignité humaine. Le travail donne à chacun la possibilité d'apporter sa contribution à la vie économique et de se voir reconnaître un rôle d'acteur au sein de la communauté. L'homme se situe également en interaction avec son environnement, son emploi lui permet d'accéder à un statut social et de se construire une identité professionnelle au sein d'un groupe. « *Le travail est un espace essentiel de la vie, même s'il est impossible d'en mesurer pour chacun l'importance intime. Il soutient*

---

<sup>20</sup> Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, article 23, paragraphe 1.

*l'identité, contribue à la réalisation personnelle, fait support à la valeur que tout homme consent à s'accorder. Au-delà d'être source de revenus, c'est un vecteur d'épanouissement, par la participation à la vie sociale et par la reconnaissance d'autrui »*<sup>21</sup> Cela est particulièrement important pour les personnes qui souffrent de troubles psychiques, Tim Greacen et Emmanuelle Jouet<sup>22</sup> rappellent que « *de nombreuses études internationales attestent du fait que le travail atténue singulièrement les symptômes, diminue la fréquence des rechutes, augmente la qualité de vie, l'estime de soi et améliore les contacts sociaux* ».

### **1.2.1 Un handicap difficile à cerner**

Nombre de personnes se retrouvent aujourd'hui du fait de troubles psychiques en situation de vivre un handicap dans leur vie quotidienne, tant personnelle que professionnelle. On parle de handicap psychique lorsque l'on observe « *un dysfonctionnement de la personnalité caractérisé par des perturbations graves, chroniques ou durables du comportement et de l'adaptation sociale* »<sup>23</sup>.

Handicap mental et handicap psychique ont eu longtemps le même sens, par usage. Désormais la notion de handicap mental est associée à une déficience intellectuelle (par traumatisme périnatal, anomalie génétique, accident cérébral), généralement détectée très tôt dans la vie de la personne, alors qu'on ne retrouve pas de déficit intellectuel majeur dans le handicap psychique, consécutif à des pathologies psychiatriques. Des traits caractéristiques du handicap psychique, qui le distinguent du handicap mental sont :

- Des capacités intellectuelles globalement conservées (ce sont, parfois les aptitudes à les utiliser qui sont déficientes)
- Un besoin de soins quasi constants, avec des effets secondaires significatifs, visant à la stabilisation des troubles.
- Une grande variabilité des manifestations des troubles qui induisent des ajustements permanents, comme le souligne Gérard ZRIBI « *Les troubles psychiques, sont plus ou moins intenses, ponctuels ou permanents ou encore plus ou moins précoces. Ils entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie ou de dépendance des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres*

---

<sup>21</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Rapport : L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. « *Evaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socio-professionnelle* », Décembre 2009. Préambule, page 4.

<sup>22</sup> GREACEN T, JOUET E., 2012, *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie. « Favoriser l'accès à l'emploi pour les personnes vivant avec un handicap psychique »*, Toulouse : érès, page 182.

<sup>23</sup> ZRIBI.G., SARFATY.J., 2003, *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*. ENSP, page 10.

vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales ». <sup>24</sup>

Le rapport Charzat a nuancé pourtant ces distinctions rappelant « *Qu'il n'est pas de frontière entre handicap mental et handicap psychique : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison en de la souffrance psychique qu'elles entraînent* ». <sup>25</sup>

Les troubles limitent la participation de la personne à la vie en société créant souvent des situations d'isolement voire d'exclusion et de stigmatisation. Le handicap psychique suppose une perte d'autonomie de la personne et par conséquent un besoin d'aide. Le Handicap se traduit pour la personne par une inadéquation de son rapport à l'environnement comme l'explique René Baptiste « *ce n'est pas l'atteinte physique ou psychique qui fait le handicap mais la combinaison entre le projet de vie, l'environnement et les capacités de la personne concernée par une déficience et les incapacités qui en découlent* ». <sup>26</sup>

Il s'agit donc bien de concevoir l'accompagnement de la personne à travers ses expériences présentes et passées non pas en fonction des troubles qui l'affectent mais plutôt des conséquences, sur sa vie, de la présence et de la complexité de ces troubles.

### **1.2.2 Les troubles psychiques à l'origine de situations de handicap**

Les pathologies qui affectent le fonctionnement psychique et qui peuvent conduire à des situations de handicapsont cités dans le « Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités » <sup>27</sup>. Il y est précisé que « *ce n'est pas la maladie psychiatrique qui donne lieu à l'attribution d'un taux d'incapacité mais les limites qu'elle suscite dans la vie quotidienne* ». <sup>28</sup>.

Ces pathologies sont :

- Les troubles dépressifs graves
- Les troubles névrotiques graves (troubles obsessionnels envahissants, phobies.)

---

<sup>24</sup> ZRIBI.G., SARFATY.J. : *Handicapés..*, op.cit. p.11.

<sup>25</sup> CHARZAT.M : pour mieux identifier..., op.cit.p.26.

<sup>26</sup> BAPTISTE R., 2005, *Reconnaitre le handicap psychique : développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychologiquement fragiles*, Lyon : chronique Sociale, p32.

<sup>27</sup> Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993, fixant le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, Modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.

<sup>28</sup> Guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, Section 2, déficiences psychiques de l'adulte, introduction.

- les psychoses et principalement les schizophrénies qui touchent 1 % de la population Française soit plus de 600 000 personnes. <sup>29</sup>
- Les démences liées à la montée en âge ou liée à des addictions

L'examen clinique se voit complété par une évaluation psychosociale reposant sur 10 critères principaux de déficience psychique résumés dans le livre blanc édité par la coordination 69 <sup>30</sup>:

- « - *troubles de la volition (incapacité à vouloir, décider, initier une action...)*
- *Troubles de la pensée (délire, appauvrissement de la pensée, idées obsédantes...)*
  - *Troubles de la perception (hallucinations, déréalisation)*
  - *Troubles de la communication et du langage*
  - *Troubles du comportement (auto ou hétéro agressivité, agitation, rites obsessionnels)*
  - *Troubles de l'humeur, troubles de la conscience et de la vigilance*
  - *Troubles cognitifs (difficultés de conceptualisation, d'abstraction, de la mémoire, du jugement, de l'attention, de l'orientation spatio-temporelle)*
  - *Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, instabilité, troubles du caractère...)* »

Les incapacités qui viennent d'être énumérées constituent le handicap psychique et créent, pour les personnes, des difficultés dans leur quotidien en termes de besoins fondamentaux (prendre soin de soi), de mise en œuvre de relations sociales et d'accès aux loisirs ( repli sur soi, désocialisation, isolement), d'accès et de maintien dans un logement, de participation à une vie professionnelle et au développement de compétences... c'est l'identité dans son ensemble qui est touchée et non une seule part de sa personnalité.. La personne qui souffre de troubles psychiques se trouve également réduite dans son rôle citoyen, du fait des limitations générées par ses troubles. Sa participation à la vie de la cité se trouve également amputée, du fait d'un sentiment de dévalorisation personnelle, mais aussi du regard porté par la société sur ce handicap invisible, qui fait peur et dont la variabilité est imprévisible et de ce fait difficile à gérer.

---

<sup>29</sup> Société Roche : Journée mondiale de la santé mentale, 10 octobre 2013, *schizophrénie, les chiffres en France*, site internet : <http://www.roche.fr>

<sup>30</sup> Coordination 69, soins psychiatriques et réinsertions, janvier 2012 « *livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département du Rhône* », Page 8, 9.

### 1.2.3 L'activité professionnelle, un retour souvent difficile

« *La réintégration en emploi et le retour au travail à la suite d'un trouble mental, voire d'un problème de santé mentale, est une étape cruciale à franchir et souvent marquée par un sentiment de vulnérabilité et par la crainte d'un échec* »<sup>31</sup>. Le retour à l'emploi, pour des personnes qui ont connu un problème de santé mentale important, ne se réalise pas après complète guérison, mais, à travers un processus continu qui voit la personne se reconstruire petit à petit au sein même de l'activité de travail, « *reprendre confiance en ses capacités professionnelles, sentir que l'on est apprécié, retrouver le plaisir de travailler et établir des perspectives d'avenir sont quelques-unes des expériences positives qui marquent un retour au travail réussi* ».<sup>32</sup> L'enjeu est bien de concevoir l'inclusion sociale de ces personnes avec pour objectif le réengagement dans une vie pleine et active rejoignant ainsi le principe d'une vision citoyenne.

#### Des représentations et attentes du travail qui poussent au rétablissement

La prise en compte du travail et de son importance n'est pas un fait nouveau dans le paysage de la psychiatrie. La question de la fonction thérapeutique du travail fait débat depuis Philippe Pinel, et s'est développée par la mise en action, en institution de soins, du travail et de l'étude de ses effets. Aujourd'hui, le travail reste un sujet d'actualité pour la psychiatrie mais en vue du réengagement dans une vie active. Comme le souligne le psychiatre Bernard Pachoud « *dans ce cadre, la place et la fonction assignée au travail, non plus comme ressource thérapeutique et occupationnelle en institution, mais comme participation à la vie ordinaire, à la vie dans « le monde du travail », témoigne d'une importante évolution des prises en charges, on préfère maintenant dire du soutien, allant dans le sens de l'autonomie de la personne, de son inclusion sociale et de son rétablissement. On passe du travail comme moyen thérapeutique d'apaisement des symptômes et de resocialisation, au travail comme moyen privilégié de l'inclusion sociale et du rétablissement dans une vie active et choisie.* »<sup>33</sup>

Si la reprise de travail, pour les personnes présentant des troubles psychiques apporte le bénéfice d'une rémunération, cette dernière n'est pas ou plus le seul facteur de motivation, comme pour beaucoup d'autres salariés. En effet, nombre d'entre elles reçoivent des

---

<sup>31</sup> CORBIERE M, DURAND MJ., 2011, *Du trouble mental à l'incapacité au travail. Une perspective transdisciplinaire qui vise à mieux saisir cette problématique et à offrir des pistes d'intervention.* Québec, Presses de l'Université du Québec. p 110.

<sup>32</sup> CORBIERE M, DURAND MJ. : *Op.cit.*, p 110

<sup>33</sup> PACHOUD B, CORBIERE M., mai 2014, *pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves*, dossier paru dans l'Encéphale.



revenus garantis (pension, aides sociales...) qui, comparés aux revenus du travail, étant souvent non cumulables avec ces derniers, n'apportent pas réellement de valeur ajoutée. Les valeurs positives qui sont associées au travail portent sur la structuration des journées qui deviennent « *des journées équivalentes à celles des autres qui ont du travail, on se trouve dans le même rythme que celui de la société* », « *on peut établir de vrais rapports sociaux avec des collègues, échanger mais aussi être reconnu pour nos compétences* » souligne Nicolas, agent administratif au service bureautique de l'ESAT. La contribution au bien commun, la construction d'une activité collective au sein de l'entreprise est un facteur d'estime de soi.

Le travail constitue également un moyen de se dégager de l'étiquette de malade mental « *quand je travaille, je pense plus à la maladie, je suis comme tout le monde* » cite Annie, agent de fabrication au sein de l'atelier de travail à façon. Sortir de l'auto stigmatisation et reprendre confiance dans l'activité de travail, penser à sa progression sont des facteurs du rétablissement. Le travail est aussi un moyen de constater la stabilisation des troubles. Claire Le Roy-Hatala souligne que « *C'est donc l'idée que l'on se fait du travail qui participe à la réinsertion. Le soin écarte ponctuellement la personne d'une problématique professionnelle et ce sont les possibilités d'envisager un avenir où le travail retrouve une place qui est valorisé avant même l'idée d'un retour à l'emploi effectif. C'est le projet de réinsertion professionnelle qui suffit déjà à une reconstruction de l'estime de soi* »<sup>34</sup>

#### Des facteurs à prendre en compte pour favoriser le retour à l'emploi

La réintégration au travail des personnes qui ont connu un épisode durable de maladie psychique se conçoit sur un double volet : celui du retour à l'emploi et celui du maintien dans l'emploi, car si le défi est grand pour la personne de renouer avec le travail, il n'est pas moindre de s'y maintenir de façon durable.

On peut distinguer, vers la reprise d'emploi, des facteurs (positifs et négatifs) liés à :

**A la personne** : histoire personnelle, niveau de formation, antécédents professionnels, le rapport au travail qu'entretient la personne, ses aptitudes relationnelles et ses motivations (le sentiment d'efficacité) ainsi que ses propres préjugés internalisés (ne pas se sentir capable du fait des messages renvoyés par la société, ou se sentir freiné par les effets indésirables des traitements), le diagnostic de la maladie elle-même, même si des études anglo-saxonnes<sup>35</sup> apportent un éclairage sur le fait que le diagnostic psychiatrique joue

---

<sup>34</sup> LE ROY-HATALA.C., 2007, *lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap*, thèse de sociologie, CNAM, page 231.

<sup>35</sup> Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., Danley, K., Martin, R., Anthony, W. A. (1997).

"A process analysis of supported employment services for persons with serious psychiatric disability: Implications for program design". *Journal of Vocational Rehabilitation*, 8(1997), 233-242. Elsevier.

bien moins davantage sur les aptitudes professionnelles que l'intensité et la lourdeur des symptômes.

**A l'environnement** : le marché du travail avec peu d'emplois disponibles, la discrimination et les préjugés liés à la maladie mentale, le soutien ou parfois le manque de soutien, parfois les croyances des familles et aidants qui craignent que la « barre » ne soit trop haute à franchir pour retrouver un emploi, la capacité ou la difficulté à utiliser les services spécialisés d'aide à l'emploi (Réseau CAP EMPLOI, maisons de l'emploi ..), mais surtout la discontinuité des prestations proposées par les différents services d'aide à la réinsertion et la pluralité d'intervenants qui nuisent à la lisibilité du parcours de réinsertion.

#### Mais également des facteurs pour le maintien en emploi :

**Externes** : comme les difficultés de transport, le manque de moyens financiers, la nature peu constante des mesures d'appui et surtout l'absence de passerelles entre le milieu professionnel et celui de la formation, ou encore liés aux limitations du réseau social.

**Personnels** : liés aux attitudes de la personne (par peur de mal faire et par crainte de perdre son emploi, elle crée ses propres préjugés et dégage une perception négative de ses aptitudes professionnelles), liés aux difficultés personnelles (difficulté à gérer des conflits ou à recevoir des critiques, d'où des réactions impulsives) ou encore liés aux événements de la vie personnelle (maintenir un rythme de lever, se garder propre, éviter les conséquences des addictions...)

**Touchants à la maladie et aux traitements** : notamment les risques de rechutes, les manifestations des symptômes (fatigue, troubles de la pensée, apathie ou bien stress...)

**Portés par le milieu de travail** : la stigmatisation et les préjugés, les manifestations de rejet, d'abus et parfois d'exploitation ... les freins liés directement aux conditions de travail comme une tâche épuisante, des conditions de stress émanant d'une prise de responsabilité ou d'un travail trop compliqué, le manque ou l'absence totale de formation au poste de travail...

#### Le handicap comme facteur d'auto-stigmatisation

Pour les personnes qui postulent à un poste au sein de l'ESAT Regain, la prise de conscience de leur maladie a souvent constitué une étape difficile. Le ou les séjours hospitaliers et les conséquences familiales, sociales et professionnelles qu'a engendré la décompensation psychique, rendent particulièrement difficile leur retour à l'emploi. Cette situation n'est guère facilitée par le statut de personne reconnue handicapée, qui leur rappelle le caractère permanent et invalidant de la maladie. Le paradoxe existe de voir la personne handicapée psychique concevoir son parcours de vie tournée vers la guérison alors que son statut d'handicapé lui renvoie, dans le même temps, l'aspect durable des conséquences de ses troubles.

#### 1.2.4 Des représentations négatives toujours fortes

Les représentations généralement développées par la population à l'égard des personnes qui souffrent de troubles psychiques, stigmatisent ces dernières et altèrent leurs capacités à trouver ou à retrouver un emploi. L'enquête Santé mentale en population générale, réalisée auprès de 36 000 personnes de 18 ans et plus en France entre 1999 et 2003, a permis de sonder les Français sur leurs représentations sociales de la maladie mentale :

*« Les termes de fou et de malade mental sont associés à des comportements violents, ils ne peuvent être soignés sans médicaments », « le fou est celui qui peut commettre un meurtre » « le malade mental, s' il peut se rapprocher du fou par des comportements violents, est plus souvent considéré comme ayant un problème médical » « le dépressif, lui, a des difficultés psychologiques, il est considéré comme accessible aux soins et à la guérison »*<sup>36</sup>. Pour une large majorité des personnes consultées, le fou et le malade mental ne sont pas responsables de leur état ni de leurs actes.

La recherche d'un travail, pour la personne qui souffre de troubles psychiques, se heurte trop souvent à la peur et à l'incompréhension de l'employeur potentiel. Les préjugés principaux liés au handicap psychique, comme la différence, la folie, la violence, l'indifférence, l'incompétence, l'imprévisibilité et le risque de suicide restent prégnants au sein du monde du travail. Ce sont ces caractéristiques, attribuées aux personnes atteintes de troubles psychiques, qui créent le processus de stigmatisation. C'est ce qu'Ervin Goffman définit comme identité sociale virtuelle par opposition à l'identité sociale réelle, qui, elle, traduit le profil réel de la personne. Goffman définit alors le stigmate comme résultant *« d'un désaccord particulier entre identités sociales virtuelles et réelles »*<sup>37</sup>. Des lors, de nombreuses interactions vont se créer entre la personne dite « normale » et celle qui souffre de troubles psychiques, créant des attitudes de stigmatisation comme de la méfiance, de la crainte ou encore en instituant une distance sociale, mais aussi créant le cadre de comportements visant à discriminer la personne tels que le rejet ou encore l'exclusion. Pour la personne victime de ces représentations négatives, il peut en résulter une atténuation de l'estime de soi, un sentiment d'infériorité et le risque de s'isoler davantage voir de s'exclure du marché du travail et de se retrouver marginalisée, *« Ces préjugés sont tus, les impacts sur la personne handicapée et son entourage sont importants : dommages sur l'estime de soi, la sphère professionnelle, l'accès aux soins etc... »*<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> BELLAMY.V, ROELLANDT.JL, CARIA. A., octobre 2004, enquête « Santé Mentale en population générale », Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), n°347, consultable sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er247.pdf>

<sup>37</sup> GOFFMAN.E., 1975, *Stigmate, Les usages sociaux du handicap*, paris, Editions de Minuit, p 12.

<sup>38</sup> DAUMERIE N., 29 avril 2009, Actes de colloque « l'entreprise face aux troubles psychiques », Sciences Politiques, Paris.

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques accroît considérablement leur risque d'exclusion sociale et amenuise leurs chances de rétablissement, comme le montre le modèle conçu par Heather Stuart pour illustrer le cercle vicieux de la discrimination à l'emploi pouvant conduire vers l'auto stigmatisation et l'incapacité à l'emploi.<sup>39</sup>

### 1.2.5 Un public aux potentialités méconnues

Le handicap psychique est donc le produit de deux facteurs distincts :

- le dysfonctionnement psychique interne de la personne
- le fonctionnement de l'entourage, relationnel et social, de la personne.

Les personnes qui souffrent de troubles psychiques ou de maladies mentales peuvent donc vivre de manière stabilisée sans être obligatoirement affectées par les symptômes de ces troubles. De même, la variabilité est une caractéristique des troubles, elle induit des phases de stabilisation de durée variable, mais également des possibles, en termes d'autonomie et de réinsertion sociale et professionnelle. La variabilité de l'état de santé de la personne doit être envisagée de façon permanente, pour autant, l'attention portée par l'entourage de la personne handicapée psychique sera génératrice de développement de compétences, « *agir pour que ceux qui usent, dans la plupart des cas malgré eux, des prestations des établissements et services, en soient des bénéficiaires* ». <sup>40</sup> Avec du temps et de la bienveillance, les déficiences portées par le handicap peuvent devenir des atouts dans le parcours professionnel de la personne souffrant de troubles psychiques. La formation qui fait largement défaut aux personnes dans leur recherche d'emploi est un facteur primordial dans leur développement professionnel. Pour rappel, 51% des demandeurs de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) n'ont aucun diplôme, 7% un BEPC, 27% un CAP/BEP et seulement 6% possèdent un diplôme BAC +2.<sup>41</sup> La commission Européenne a défini le concept de formation tout au long de la vie pour une citoyenneté active : « *toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie, dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective personnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi* ». <sup>42</sup> Le handicap, s'il n'empêche pas l'accès à ces formations, mais au contraire en favorisant une nouvelle opportunité, peut alors être vécu comme un processus de rétablissement.

---

<sup>39</sup> Annexe 1. Stigmatisation et iniquité en matière d'emploi, Stuart 2004, in CORBIERE M, DURAND MJ., 2011, *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Page 346.

<sup>40</sup> ANESM, 2008, préliminaires de la recommandation-cadre sur la bientraitance.

<sup>41</sup> Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, décembre 2009, Rapport : L'emploi : un droit à faire vivre pour tous. « *Evaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socio-professionnelle* », Annexes au rapport, page 29.

<sup>42</sup> Commission Européenne, 2001, *réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*, 678 Bruxelles, commission des communautés européennes, page 11

### 1.2.6 Rappel du principe de citoyenneté

La loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, a renforcé l'Obligation d'Emploi des personnes handicapées pour tous les employeurs, y compris le secteur public, présentant plus de 20 salariés. C'est aussi, comme nous l'avons vu une loi qui, dans le mouvement de Santé Mentale et de la lutte contre les discriminations, vient rappeler que l'intégration du handicap est « l'affaire de tous ». C'est donc le principe de non-discrimination et d'égalité de traitement qui offre un cadre à l'emploi des personnes en situation de handicap, comme le rappelle la loi « *toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* ». <sup>43</sup>

Dès lors, l'expression d'une citoyenneté ne peut se réduire à la seule activité productive mais bien à l'ensemble des composantes de la vie en société. L'ESAT doit être, pour les personnes qui en deviennent les acteurs, un espace d'expression et de vie démocratique favorisant ainsi leur inclusion sociale « *lorsque les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux* » <sup>44</sup>

### 1.3 Le devenir à long terme des personnes présentant des troubles Psychiques et la perspective du rétablissement

Le rétablissement est un concept anglo-saxon qui a pris sa source à partir d'un mouvement des minorités nord-américaines dans les années 1960 et 1970 et dans les groupes d'entraide comme les Alcooliques Anonymes. Ce mouvement mettait en avant la reprise du pouvoir d'agir et la défense des droits civiques de ces minorités. Cette notion d'empowerment fut alors reprise par les responsables des programmes économiques et politiques de lutte contre la pauvreté et la précarité. L'accent est alors porté sur la nécessité de restaurer le pouvoir d'agir et de décision des usagers que l'on souhaite aider. Le mouvement de l'Empowerment, en psychiatrie, porté par les usagers-survivants des années 1980, 1990 a vu le secteur de la santé bouleversé par ses

---

<sup>43</sup> Loi n° 2005-102 du 11 février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JO n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n°1, article 2, alinéa 2.

<sup>44</sup> Commission Européenne, 2001, *réaliser un espace européen de l'éducation et de formation tout au long de la vie*, 678 Bruxelles, définition de l'inclusion sociale.

propositions, notamment l'implication des usagers dans les politiques de soins et dans l'organisation des divers systèmes de santé. A travers ce mouvement, les patients-usagers de la psychiatrie formulaient le souhait de retrouver un pouvoir réel sur tous les paramètres qui entourent leur santé. Les conséquences sociales de la maladie ont enfin été prises en compte par le secteur psychiatrique, laissant émerger les concepts d'empowerment, de rétablissement et de sentiment d'efficacité personnelle. La progression dans ses propres compétences, le renforcement de l'estime de soi, la participation à l'action collective et l'acquisition d'une conscience critique, composantes de l'Empowerment, favorisent, pour la personne, l'appropriation d'un niveau d'émancipation qui lui permettra de mieux maîtriser son devenir. Le concept de rétablissement traduit l'évolution du changement de regard que la société opère vis-à-vis des personnes qui souffrent de troubles psychiques et génère une modification fondamentale dans la prise en compte des attentes et des choix de vie de la personne.

### **1.3.1 Au-delà de la maladie et du handicap, se rétablir ?**

Se rétablir d'une maladie mentale, c'est poser le principe que la personne, au-delà de sa condition de malade, mais également de personne présentant un handicap, peut malgré tout participer, à sa propre mesure, à la vie sociale. Par différence avec les termes médicaux de guérison ou encore de rémission qui font la démonstration de l'évolution positive de la maladie, le rétablissement se focalise sur le devenir de la personne. Se rétablir d'une maladie mentale ne veut pas dire automatiquement que la maladie ait entièrement disparue, mais atteste que la personne se soit affranchie de l'identité de malade, d'usager de la psychiatrie, et ait pu retrouver une vie sociale active et porteuse de sens, malgré ses déficiences, invalidités et limitations fonctionnelles résiduelles. La notion de rétablissement, « recovery » en anglais, pose en principe le processus de redéfinition de soi, où la personne ne sera plus uniquement centrée sur sa maladie ou déterminée par cette dernière. Le psychiatre Bernard Pachoud<sup>45</sup> précise que « *se donner comme objectif le rétablissement plutôt que la guérison ou la rémission symptomatique, implique donc un déplacement de l'attention, qui se détache de la maladie et des facteurs de son évolution pour se porter vers ce qui est désormais l'enjeu principal : le réengagement dans une vie active, l'optimisation des conditions de vie quotidienne et de vie sociale* ». <sup>46</sup> Cette façon d'appréhender sa vie et son devenir implique que la personne s'appuie sur des ressources susceptibles de surmonter les effets de la maladie au-delà des aspects médicaux de celle-ci. D'autres déterminants liés aux objectifs propres de la

---

<sup>45</sup> Psychiatre, maître de conférences à l'Université Paris Diderot, chercheur au CREA (CNRS/école Polytechnique) et au CPRMS (Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité)

<sup>46</sup> PACHOUD B., *se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes*, L'information psychiatrique, 2012/4 Volume 88, p.257-266.

personne comme ses projets, ses envies, mais également des facteurs subjectifs, comme l'espoir et le fait de croire que le rétablissement est possible, doivent être pris en compte. En définitive, le rétablissement est une démarche personnelle difficile, parfois douloureuse et souvent longue, initiée et mise en œuvre par la personne elle-même. Cette démarche peut et doit être soutenue par tous ceux qui ont la possibilité d'agir en soutien, qu'elle émane de pairs, de la famille ou bien d'intervenants sociaux. « *Le rétablissement consiste donc largement à rétablir des liens avec ses ressources personnelles, son monde, sa communauté et à donner du sens à sa vie* ». <sup>47</sup> La dimension sociale est également importante.

La définition la plus couramment retenue du rétablissement est celle proposée par William Anthony, l'un des précurseurs américain du mouvement du rétablissement : « *un processus profondément personnel et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie. Le rétablissement implique l'élaboration d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie en même temps que l'on dépasse les effets catastrophiques de la maladie mentale* ». <sup>48</sup>

### **1.3.2 Conceptions du rétablissement**

Les concepts du rétablissement sont largement issus de l'expérience d'usagers de la psychiatrie qui ont souhaité témoigner de leur propre histoire, leur manière de « s'en sortir ». Dans une large littérature anglo-saxonne reprenant le sujet, de nombreuses enquêtes auprès de patients de la psychiatrie ont été réalisées, pour recueillir leurs points de vue sur le rétablissement. Il en ressort deux visions du rétablissement, deux conceptions, l'une scientifique ou clinique du rétablissement et l'autre individuelle et « expérientielle ».

#### La conception « objective » du rétablissement :

Contrairement à l'idée reçue d'une détérioration continue de la maladie, des travaux de recherche sur le devenir à long terme des schizophrènes comme le rappelle le Docteur Pachoud « *Bleuler puis une série d'études (Huber et al. 1979 ; Harding et al. 1987, Jobe et al. 2005) Établissent qu'après 20 ou 25 ans d'évolution, plus de la moitié des personnes accèdent à un degré satisfaisant de rétablissement, en termes d'autonomie, de*

---

<sup>47</sup> VALLEE C., juin 2007, *développement professionnel et rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves*, Université de Montréal, Thèse présentée en Sciences biomédicales, page 416.

<sup>48</sup> ANTHONY W., 1993, *Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s*. *Psychiatr Rehabil*, 16:11-23

*qualité de vie, d'intégration sociale...)*<sup>49</sup>. Ce constat permet de prendre en compte, non plus uniquement l'évolution de la maladie et le traitement qui y est associé, mais également le devenir social de la personne « *dans cette approche, le rétablissement est donc conçu comme une finalité, un mode de devenir favorable des patients. Les critères du rétablissement sont envisagés en termes de stabilisation de la maladie, rémission des troubles, absence de ré hospitalisation, et de réinsertion socioprofessionnelle, reprise d'une activité de travail ou de formation, restauration des relations sociales...)*<sup>50</sup>.

A travers cette conception, le rétablissement est vu comme un aboutissement, une finalité.

#### La conception « personnelle » ou « expérientielle » du rétablissement :

Cette conception est également celle des personnes qui souffrent de maladie mentale. Plutôt que de concevoir le rétablissement comme une finalité, il s'agit plutôt de le concevoir comme un processus, un cheminement long vers un retour à une vie satisfaisante. Le docteur Pachoud précise que « *cela suppose d'avoir conscience de son handicap, de ses limites, mais aussi d'avoir trouvé en soi, ou parfois aussi dans l'environnement, des ressources pour dépasser ou contourner ce handicap et ces limites* »<sup>51</sup>. Patricia Deegan, qui a eu un parcours en psychiatrie, donne sa vision du rétablissement et en dévoile les ressorts « *le rétablissement c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire* »<sup>52</sup>

L'Esat Regain se situe dans cette conception personnelle du rétablissement. Accompagner la personne dans sa singularité, mettre en œuvre une démarche visant à optimiser les ressources des travailleurs pour favoriser leur projet, dans une dynamique positive et créative de sens. L'ESAT, créateur de lien social et de développement professionnel, doit permettre d'accompagner toute démarche personnelle de rétablissement.

---

<sup>49</sup> PACHOUD B., 2012, *Intérêt et complémentarité des différentes conceptions du handicap psychique*, dossier préparé en vue d'une insertion dans la revue l'information Psychiatrique, p 12.

<sup>50</sup> PACHOUD B : *op.cit.*, page 12

<sup>51</sup> PACHOUD B., janvier-février 2012, *La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée* », article paru dans la revue pluriels, n°94-95, page 13

<sup>52</sup> DEEGAN P.E., 1998, *Recovery: the lived experience of rehabilitation*. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11:11-19.



### **1.3.3 Les principaux ressorts du Rétablissement, dans cette conception personnelle**

Plusieurs facteurs individuels et environnementaux déterminent le rétablissement. En ce sens ce dernier peut être caractérisé de concept multidimensionnel. Sur la définition de ces facteurs, ressorts du rétablissement, la littérature semble converger.

#### **a) La redéfinition de soi :**

La redéfinition de soi ou l'expansion de soi comme le définit Hélène Provencher « *correspond à un soi évoluant vers une plus grande reconnaissance de ses forces et faiblesses et une plus grande complexité. Ces changements dans le rapport à soi découlent de l'expérience subjective reliée à deux processus, soit le processus de deuil associé à, la présence d'un trouble mental et le processus de découverte d'un nouveau soi* »<sup>53</sup>. La maladie ne représente qu'un élément du soi et non un tout qui le définirait intégralement. Le rétablissement ouvre la perspective de redéfinir son identité propre et non plus celle de malade.

#### **b) L'espoir :**

Croire avant tout que le rétablissement est possible, c'est mettre en perspective son futur et l'idée de ce futur. La personne en devenir peut s'engager dans de nouvelles approches de soi.

#### **c) Retrouver le contrôle et le pouvoir d'agir :**

S'engager dans une démarche de rétablissement c'est retrouver le sentiment de contrôler sa vie. L'apport médicamenteux et le fait de prendre soin de soi, d'adopter un mode de vie équilibré contribuent à ce contrôle. Le pouvoir d'agir (empowerment) est constitué de la confiance en soi, l'impression de contrôle de son environnement, la certitude de ses forces personnelles, l'efficacité personnelle et l'acquisition d'habilités sociales... c'est la capacité à surmonter les difficultés de son rétablissement qui sont en jeu avec la reprise de contrôle et le pouvoir d'agir.

#### **d) Les relations aux autres**

Sortir de l'isolement induit par la maladie et développer des relations interpersonnelles avec d'autres constitue un vecteur essentiel du rétablissement. C'est à travers ces relations, le soutien et la compréhension qui lui seront témoignés que la personne trouvera un sentiment d'utilité et de reconnaissance propres à forger une nouvelle identité.

---

<sup>53</sup> PROVENCHER H L., 2002, *l'expérience du rétablissement* : perspectives théoriques. Santé mentale au Québec, Page 315.

### 1.3.4 La contribution du travail dans le processus de rétablissement

Comme nous l'avons vu précédemment, le travail est source de statut social et d'identité, comme le souligne Claude Dubar « *les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns aux autres, dans le champ du travail et de l'emploi* »<sup>54</sup> et contribue largement à augmenter l'estime de soi. Pour autant le processus de développement professionnel n'est pas automatiquement réactivé par la reprise d'une activité de travail. Les conditions de travail, l'environnement et la perception de l'activité opérée (travail précaire, peu intéressant, peu formateur, dégradant...) explique ce décalage. La stigmatisation portée sur les personnes mais aussi leur environnement de travail (travail protégé) peuvent créer les conditions d'une marginalisation professionnelle.

Le processus de développement professionnel, corrélé au processus de rétablissement doit être favorisé par l'apport d'un climat de travail positif, la recherche d'un projet professionnel adapté et représentant les aspirations de la personne.

## 1.4 Conclusion de la 1<sup>ère</sup> partie

Le travail de réhabilitation entrepris depuis les années 1970 à la suite du mouvement de désinstitutionnalisation, recouvre aujourd'hui un ensemble d'actions complémentaires qui lient le soin et l'accompagnement des personnes qui souffrent de troubles psychiques. Cet ensemble d'actions basées sur la recherche de la qualité de vie et du principe d'auto-détermination des personnes concernées, visent « *à leur permettre de recouvrer des compétences et un pouvoir d'agir sur la qualité de leur vie quotidienne et la relation avec leur environnement* »<sup>55</sup>. La dimension sanitaire de la réhabilitation psychosociale doit pouvoir s'articuler et trouver un prolongement à travers un accompagnement médico-social. C'est le cas de l'insertion sociale et professionnelle qui peut trouver un sens dans le milieu protégé à travers l'accompagnement en ESAT. Le bien-être de la personne, ses choix de vie, son appartenance pleine et entière au statut de citoyen doivent être accompagnés par les professionnels de l'ESAT et non dirigés par eux. Le rétablissement des personnes accompagnées doit être perçu par les équipes professionnelles comme « *un processus qui va permettre aux travailleurs de l'ESAT de retrouver l'espoir, de redéfinir leur identité, de retrouver un nouveau sens à leur vie et à se sentir à plus ou moins long terme responsables de leur propre rétablissement* ».<sup>56</sup> Au-delà également

---

<sup>54</sup> DUBAR C., mai 2012, *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Le lien social. PUF. 2<sup>ème</sup> tirage, page 95.

<sup>55</sup> ISSERLIS C., janvier-février 2012 « *la réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée* », article paru dans la Revue Pluriels, n°94-95, introduction, page 1.

<sup>56</sup> BARROCHE MC : *opus cité*, page 4.

l'ESAT doit contribuer à réduire les préjugés qui prévalent encore trop souvent sur les personnes qui souffrent de troubles mentaux graves.

La contribution du travail au rétablissement des travailleurs de l'ESAT repose sur l'échange dynamique des variables liées à l'individu, à l'emploi et au milieu de travail. Les professionnels de l'ESAT doivent être en capacité de créer des conditions de développement professionnels stimulants pour les personnes accueillies et propices au développement de leur sentiment d'efficacité personnelle, leur estime d'eux-mêmes et de leurs projets « *Les professionnels du travail social ont pour mission de favoriser le changement et le développement social, la cohésion sociale, le pouvoir d'agir et la libération des personnes. Les principes de justice sociale, de droit de la personne, de responsabilité sociale collective et de respect des diversités, sont au cœur du travail social. Etayé par les théories du travail social, des sciences sociales, des sciences humaines et des connaissances autochtones, le travail social encourage les personnes et les structures à relever les défis de la vie et agit pour améliorer le bien-être de tous* »<sup>57</sup>. De même la promotion du rétablissement passe par la mise en œuvre d'une culture positive qui favorise la valorisation de soi et des autres, la confiance dans les capacités de chacun. Cette dynamique institutionnelle fait encore défaut au sein de l'ESAT comme nous allons le voir.

---

<sup>57</sup> EASSW : European Association of Schools of Social Work, « *définition internationale du travail social* » Commission Internationale de l'UNAFORIS, 30 mars 2014.  
Consultable sur site internet : [www.eassw.org](http://www.eassw.org)

## 2 L'ESAT, un dispositif visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap psychique

Le statut social demeure aujourd'hui encore largement déterminé par l'emploi. Le travail est une valeur fondamentale de notre société. Il est source de revenus certes, mais également un moyen privilégié d'insertion sociale. Pour les personnes handicapées, comme pour l'ensemble des populations, l'accès à l'emploi demeure un vecteur de développement personnel et d'épanouissement.

L'ESAT Regain, établissement et service médico-social est aussi une entreprise qui joue un rôle économique et social aux fins d'intégration d'un public exclu du marché du travail ordinaire, comme le souligne Valérie Löchen « *des personnes à la frontière d'un handicap social qui ressemble à bien des égards à une nouvelle forme de gestion du chômage* »<sup>58</sup> Cette double finalité, au service d'un public fragilisé par les troubles psychiques doit être accompagnée de manière cohérente par une équipe pluridisciplinaire présentant des particularités culturelles, techniques et humaines très différentes. Dans un contexte de crise aiguë de l'emploi, et de la réduction des crédits de l'Etat, l'ESAT doit relever un double défi : être le vecteur d'une politique de discrimination positive portant sur l'intégration sociale et professionnelle d'un public largement marginalisé, mais également être en capacité de porter financièrement les enjeux économiques nouveaux qui découlent des évolutions conjointes, des attentes professionnelles plus fortes du public accueilli ainsi que de l'application de leurs droits, des contraintes économiques des marchés de sous-traitance traditionnels du secteur protégé, des demandes, par le tarifificateur, toujours plus pointues d'efficience du service rendu.

Comme le souligne Gérard Zribi, les ESAT sont « *nés dans une période de création et de développement des prestations destinées aux personnes handicapées, [...], à la fois structures d'action sociale et d'activités professionnelles, ils subissent les effets des crises respectives de deux systèmes, l'emploi et la protection sociale. La première remet en question leur justification, la seconde leur coût.* »<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> LÔCHEN V., 2008, *Comprendre les politiques d'action sociale*. Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, p213.

<sup>59</sup> ZRIBI G., 2008, *L'avenir du travail protégé « les ESAT dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées »*, Editions EHESP, 3<sup>ème</sup> édition, p 107.

## 2.1 L'orientation en ESAT des personnes souffrant de troubles psychiques

Les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 ont considérablement bouleversé le paysage législatif et réglementaire des ESAT. Pour les personnes accueillies, il s'agit de la reconnaissance de nouveaux droits au sein d'un établissement dont les missions ont été précisées, et où la vocation médico-sociale de la structure a été réaffirmée. Il s'agit aussi de la reconnaissance du handicap psychique « *la revendication d'un statut de la personne handicapée psychique apparaît donc comme le moyen de faire exister indépendamment, mais solidairement avec les autres formes de handicap, une population qui jusque-là avait été tout à fait négligée, voire ignorée.* »<sup>60</sup> C'est aussi et surtout, à travers la loi de 2005, l'affirmation que le handicap résulte des contraintes de l'environnement dont les obstacles limitent la participation pleine et entière de l'individu à la vie citoyenne.

### 2.1.1 Des missions d'intérêt général et d'utilité sociale

C'est dans le cadre de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 qu'est réaffirmée la mission médico-sociale des CAT qui deviennent des Etablissements et services d'aide par le travail. La Circulaire NDGAS/3B n°2008-259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies précise que « *Les ESAT sont chargés d'offrir des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel aux personnes handicapées dont les capacités de travail ne leur permettent pas, momentanément ou durablement, de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée, et de mettre en œuvre ou de favoriser l'accès à des actions d'entretien des connaissances, de maintien des acquis scolaires et de formation professionnelle ainsi que des actions éducatives d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale* »<sup>61</sup>

Le secteur du travail protégé s'ouvre désormais de façon plus large vers le milieu ordinaire, le travailleur se voit reconnaître, par la loi, un rôle de citoyen, usager d'un établissement médico-social et d'un service qui doit lui être rendu comme le souligne Jean-René Loubat « *l'un des principaux moteurs de la révolution culturelle que nous sommes en train de vivre est assurément l'introduction d'une logique de service* ». <sup>62</sup> Cette

---

<sup>60</sup> Docteur DURAND B. (Président de la Fédération des Croix-Marine), Communication au colloque « *handicap et enjeux de société* », ENS Cachan, 25 juillet 2006.

<sup>61</sup> Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité. Circulaire NDGAS/3B n°2008-259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies. BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2008/9 du 15 octobre 2008, Page 211.

<sup>62</sup> LOUBATJR., 2007, *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, page 3.

dernière notion ouvre des possibles en termes d'activités et d'insertions diverses en milieu ordinaire et de développement de compétences.

La promulgation de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)<sup>63</sup> apporte dans la logique de la LOLF<sup>64</sup>, et de la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP)<sup>65</sup> mise en œuvre en 2007, une réforme importante du paysage social et médico-social.

Les ESAT entrent dans le champ de compétence des Agences Régionales de Santé et voient s'inscrire leurs missions au sein de schémas dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS).

L'aide par le travail constitue l'une des missions confiée aux ESAT, il s'agit de fournir un support d'apprentissage et de développement de compétences concourant à une plus grande autonomie tout autant qu'un moyen de retrouver un rôle social, une estime de soi. L'ESAT est un lieu d'exercice de la citoyenneté qui ne se limite évidemment pas à la seule mise en œuvre d'activités productives, le parcours de vie de la personne est au centre des préoccupations. Ce parcours est le fil rouge d'un accompagnement qui doit trouver du sens dans la réalisation optimale des aspirations de la personne accompagnée : de ses potentiels, de ses choix, de ses désirs. Le travail est l'un des supports de réalisation de ce parcours de vie. L'ESAT représente ainsi, pour les personnes éloignées de l'emploi et / ou en difficulté temporaire ou durable d'en obtenir un, de reprendre pied dans le monde du travail, ou d'y accéder de façon progressive. Pour ceux, qui souhaiteront développer un projet de retour en milieu ordinaire de travail, l'ESAT doit représenter un tremplin franchissable et permettre la lisibilité d'un parcours de développement professionnel.

### **2.1.2 L'ESAT, acteur de l'économie sociale et solidaire ?**

L'emploi est une préoccupation majeure pour l'Etat et au-delà pour la communauté Européenne. L'emploi des personnes handicapées l'est tout autant, le principe de non-discrimination et d'égalité des chances entre tous les citoyens fonde les valeurs d'une société soucieuse de cohésion sociale et attentive aux équilibres de son environnement.

Dans un contexte économique extrêmement difficile, où le taux de chômage des personnes en situation de handicap est deux fois supérieur à celui des valides, les 1444

---

<sup>63</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires

<sup>64</sup> Loi organique n°2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances

<sup>65</sup> Révision Générale des Politiques Publiques, mise en œuvre en 2007 et remplacée par la Modernisation de l'Action Publique (MAP) en 2012

ESAT de France accompagnant 117 700 personnes<sup>66</sup> jouent un rôle important dans la politique d'emploi du gouvernement comme le rappelle Mr Benoit Hamon « *l'importance de l'utilité sociale des ESAT n'est plus à démontrer. Ces entreprises sont un levier essentiel de l'insertion par le travail des personnes en situation de handicap. Leur modèle original et la diversité du secteur du travail protégé et adapté, constituent un des outils efficaces de nos politiques d'emploi en faveur des publics qui en sont éloignés* »<sup>67</sup>. L'enjeu est bien devenu, aujourd'hui de considérer, comme le souligne Gérard Zribi, que plus de 100 000 personnes exercent un métier « *dans un second marché de l'emploi plus adapté à leurs capacités et à leurs besoins* »<sup>68</sup>. Ce secteur dynamique, innovant sur le plan social et économique et aussi créateur d'emplois non délocalisables. Les activités d'ESAT sont ancrées dans le territoire, 83 % d'entre eux travaillent avec des donneurs d'ordre sur leur bassin d'emploi<sup>69</sup> confirmant ainsi dans leur projet d'établissement des principes de responsabilité sociale et environnementale.

#### L'ESAT dépend des ressources de l'Etat

L'ESAT pour assurer son rôle d'utilité sociale et favoriser l'intégration professionnelle de ses travailleurs perçoit des crédits de l'Etat au titre de la solidarité nationale. Il s'agit, d'une part, au titre de l'aide sociale, d'une Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) versée à l'établissement par douzième et qui permet la prise en charge des salaires et des charges de personnel, du coût des soutiens médico-sociaux et éducatifs, les coûts relatifs à l'entretien des bâtiments, ainsi que les investissements hors activité professionnelle et qui constitue son Budget Principal d'Activité Sociale (BPAS) et d'autre part d'une aide au poste au titre de l'emploi, visant à assurer une garantie de ressources aux travailleurs. Le Budget Annexe de Production et de Commercialisation (BAPC) est financé par les produits dégagés par l'activité de production des travailleurs handicapés. Ce budget finance la rémunération directe des travailleurs et les cotisations dues au titre de leur formation professionnelle ainsi que les investissements et charges liés directement à la production.

---

<sup>66</sup> Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), février 2013, *l'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010*, études et résultats, n°833.

<sup>67</sup> Groupement des ESAT et EA (GESAT), 2013, Observatoire économique du travail protégé et adapté, préface de Mr Benoit HAMON, ministre délégué à l'économie sociale et solidaire et à la consommation, page 5. Consultable sur le site [www.reseau-gesat.com](http://www.reseau-gesat.com)

<sup>68</sup> ZRIBI G, *Opus Cité*. Page 10.

<sup>69</sup> GESAT, observatoire économique du travail protégé et adapté, 2013, page 16.

### L'ESAT capte des ressources sur le marché

L'ESAT, producteur de sens et de valeurs collectives est aussi producteur de valeur ajoutée, celle qui résulte du travail des multiples activités de ses travailleurs. Cette réalité, celle d'une activité utile à la collectivité, s'impose à moi, dans une période de réduction de crédits de l'Etat et donc de son désengagement partiel, et m'oblige à rechercher et à développer des stratégies économiques afin de pérenniser son fonctionnement. Les ESAT n'ont d'autres choix que d'être rentables. Le premier degré de rentabilité consiste à équilibrer ses charges et ses produits, mais aujourd'hui cela reste insuffisant. L'ESAT doit dégager des excédents pour pérenniser son projet social, cela passe par la capacité de créer ou de renforcer ses fonds propres dans le but de financer les investissements nécessaires au renouvellement d'activités en adéquation avec le marché ainsi que les actions de formation des travailleurs et des salariés. La notion « *d'excédent raisonnable* »<sup>70</sup> se trouve alors posée. Interpellé par un Etat dont les finances sont de plus en plus contraintes (en baisse), les attentes de la part de personnes handicapées de plus en plus importantes d'un service de plus grande qualité et un marché économique toujours plus sélectif, je me trouve dans l'obligation de réinterroger en permanence mes choix et mes stratégies d'accompagnement.

### L'ESAT au cœur de l'économie sociale et solidaire face aux logiques de l'association, de l'Etat et du marché

Etablissement médico-social réaffirmé dans son statut par la loi du 11 février 2005 et développant, selon les orientations de la loi du 2 janvier 2002, une offre de service auprès des travailleurs axée sur la qualité, le renforcement des droits et l'efficacité de son organisation, l'ESAT vise avant tout une production sociale et se différencie de l'entreprise par sa mission d'utilité sociale, Francis Batifoulier et François Noble rappellent que « *l'utilité sociale se distingue de l'intérêt général par le fait que ce dernier correspond à la réalisation de services définis a priori par la puissance publique, qui s'imposent à la volonté des citoyens et des usagers. L'utilité sociale, au contraire, se caractérise par des projets et des prestations qui font l'objet d'un débat public et d'une délibération avec les bénéficiaires ou leurs représentants. En ce sens, selon Bernard Eme, la définition de l'utilité sociale est un enjeu politique* ». <sup>71</sup> Le travail est le support de l'action médico-sociale et la prise en compte des limitations qu'entraîne le handicap, distingue le projet de l'Etablissement des finalités de l'entreprise. L'ESAT, joue un rôle protecteur mais aussi promoteur afin de garantir aux personnes un parcours professionnel au plus proche de

---

<sup>70</sup> SIBILLE H., 19 mars 2012, intervention aux journées du Réseau de l'Association nationale des directeurs et cadres d'ESAT (ANDICAT).

<sup>71</sup> BATIFOULIER F, NOBLE F., 2005, *Fonction de direction et de gouvernance dans les associations d'action sociale*, Paris, DUNOD.



leurs attentes et de leurs besoins. Toutefois, cette volonté d'intégration suivant le principe de pleine citoyenneté ne doit pas dévoyer le projet d'accompagnement de l'ESAT au profit des aspects purement productifs, souvent impulsés par une demande des donneurs d'ordre dont les logiques financières s'accommodent difficilement de la prise en compte singulière d'un projet de vie. Malgré tout, les politiques incitatives en faveur des personnes handicapées créent aujourd'hui dans le monde de l'entreprise et des collectivités publiques des opportunités de plus en plus grandes de propositions de travail vers le secteur protégé. Ces offres diverses recouvrent tous les aspects des secteurs d'activités (sous-traitance industrielle, services...) et ouvrent de nombreuses perspectives de développement de compétences pour les travailleurs de l'ESAT ainsi que pour les professionnels qui les accompagnent. Les activités se diversifient, en interne ou directement au sein des entreprises et toutes les formes d'intégration (accompagnée, assistée ou totale) permettent d'apporter des réponses souples et porteuses de développement professionnel et social. Dans cette nouvelle recomposition du paysage des ESAT, entre contraintes financières et opportunités de développements, je me dois d'être en mesure d'impulser une dynamique institutionnelle qui puisse permettre à chaque travailleur de trouver une réponse optimale à ses souhaits d'accompagnement et propice à lui permettre de se sentir acteur de sa propre vie.

L'emploi des personnes handicapées prend toute sa place au sein de l'économie sociale et solidaire et au plan du développement social local. Leur rôle économique est aujourd'hui mis en avant comme facteur de cohésion sociale mais également d'intégrateur de changement de regard sur le handicap comme en atteste le titre du rapport de JF Chossy<sup>72</sup> « *passer de la prise en charge à la prise en compte* ». 9 ans après la loi du 11 février 2005, pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, les ESAT sont devenus des « *entreprises sociales d'insertion par le travail* »<sup>73</sup>.

### **2.1.3 Un travailleur sans contrat de travail**

Les ESAT accueillent des adultes handicapés à partir de 20 ans, pour lesquels la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) a décidé une orientation renouvelable de travailleur handicapé avec la mention « orientation ESAT ». En principe, cette orientation est posée pour des personnes dont la capacité de travail est réduite au tiers de la capacité d'une personne valide. Néanmoins, et c'est le cas souvent pour l'admission au sein de l'ESAT Regain, l'orientation ESAT peut être délivrée

---

<sup>72</sup> CHOSSY JF., novembre 2011, *Passer de la prise en charge à la prise en compte*, « *évolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées* ». Rapport remis au Premier Ministre.

<sup>73</sup> GESAT, préface de Mr Benoit Hamon, opus cité, page 5.

à des personnes dont la capacité de travail se trouve être «*supérieure ou égale au tiers de la capacité normale, lorsque leur besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, expressément motivés dans la décision, le justifie, et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail.*»<sup>74</sup> Il est important de noter que la demande de Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) est faite par la personne elle-même. Dans le cas d'une personne souffrant de troubles psychiques, cette demande est généralement consécutive à un parcours d'hospitalisation et de soins longs et difficiles. La demande de RQTH apparaît alors dans, dans ce processus, comme une étape significative de la voie de rétablissement.

### Un statut et des droits adaptés ?

Possédant le statut d'usagers d'un établissement médico-social, les personnes admises en ESAT sont aussi des employés handicapés qui exercent une activité professionnelle et non un emploi. Ils n'ont pour autant pas la qualité de salariés au sens du code du travail. Ils signent, conformément à la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, un contrat de soutien et d'aide par le travail, équivalent au contrat de séjour des autres établissements médico-sociaux qui, en vertu du décret du 23 décembre 2006<sup>75</sup> doit être signé par le Directeur de l'établissement et la personne dans le mois suivant son admission. Il ne leur est donc pas versé de salaire, mais une rémunération garantie cumulable avec l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) définie par décret<sup>76</sup> versée dès l'entrée en période d'essai, comprise entre 55% et 110% du Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC) et composée d'une rémunération directe versée par l'ESAT, de l'ordre de 5 à 20% du SMIC, grâce aux revenus de l'activité économique, et d'une aide au poste versée par l'Etat, qui ne peut être supérieure à 50% du SMIC.

Les travailleurs de l'ESAT bénéficient de droits sociaux qui les rapprochent du milieu ordinaire : le décret n°2009-565 du 20 mai 2009<sup>77</sup> affirme le droit à la formation professionnelle et à la validation des acquis de l'expérience (VAE).

Ils bénéficient également du droit aux congés, à certaines prestations parentales. Enfin le décret n° 2007-874 du 14 mai 2007<sup>78</sup> apporte un éclairage sur certaines dispositions relatives aux ESAT :

- Possibilité de mise en place d'un système d'intéressement

---

<sup>74</sup> Décret n°2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail et à la prestation de compensation.

<sup>75</sup> Décret n°2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail

<sup>76</sup> Décret n°2006-703, *opus cité*

<sup>77</sup> Décret n° 2009-565 du 20 mai 2009, relatif à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs accueillis en ESAT

<sup>78</sup> Décret n°2007-874 du 14 mai 2007 portant diverses dispositions relatives aux ESAT et à l'exercice d'une activité à caractère professionnelle en milieu ordinaire.

- Modalités de mise à disposition des travailleurs dans le cadre de contrats avec une entreprise du milieu ordinaire

L'essentiel du dispositif est présenté par voie de circulaire administrative (circulaire n° DGAS/3B/2008/259 du 1<sup>er</sup> août 2008, relative aux ESAT et aux personnes qui y sont accueillies).

## **2.2 L'ESAT Regain**

L'ESAT Regain est géré par l'Association Regain. Il accueille 87 travailleurs handicapés au sein d'une structure développée sur 1 000 m<sup>2</sup> en plein centre du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

### **2.2.1 Un constat d'évolution du public qui interroge le Projet d'Etablissement**

La population accueillie à l'origine de la création de l'ESAT Regain répondait au constat effectué sur le territoire Parisien, d'un manque de structures d'accueil pour des personnes en situation de grande exclusion sociale, présentant de lourds handicaps associés, de type alcoolisme, toxicomanie notamment et aggravés par des maladies de longue durée (VIH, Hépatites...). De 54 places autorisées à l'origine, l'établissement a bénéficié d'une première autorisation d'extension en 2005 de 15 places puis d'une seconde en 2009 de 18 places.

La population accueillie a considérablement évolué en 10 ans, d'une part sous l'effet du développement de la qualité des traitements des maladies de longue durée, rendant caduque l'accueil d'une partie significative de la population initiale et d'autre part, sous l'effet du développement de partenariats avec le secteur de la santé mentale, offrant un cadre d'admission plus spécialisé à l'établissement. Depuis 2010, l'ESAT enregistre chaque année plus de 150 demandes d'admission avec une demande de positionnement en activité « bureautique et services aux entreprises » pour 80% des demandes.

### **2.2.2 Les caractéristiques des usagers de l'ESAT**

La déficience du psychisme, ou handicap psychique concerne 95% des personnes admises à l'ESAT en 2013. Ces personnes souffrent de troubles psychiatriques associés ou non à des troubles du comportement. Il s'agit de psychose et majoritairement de schizophrénie. Le plus souvent, ces travailleurs ont connu, soit un épuisement des possibilités de structures de soins (hôpitaux de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ateliers thérapeutiques...) soit un processus de désinsertion sociale. Il est à noter que 15% des travailleurs sont atteints d'une pathologie lourde ou invalidante de type VIH ou hépatite. Ces troubles apparaissent le plus souvent à l'entrée dans l'âge adulte et nécessitent une prise en charge hospitalière spécialisée qui se poursuit « en ville » au sein de Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou auprès des médecins psychiatres. Ce suivi médical extérieur permet la stabilisation des troubles.

### Quelques données chiffrées : en 2013 :

- 41% de femmes et 59% d'hommes      27% sont sous protection juridique
- 60% ont entre 25 et 45 ans, 40% ont + de 45 ans représentant une moyenne d'âge de 42ans supérieure à la moyenne nationale de 37 ans<sup>79</sup>
- 70% résident à Paris et 30% en proche banlieue
- 46% ont un logement de droit commun, 24% vivent en foyer (hébergement, thérapeutique ou éducatif), 24% sont chez des parents, 5 % résident en hébergement social ou à l'hôtel, 1% demeurent en hospitalisation de nuit.

Bien qu'ils soient tous reconnus handicapés psychiques, les travailleurs ne souffrent pas des mêmes pathologies. Si l'ESAT accueille en majorité des personnes atteintes de psychose de type schizophrénique, il peut également accompagner des personnes atteintes de troubles dépressifs invalidants. Si les premiers n'ont pas forcément d'expérience professionnelle, ces derniers ont pu faire des études et connaître le monde du travail, jusqu'à ce que la maladie les affecte et engendre de lourdes ruptures. Les entretiens conduits, dans le cadre de l'évaluation externe de l'ESAT, avec les travailleurs ont permis de percevoir que leurs besoins et les modalités de leur accompagnement pouvaient être différents en fonction des troubles dont ils sont affectés. Ainsi, si le travail des ateliers s'avère salvateur, dans le sens où il offre un cadre et favorise les relations sociales, les tâches manuelles et parfois répétitives qui sont demandées, souvent sans aucun rapport avec les expériences professionnelles antérieures, peuvent renvoyer à certains l'image de leur « chute ».

### **2.2.3 Une extension pour réduire les coûts**

Comme nombre d'ESAT, Regain a subi directement, en 2009, la mise en place des tarifs plafonds. Reconduit à l'identique jusqu'à la campagne budgétaire 2014, le principe de convergence tarifaire s'est vu renforcé en 2011 par une diminution de 1% de la dotation globale pour les ESAT se situant au-dessus du tarif plafond (12 840€) puis de 2,5 % en 2012. Le tarificateur, a par ailleurs supprimé de fait la distribution des Crédits Non Reconductibles (CNR) qui étaient utilisés par de très nombreux ESAT, depuis des années, pour palier la sous-dotation chronique de leur budgets sociaux. L'ESAT Regain, dont le prix à la place se situait en 2009 à 13 762 € (notamment à cause du prix des loyers Parisiens, a entrepris de réduire son coût à la place. L'Association, qui a sollicité l'ARS afin d'obtenir une extension de capacité permettant de créer un effet mécanique sur le ratio charges/nombre de places, m'a chargé de développer une stratégie commerciale plus diversifiée et plus rentable et de mieux maîtriser les dépenses de fonctionnement de l'

---

<sup>79</sup> Source Atlas National 2008 de l'AGEFIPH (Agence Nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées)

ESAT. J'ai proposé de développer une logique intégrative (partage de certaines charges par mutualisation au sein du groupe Alliance Espérance). L'ESAT Regain, dont les résultats administratifs ont été déficitaires jusqu'en 2011, présente depuis 2012 des excédents repris en N+2 par le tarificateur ainsi qu'un coût à la place en 2014 de 12 500€. L'activité commerciale dégage, chaque année, des excédents qui permettent de prendre en charge les besoins supplémentaires de fonctionnement et de développement de nouvelles activités mais également m'autorisent à faire le choix de financer le coût des formations professionnelles des travailleurs de l'ordre de 15 à 20 000 € par an.

## **2.3 Une structure très dynamique mais qui présente aussi des points faibles**

### **2.3.1 Les principes d'organisation qui portent le changement**

L'établissement compte, pour l'accompagnement des 87 travailleurs, 15,80 ETP correspondant à 17 salariés auxquels il convient d'ajouter un salarié financé sur le budget commercial de l'ESAT.<sup>80</sup>

Pour optimiser le fonctionnement, j'ai choisi d'organiser l'ESAT Regain en trois pôles :<sup>81</sup>

**Pôle administration/gestion**(1 directeur, 1 cadre comptable et 1 secrétaire chargée plus particulièrement du suivi technique administratif des dossiers des personnes accueillies)

**Pôle soutien psycho-éducatif et médical**: Composé de 4 personnes, ce pôle comprend une chef de service qui est psychologue, deux éducatrices techniques spécialisées dont l'une est chargée d'insertion, leurs actions se font en étroite collaboration avec le psychiatre qui est présent 2 demi-journées par semaine. Ce pôle a en charge les processus d'admission et de sortie des travailleurs, leur évaluation, la coordination des actions concernant leur accompagnement, le suivi de leur Projet Professionnel Individualisé (PPI), le suivi de la prise en charge médicale. Ce pôle apporte conseil, ressources et soutien à l'ensemble de l'équipe encadrante et assure une coordination suivie avec les partenaires extérieurs.

- La chef de service est directement responsable des admissions et de la coordination des actions avec les familles, le secteur (CMP, Hôpitaux de jour, Psychiatres) avec l'appui du psychiatre et les partenaires extérieurs (SAVS, SAMSAH, foyers d'hébergement, services de tutelle, ESAT.) Elle coordonne et contrôle les tâches des 2 ETS, elle formalise le plan de formation des travailleurs et planifie les soutiens.

---

<sup>80</sup> Annexe 2 : Tableau de répartition des effectifs de l'établissement

<sup>81</sup> Annexe 3 : Organigramme de l'ESAT

- La chargée d'insertion recherche des terrains de mises à dispositions, stages ou d'intégration des travailleurs, elle coordonne les PPI des travailleurs qui ont un objectif de découverte ou de retour au milieu ordinaire.
- L'éducatrice technique spécialisée a la charge de la coordination des PPI des travailleurs qui désirent exercer une activité en interne et intervient au quotidien auprès des travailleurs pour tous les tracassés (sociaux, médicaux...) qu'ils rencontrent. Son poste n'a pas évolué depuis la création de l'ESAT, alors que l'agrément est passé de 54 à 87 travailleurs.

**Pôle soutien professionnel** : 10 personnes travaillent au sein de ce pôle, d'une part un chef d'atelier et une équipe commerciale (le responsable et une assistante) qui assurent le développement et la coordination des activités professionnelles de l'ESAT, et d'autre part, une équipe de 7 moniteurs d'ateliers. Les moniteurs prennent appui sur le travail pour réaliser une action éducative auprès des travailleurs.

### 2.3.2 Une équipe dynamique mais contrastée

Ma prise de fonction, en juin 2011, dans un contexte de crise institutionnelle suite aux départs successifs de 2 directeurs, et du Chef d'atelier, s'est accompagnée d'un diagnostic de l'organisation, compte tenu des enjeux qui se présentaient :

-Evolution du public accueilli, impactant l'accompagnement professionnel (public plus efficient et mieux formé) mais également l'accompagnement psycho-éducatif, représenté jusqu'alors de manière partielle par une psychologue, une éducatrice technique spécialisée et une assistante sociale, toutes à mi-temps et en temps de présence décalé sauf le vendredi.

-Extension de la capacité d'accueil de 18 travailleurs donnant lieu à la création de 2 postes d'encadrement supplémentaires : un poste d'éducateur technique spécialisé à qui j'ai choisi de proposer la fonction de chargée d'insertion et un poste de moniteur d'atelier.

-Un environnement financier contraint par la réduction des crédits de l'Etat et la mission de rentabilisation de l'ESAT qui m'était confié par le Conseil d'Administration.

- Une évaluation des prestations quasi inexistante : l'évaluation interne, conduite entre septembre 2009 et avril 2010, dans un contexte institutionnel de crise n'apportait pas de préconisations en rapport avec les enjeux qui se présentaient. Par ailleurs la perspective de conduite de l'évaluation externe prévue pour la fin 2014 m'incitait à prendre les mesures de mise en conformité rapide de la structure.

-Un projet d'établissement en décalage avec l'évolution de l'ESAT : Comme le souligne Jean-Marie Miramon « *la tâche prépondérante du Directeur, celle qui spécifie sa fonction, est l'élaboration de la politique et de la stratégie de son établissement ou service. Il*

*dispose pour ce faire d'un outil privilégié : le projet d'établissement. Le projet est au cœur de la problématique managériale. C'est lui qui cristallise le sens de l'action* »<sup>82</sup> J'ai constaté que le projet d'établissement présenté, datait de la création de l'ESAT en 2002, et ne correspondait plus à la réalité du public accueilli, il en était de même pour les principaux outils mis en œuvre par la loi du 2 janvier 2002 : le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement ont dû être réactualisés.

Dans ce contexte de changement institutionnel profond, j'ai choisi, dès 2011 de conduire les évolutions nécessaires dans le cadre général de la mise en œuvre d'une démarche qualité. Ce travail de réflexions communes a permis de rendre lisibles les besoins d'organisation correspondant au nouveau projet d'accompagnement de l'ESAT et de définir les axes de développements stratégiques à mettre en œuvre sur 5 ans.

J'ai expliqué et impulsé le changement aux équipes selon 2 axes :

- Une montée en professionnalisation des activités et des moniteurs d'ateliers, pour affirmer l'employabilité des personnes accueillies et leur offrir un support de travail en adéquation avec leurs besoins
- La création d'un pôle psycho-éducatif permettant l'écoute et le suivi sur le secteur et en interne des problèmes particuliers liés aux pathologies nouvelles rencontrées et à leur variabilité. J'ai choisi de créer ce pôle par l'extension du poste de la psychologue en Chef de Service, le recrutement d'un psychiatre, la mise en place de la chargée d'insertion et l'intégration de l'éducatrice technique spécialisée

Une équipe qui s'est professionnalisée :

L'équipe, composée de profils et d'expériences professionnelles très différents, a été partie prenante de la dynamique créée par le nouveau projet d'établissement dont j'ai initié l'écriture en septembre 2011, et la mise en œuvre d'une démarche qualité que j'ai animée dès janvier 2012. Le pôle professionnel a vu la création de nouveaux métiers (Regain Courses<sup>83</sup>, bureautique, rénovation de bâtiments..) et l'accroissement constant depuis 2011 du chiffre d'affaires réalisé, passant de 600 000 € en 2011 à 1 000 000 € en 2013. La mise en place de la chargée d'insertion, concomitamment à la création d'un service commercial structuré, a permis le développement constant, depuis 2012 des mises à dispositions en milieu ouvert (+ de 40 travailleurs ont été détachés, ou ont connu une expérience du milieu ordinaire en 2013. 2 travailleurs de l'ESAT ont été recrutés par une entreprise ou une collectivité en 2012 et 2 en 2013 également, soit un taux de sortie de près de 2,5 % des effectifs de l'ESAT, largement supérieur au chiffre de la moyenne

---

<sup>82</sup> MIRAMON J.M., 2009, *Le métier de directeur, techniques et fictions*, Rennes, Presses de l'EHESP, Page 177.

<sup>83</sup> Regain Courses : a reçu le trophée national 2012 de l'accompagnement décerné par le GESAT

nationale de 0,38 % présenté par l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)<sup>84</sup>.

Le dynamisme du service commercial/communication de l'ESAT lui permet d'être reconnu (participation à des salons professionnels et des colloques, mises en œuvre de plusieurs actions de partenariats commerciaux avec d'autres ESAT...)

La procédure d'admission, réadaptée aux nouveaux profils de travailleurs, et, le développement d'un travail en réseau auprès des partenaires institutionnels, a permis la réussite, par l'équipe psycho-éducative, du projet d'extension de capacité de l'ESAT en 2011 et 2012, mais également une gestion permanente d'une file active de travailleurs en demande d'admission, avec la mise en œuvre de stages découverte de 3 semaines, utiles en termes d'acquisition d'expérience pour le travailleur candidat, afin de découvrir l'ESAT et affiner son choix d'activité où son refus d'admission.

### **2.3.3 Une coordination qui peine à suivre le développement de l'ESAT**

L'ESAT Regain présente donc une organisation dynamique, en fort développement. Les différentes composantes de l'organisation de l'ESAT ont été améliorées comme en témoigne le rapport d'évaluation externe remis aux autorités de tarification en avril 2013. Comme nous l'avons constaté, l'environnement de l'ESAT comporte des variables d'incertitudes externes auxquelles tentent de répondre l'organisation. Comme l'a précisé Henri Mintzberg « plus l'environnement est complexe et plus la structure est décentralisée »<sup>85</sup>. Pour accompagner la démarche qualité, j'ai choisi de mettre en place une équipe de Direction en 2012. Constituée du Directeur, du Chef d'Atelier et de la Chef de Service Psycho-éducatif, cette équipe se réunit de manière formelle tous les 15 jours. Son objectif est de suivre la mise en œuvre progressive des éléments du plan d'amélioration continue de la qualité et d'apporter une régulation aux actions quotidiennes des cadres à travers l'ajustement de leurs coopérations et le retour de leurs délégations. Lieu de débats et d'appropriation des missions, cette réunion d'équipe de direction me permet d'ajuster les mesures à prendre en fonction du degré de maturité des cadres dans leur fonction.

#### Des compétences qui doivent se mutualiser

Compte tenu des objectifs prioritaires que j'ai assignés à chaque pôle, le développement des actions et la mise en conformité de l'établissement, a mobilisé, chaque Chef de

---

<sup>84</sup> ANESM, *Document d'appui pour la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur l'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT*, avril 2013. Page 27. Consultable sur [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)

<sup>85</sup> MINTZBERG H., 2004, *le management, voyage au centre des organisations*, Paris, Les éditions d'organisation, page 197.



Service, prioritairement sur les propres objectifs de son service. Ainsi, un décalage s'est formé au fil du temps entre les deux pôles dont le dynamisme ne s'est pas opéré de façon simultanée. Norbert Alter précise que « *les objectifs de travail des uns et des autres sont différents, ils varient en fonction du métier mais aussi de l'investissement que représente son exercice pour les personnes* »<sup>86</sup>. Le pôle production s'est développé de manière dynamique autour de la création de nouvelles activités et le développement de nouvelles compétences. Le pôle psycho-éducatif a donné priorité à des actes techniques, privilégiant le soutien direct aux personnes admises ainsi qu'un travail de réseau pour assurer la continuité de l'accompagnement au développement et à l'articulation des Projets Professionnels Individualisés, dont il a la responsabilité de la coordination.

La mutualisation des compétences, inscrite au projet d'établissement peine à s'articuler entre les différentes composantes de l'accompagnement au sein de l'ESAT.

Les équipes, moniteurs essentiellement, dont la moitié des effectifs a été renouvelée ces quatre dernières années, n'ont pas compris la logique de mise en œuvre des objectifs prioritaires du service psycho-éducatif et surtout, n'ont pas retrouvé, dans leur travail quotidien, l'appui qu'ils en attendaient, c'est-à-dire une aide dans la mise en action des PPI, leur coordination et leur évaluation. Ce constat est majoré par l'absence d'une stratégie de communication de la part de la Chef de service qui est restée sur une posture de clinicienne, privilégiant l'analyse de situation et insuffisamment l'anticipation des besoins de l'équipe. Je constate qu'il existe ainsi un décalage entre le projet prioritaire d'accompagnement sur la dimension professionnelle des travailleurs et une réalité de terrain où ce projet ne trouve pas entièrement réponse par l'action coordonnée des équipes pluridisciplinaires.

#### **2.3.4 L'insertion en milieu ordinaire, un enjeu de pouvoir au sein de l'ESAT**

Le rôle de la chargée d'insertion, dont le poste a été créé fin 2011, se situe à l'interface du service de soutien, de l'action commerciale et de l'organisation de production (prestations extérieures). Ce poste, très autonome car impliquant un large panel de compétences est encore mal identifié par les équipes. La coordination des actions de mises à disposition : quels travailleurs pour quelles prestations, interroge les moniteurs sur la pertinence des PPI au regard de ces prestations. Par exemple, lorsqu'un travailleur est détaché sur une prestation de maintenance de consommables, les moniteurs se sentent dépossédés du projet d'accompagnement professionnel des travailleurs qu'ils ont pourtant mis du temps et de l'âme à préparer pour une sortie.

---

<sup>86</sup> ALTER N., 2013, *L'innovation ordinaire*, 4<sup>ème</sup> édition « quadrige », Paris, Presses Universitaires de France, page 314.

Lors d'entretiens annuels, deux moniteurs m'ont indiqué leur sentiment de manque de concertation dans la coordination du travail interpoles : « *il y a des dépassements de tâches ou de fonctions de certains, ce qui implique des manques dans certaines décisions, ou un manque d'information* », ou encore « *la coordination entre pôles est difficile, trop de compartimentation, la chronologie n'est pas toujours la bonne ! Le PPI devrait être la base* ».

La division du travail des cadres mise à l'épreuve de la coordination des tâches :

« *l'organisation fondée sur la division du travail, entraîne la différenciation des activités et donc nécessite la coopération entre les hommes pour combiner leurs efforts*»<sup>87</sup> Les points de chevauchements entre cadres, la mise à disposition des travailleurs essentiellement, offrent des fenêtres au jeu des acteurs, la chargée d'insertion décidant trop souvent seule du choix des prestataires et des modalités de mise en œuvre des prestations. Ce point sensible crée un flou entre les pôles, chaque cadre ayant un rôle à jouer dans ce secteur : le chef d'atelier souhaite garder « la main » sur les très bons éléments des ateliers et la chef de service psycho-éducatif veut préserver son expertise clinique pour affirmer sa posture de cadre. Il n'y a donc pas d'interaction, sur ce sujet entre les deux cadres. Philippe Bernoux rappelle « *qu'il y a interaction entre deux acteurs lorsqu'ils sont ou se sentent liés par des fonctions complémentaires. Il n'y a qu'interdépendance de ces acteurs à l'intérieur d'un contexte global* »<sup>88</sup>. Ce chevauchement de tâches et l'absence partielle de coordination sont le résultat de jeux d'acteurs. Cela crée une zone d'incertitude dont l'étendue est liée à la marge de liberté dégagée par le niveau important d'autonomie des individus. En l'occurrence, au sein de l'ESAT, la marge de liberté laissée aux cadres favorise des logiques d'actions (production ou expertise psychoéducative) qui nuisent à la cohésion de l'ensemble. Ainsi, la zone d'incertitude repose sur l'absence de coordination entre pôles concernant l'élaboration et le suivi des PPI. Des règles de fonctionnement manquent donc à ce niveau, laissant à la chef de service psycho-éducatif et à la chargée d'insertion l'utilisation de ressources (expertise, contrôle de l'information...) et au chef d'atelier une marge de manœuvre concernant la production des ateliers. Comme le soulignent Crozier et Friedberg « *l'organisation crée du pouvoir simplement par la façon dont elle organise la communication et les flux d'information entre ses unités et ses membres.* »<sup>89</sup> Les PPI des travailleurs sont passés, dans ce cadre de fort développement, en arrière-plan.

---

<sup>87</sup> BERNOUX P. : *La sociologie du changement*. Paris, Seuil, 2004, page 209.

<sup>88</sup> BERNOUX P. : *La sociologie des organisations*, Paris, Seuil, 1985, page 148.

<sup>89</sup> CROZIER.M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, SEUIL, page 87.

### 2.3.5 La démarche de suivi des PPI comme révélateur des identités professionnelles en place

Depuis la création de l'ESAT, en 2002, les PPI ont été initiés et coordonnés par l'éducatrice technique spécialisée seule. Lors de la mise en œuvre du pôle psycho-éducatif, l'ETS et la chargée d'insertion ont eu la responsabilité de cette coordination. Le fort développement de l'ESAT en termes d'admissions de nouveaux profils de travailleurs, d'activités en interne et en milieu ordinaire ainsi que le développement de compétences nouvelles pour les salariés comme pour les travailleurs, ont contraint les 2 ETS à une surcharge de travail très conséquente, surtout dans le cadre d'une réactualisation plus rapide à mener des PPI (12 mois au lieu de 18 mois jusqu'alors).

Le changement qui s'est opéré dans le cadre d'une rupture institutionnelle des 2011 n'a pas été intégré de la même manière par les acteurs en place. Pour Philippe Bernoux, « *le changement est le résultat d'une combinaison entre un ensemble de forces, les contraintes, les institutions et les acteurs, ou se mêlent domination et liberté.* »<sup>90</sup> Pour l'auteur le changement résulte de la combinaison des trois composantes : environnement, institutions et acteurs que Philippe Bernoux nomme les racines, d'où est issu et sur lesquelles repose tout changement. Dans le cas du changement rapide opéré au sein de l'ESAT Regain, les racines n'ont pas été intégralement prises en compte. L'environnement, facteur de contingence forte avec pour enjeu l'existence même de l'établissement, n'a pas été perçu de façon identique par les différents acteurs. La perte de repères en termes d'organisation et de règles de fonctionnement, engendrée par la nouvelle organisation par pôles a réinterrogé les institutions (règlement, culture, relations, formation...) rendues en partie caduques. Enfin, les acteurs ont vu leur identité remise en cause individuellement et collectivement, leurs objectifs et leur positionnement au sein du groupe et leurs projets se sont trouvés bouleversés par la nouvelle mise en place rapide de l'organisation.

Ainsi, l'interprétation et l'adaptation face à ce changement d'organisation a été différent d'un pôle à l'autre. Ce point apparaît crucial dans la difficulté de coopération entre les deux services qui possèdent des logiques d'action et des rationalités différentes. Crozier et Friedberg ont rappelé qu' « *Entrer en relation avec l'autre [...] c'est en même temps se cacher, se protéger contre ses empiètements, s'opposer à lui, bref, toute relation à l'autre est stratégique et comporte une composante de pouvoir, si refoulée ou sublimée soit-elle.* »<sup>91</sup> Les acteurs du pôle production ont saisi l'opportunité, par le biais du développement de la qualité des prestations et des activités, de mettre en œuvre une régulation autonome basée sur les savoirs faire et la mobilité. Ils ont su créer de

---

<sup>90</sup>BERNOUX P. : *Sociologie du changement*, Op.cit., page 20

<sup>91</sup> CROZIER.M., FRIEDBERG E. *L'acteur et le système*, Op.cit., page 212.

nouvelles règles et adapter celles existantes. Le développement de l'activité, du chiffre d'affaires et le développement des compétences des travailleurs de l'ESAT ont permis d'établir un compromis entre les diverses rationalités des acteurs du pôle.

Au sein du pôle psycho-éducatif, ce sont à la fois les institutions et les acteurs qui se sont trouvés confrontés à l'absence de repères, s'agissant d'une création de service. La régulation au sein du pôle a pris du temps (trois ans). La chef de service ayant maintenu une fonction « expertise » qui n'a pas été légitimée par l'ensemble des équipes. L'absence de règles au sein du pôle et l'apparition d'enjeux de posture et de sens de l'action, différents entre les membres du pôle n'ont permis de trouver, ni compromis, ni mode de régulation. Philippe Bernoux explique que « *règles et sens ne s'excluent pas. Ces deux approches sont complémentaires et cette complémentarité permet de rendre compte du changement comme action humaine et donc de son acceptation.* »<sup>92</sup> En cela la combinaison des règles et du sens n'a pas fonctionné au sein du pôle, ne permettant pas l'acceptation totale du changement de l'organisation.

Le dynamisme du pôle production et le retrait du pôle psycho-éducatif ont créé les conditions d'un clivage révélé par l'absence de coordination inter-pôle. A partir de cette incertitude ont découlé des jeux d'acteurs différents visant soit le maintien soit une modification de l'équilibre de fonctionnement et la confrontation des jeux d'acteurs ont été propices à la production d'identités différentes. L'absence partielle d'interactions entre acteurs n'a pas autorisé la création de règles et de sens communs, ce qui nuit à la coordination des actions de soutien auprès des travailleurs en réduisant la lisibilité de leur parcours et leur participation directe. Ce point limite de façon importante leur rétablissement

### **2.3.6 Le moniteur d'atelier, un professionnel insuffisamment repéré**

Au sein de l'ESAT Regain, le moniteur d'atelier est un spécialiste de l'accompagnement de personnes en souffrance psychique. Avant même la mise en route de l'atelier, la fonction éducative, basée sur l'accueil et l'écoute trouve tout son sens. Aidé par l'éducatrice technique spécialisée, ce temps matutinal constitue un moment privilégié pour rassurer, préparer et impulser la dynamique de travail à l'ensemble des travailleurs présents de l'atelier. L'équipe de moniteurs se sent impliquée dans la vie des ateliers, Fabrice, moniteur à l'ESAT Regain explique que « *nous considérons avant tout les travailleurs comme des collègues de travail. Nous sommes là pour les aider à trouver leur place au sein du groupe, les soutenir dans la variété de leurs tâches et percevoir parfois avec beaucoup de finesse, toute difficulté particulière qui viendrait complexifier*

---

<sup>92</sup>BERNOUX P. : *Op.cit.*, page 43

*l'accompagnement au travail* »<sup>93</sup>. Cette appellation de « collègues » rappelle à quel point la notion de handicap psychique vient percuter les idées reçues. Le travailleur handicapé de l'ESAT est avant tout, considéré par les équipes, comme un acteur à part entière, professionnel repéré, dont les attentes en termes de reconnaissance sociale et professionnelle obligent les salariés de l'ESAT à considérer leur propre développement de compétences à travers celui des personnes qu'ils accompagnent. Il existe bien pourtant un paradoxe, au sein de l'ESAT, qui consiste à attendre des moniteurs d'atelier une compétence de responsable d'unité de production et d'accompagnement d'une équipe de personnes handicapées, ainsi qu'une large autonomie d'action, et dans le même temps lui imposer des règles ou normes de fonctionnement concernant le suivi des PPI des personnes qu'ils accompagnent. Alain Blanc rappelle que « *les acteurs dépourvus des ressources d'accès au pouvoir ne prennent que rarement des risques.* »<sup>94</sup>. « *Par leur position dans l'organigramme, les moniteurs maîtrisent collectivement une zone d'incertitude de plus en plus pertinente, la capacité productive* »<sup>95</sup> Les moniteurs n'ont ainsi pas retrouvé dans l'organisation mise en place avec le pôle psycho-éducatif l'affirmation de leur fonction « éducative » qui justifie, à leurs yeux, leur appartenance à une culture médico-sociale. Ils se sentent dépossédés du projet d'accompagnement des travailleurs de l'ESAT et ne ressentent pas, hormis sur l'aspect production, l'utilité sociale de leur fonction. Ce sentiment d'inutilité sociale les conduits à rester en retrait sur plusieurs aspects de la nécessaire coopération avec le service psycho-éducatif et ne favorise pas l'articulation des PPI et surtout le processus de rétablissement des travailleurs. Comme le souligne Jean-René Loubat « *la perte de motivation s'avère l'un des carburants des conflits institutionnels : l'acteur ayant perdu le sens de son rôle et tout investissement dans son travail, est tenté de les reconquérir par d'autres moyens.[...] le conflit peut lui permettre, d'une part de trouver des responsables à sa perte de motivation, et d'autre part, de se rassurer par l'adoption d'une identité en négatif.* »<sup>96</sup>

## **2.4 Une offre de service qui vise l'insertion sociale et professionnelle**

L'offre de service est organisée autour d'activités professionnelles en interne et en externe ainsi que des actions d'apprentissage et de formation et des actions de soutien médico-social et éducatifs personnalisés.

J'ai impulsé, auprès des services production et commercial, la recherche permanente de diversifications d'activités pour offrir une palette plus large de terrains d'apprentissage et

---

<sup>93</sup> Fabrice L, moniteur de l'atelier Bureautique de l'ESAT

<sup>94</sup> BLANC A., 1995, *Les handicapés au travail*, Paris, Dunod, page 199

<sup>95</sup> BLANC A. *Op. Cité*, page 203

<sup>96</sup> LOUBAT JR. 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. Paris, Dunod, page 226

de développement professionnel aux travailleurs, et d'autre part diminuer le risque financier qui est inévitable dans le cadre d'une dépendance trop forte à un seul métier ou un ou plusieurs clients incontournables.

L'ESAT accompagne les travailleurs qui ont choisi de postuler à un emploi protégé tout au long d'un parcours de soutien professionnel et social. Cet accompagnement soutenu et suivi dans le temps, est la clé de voûte d'une insertion professionnelle réussie. La participation du travailleur est donc impérative dans la construction de son identité professionnelle.

#### **2.4.1 Un parcours d'insertion varié mais pas toujours synonyme de développement de compétences pour les travailleurs**

Quatre niveaux d'insertion sont identifiables au sein de l'ESAT Regain :

##### Une offre de stage préalable à l'admission :

L'objectif est de permettre à la personne en demande d'admission de pouvoir découvrir l'ESAT et le type d'activité et d'atelier dans lesquels elle se sentira le mieux. C'est un moyen d'évaluer le potentiel de la personne (professionnel et social) et d'envisager, en cas d'admission, les contours du futur PPI. Cette démarche, bien planifiée et organisée au sein de l'ESAT, donne lieu à une réelle coopération entre service.

##### Une offre d'activités professionnelles en intra au sein d'ateliers :

**L'atelier Conditionnement** regroupe 21 travailleurs et propose des travaux de sous-traitance pour l'industrie et les services. Dans cet atelier, les qualifications requises sont faibles et peu techniques, mais réclament souvent une dextérité particulière et un goût prononcé pour une certaine rigueur (comptage, pose étiquettes, mise sous plis, emballage précis...). On retrouve au sein de cet atelier des personnes dont les fragilités psychiques et l'avancée en âge sont plus fréquentes.

**L'atelier travail à façon** intègre 20 travailleurs. Le travail de sous-traitance industrielle y est plus technique car effectué sur machines (montage de classeurs, fabrication de cadres photos, soudure HF, marquage à chaud, façonnage de dossiers...).

**L'atelier bureautique** est le plus recherché, 80% des demandes d'admissions le concernent. 27 travailleurs y sont affectés sur des travaux variés (reprographie, numérisation de documents, traitement quotidien de factures ou de commandes via internet, mises à jour de bases de données, traitement de fichiers, traitement de courrier et affranchissement).

##### Une offre d'activités professionnelles réalisées en extérieur :

**L'atelier entretien et hygiène des locaux** réclame de la part de ses 12 travailleurs une large autonomie et un savoir-faire important, les travailleurs réalisant leurs prestations le plus souvent seuls chez les clients.

**L'atelier prestations bâtiment** est spécialisé dans la rénovation des surfaces sols et murs (pose de revêtements et peinture..). Un niveau de formation professionnelle important est requis chez les 7 travailleurs qui y opèrent.

**L'activité Regain Courses** est un nouveau métier, permettant à une quinzaine de travailleurs en ateliers de pouvoir sortir et d'être accompagnés vers le milieu ordinaire de manière progressive. Il s'agit d'enlever et de livrer des plis ou petits colis sur Paris et proche banlieue.

#### Une offre de mises à disposition de travailleurs directement dans l'entreprise :

Particulièrement développées au sein de l'atelier bureautique, ces mises à disposition touchent également les autres métiers (entretien des locaux, bâtiment et travail à façon /conditionnement). Comme nous l'avons déjà évoqué, plus de 40 travailleurs peuvent, chaque année, réaliser des expériences professionnelles en milieu ordinaire, plus ou moins longues (de quelques heures à plusieurs mois). Ces mises à disposition sont le fruit d'un travail de recherche effectué par le service commercial et la chargée d'insertion, elles sont proposées par les entreprises et la chargée d'insertion prépare et soutient ensuite les travailleurs qui ont « le profil » recherché et qui souhaitent, dans ce cadre, réaliser une expérience professionnelle.

L'ensemble de ces prestations participe au développement professionnel des travailleurs, mais de façon inégale. Certaines activités, conditionnement et travail à façon surtout, n'apportent pas de réel développement de compétence, et ne sont pas toujours propices aux mises à disposition.

L'enjeu des apprentissages consiste à pouvoir les affirmer dans le cadre de situations professionnelles de plus en plus complexes, au sein des ateliers, dans un premier temps, puis lors de prestations ou de situations de mises à disposition en milieu ordinaire.

Dans certains ateliers, au fil du temps, les expériences professionnelles acquises deviennent routinières. Nombre de travailleurs ayant connu, pour certains, des parcours professionnels antérieurs, et possédant souvent des acquis supérieurs à la moyenne des encadrants, ne retrouvent pas toujours, au sein de l'atelier, des tâches répondant à leurs capacités. L'absence de prises d'initiatives dans le travail et la répétition des gestes, générés par la typologie des travaux proposés, ne sont pas de nature à favoriser un épanouissement personnel et la restauration d'une meilleure image de soi. Une récente enquête menée par la Croix Rouge révèle que les activités « courantes » des ESAT sont perçues, par les travailleurs comme souvent pénibles, ne menant à aucune qualification et

ne permettant pas aux personnes concernées de « *s'inscrire dans une dynamique durable et une réelle acquisition de compétences* ». <sup>97</sup>

Ainsi, les travailleurs souhaitent que l'ESAT leur permette de réaliser des activités qui les valorisent, et à travers lesquelles ils trouvent un sens. Au sein de l'ESAT, certains travailleurs restent en marge de la dynamique d'insertion développée.

#### **2.4.2 Un parcours de professionnalisation et de formation au service de l'autonomie qui manque encore de lisibilité et qui ne permet pas l'émancipation des travailleurs de l'ESAT**

Comme nous l'avons vu en première partie, l'apparition d'un trouble mental chez une personne, crée des conditions dévastatrices au niveau de son développement professionnel. L'apparition des troubles, a sonné le glas, pour une grande majorité des personnes admises à l'ESAT, de leur accès à la formation professionnelle. Cette situation douloureuse se trouve majorée par la quasi exclusion, d'une possibilité de choisir une activité ou un métier qui corresponde à leurs aspirations ou puisse s'en rapprocher. La personne se trouve ainsi obligée le plus souvent de postuler à des emplois sous-spécialisés et peu rémunérés. L'entrée en ESAT est consécutive dans la plupart des cas à cette condition de recherche d'emploi protégé en réaction aux préjugés subis ou intériorisés, relatifs au potentiel professionnel des personnes. Ces préjugés affectent directement leur sentiment d'efficacité personnelle, leur estime d'eux-mêmes et annihilent en grande partie leur capacité et surtout leur volonté à se mobiliser. L'entrée en ESAT leur permet également d'être assurés que leur situation de malade et les conséquences de leurs troubles ne constitueront pas un facteur discriminant au regard de leur nouvelle situation professionnelle.

Pour autant, la reprise d'une activité professionnelle en ESAT n'est pas constitutive de la mise en action automatique d'un processus de développement professionnel. C'est l'interaction avec le milieu de travail, les relations développées avec les collègues et l'intérêt que présentent les activités proposées qui peuvent susciter l'espoir et l'envie de reprendre le contrôle de sa vie et de mobiliser ses ressources (internes et externes). L'activité doit présenter un intérêt pour la personne, l'aider à atteindre les buts qu'elle souhaite se fixer mais également présenter un challenge professionnel dans lequel elle puisse être reconnue.

Le parcours professionnel au sein de l'ESAT peut être varié, élaboré sur la base d'une activité d'atelier puis développé, si le travailleur le souhaite en externe. Il s'agit de développer l'acquisition de compétences. Comme le souligne Guy Le Boterf « *Si la compétence est une notion non seulement utile mais indispensable, il ne faut pas oublier*

---

<sup>97</sup> Actualités Sociales Hebdomadaires. Article n°2768 du 13 juillet 2012, page 23.



que, dans la réalité, la compétence n'existe pas en soi, indépendamment d'un sujet qui la porte et dont elle est indissociable. Ce qui existe réellement, ce sont des personnes plus ou moins compétentes. »<sup>98</sup> C'est cette acquisition de compétences qui peut permettre de concourir au rétablissement des personnes présentant des troubles psychiques en créant le cadre d'une reconnaissance de leurs capacités à faire et à agir, comme le souligne Guy le Boterf « le professionnel reconnu comme compétent est celui qui sait construire des compétences pertinentes pour agir ».<sup>99</sup>

Cette acquisition de compétences, s'obtient au sein de l'ESAT par des apprentissages de métiers réalisés par les moniteurs d'ateliers, ou lors des périodes de mises à disposition dans les entreprises avec l'aide de la chargée d'insertion et/ou d'un tuteur dans l'entreprise, mais également par la formation professionnelle qui doit être utilisée dans le cadre du PPI.

L'insuffisance d'un projet professionnel clairement identifié pour la personne, ou mal coordonné, concourt à la mise en place d'un simple projet d'adhésion du travailleur au projet de production de son atelier.

Actuellement, l'ESAT développe un panel de formations collectives (entretien des locaux, informatiques, gestes et postures, sécurité dans les ateliers...) mais encore de façon très marginale des formations plus individualisées, faute de coordination des PPI et donc de programmation des besoins de formation des travailleurs. Ce point complique, par ailleurs considérablement la recherche de nouvelles activités, dont la mise en œuvre nécessite un plan de montée en charge des compétences des travailleurs et nuit à la lisibilité, pour l'ensemble des équipes, encadrants comme travailleurs des perspectives d'évolution des métiers.

L'absence de perspectives professionnelles et le manque de formations individualisées, créent pour certains des travailleurs de l'ESAT, un sentiment de morosité, de routine, les travaux réalisés étant trop souvent les mêmes. C'est la notion de parcours individualisé qui se trouve interrogée, ainsi que la participation du travailleur à la construction d'un projet d'acquisitions professionnelles et sociales prenant en compte tous les aspects de son environnement (professionnel, social, familial et de soins). Certains travailleurs voient ainsi leurs capacités de production utilisées par l'établissement, mais ne sentent pas l'évolution de leur parcours, voire même, ont le sentiment de régresser du fait de la répétitivité de certaines tâches.<sup>100</sup> L'ennui, la démotivation et l'usure professionnelle peuvent conduire certains à davantage d'arrêts de maladie, comme pour n'importe quel

---

<sup>98</sup> LE BOTERF G., 2011, *Ingénierie et évaluation des compétences*, 6<sup>ème</sup> édition, Eyrolles, les éditions d'organisation, page 98.

<sup>99</sup> LE BOTERF G., 1997, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Les éditions d'organisation, page 11

<sup>100</sup> Annexe n° 4 : Source enquête interne de satisfaction menée auprès des travailleurs dans le cadre de l'évaluation externe, Septembre 2012.

salarié, et cette situation peut créer les conditions d'une perte de l'estime de soi. Le rétablissement ne peut pas être uniquement le fruit d'une démarche strictement personnelle. C'est la nature du soutien et son adéquation avec les attentes du travailleur qui le favorise bien avant la situation de mise au travail seule. Le travail ne peut plus constituer un soutien au rétablissement lorsqu'il est vecteur d'une perte de sens. C'est ce rapport éthique aux autres et la confiance qui se développent entre le travailleur et l'équipe de soutien qui permettent la perspective du rétablissement. En ce sens il m'apparaît tout aussi important d'intervenir sur le milieu environnemental du travail à l'ESAT que sur celui de l'employabilité du travailleur.

### **2.4.3 L'implication des travailleurs : un ressort du rétablissement.**

L'article L.311-3 du CASF mentionne la notion de « *libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes à l'utilisateur* ». L'ESAT a ainsi l'obligation de fournir un service permettant à chaque travailleur l'exercice de ses droits et donc de son libre choix de la prestation. Jean René Loubat rappelle que « *ce nouveau cadre de droit commun a pour conséquence de modifier le statut des personnes concernées, en partant des relations qu'elles peuvent entretenir avec les dispositifs existants et leurs professionnels : les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux ne sont plus, en premier lieu, des patients, des handicapés, des inadaptés, des flux de population déplacés et ventilés, mais des interlocuteurs à part entière, acteurs de leur destinée* ». <sup>101</sup> Ce qui est recherché, c'est bien la participation et l'implication du travailleur de l'ESAT à son projet de vie et son PPI. Pour que la mise au travail des personnes handicapées psychiques favorise leur développement personnel et leur rétablissement, plusieurs conditions doivent être remplies. La compréhension de leur travail et de l'environnement, le rapport de réciprocité avec l'ESAT, la participation à la vie de l'établissement en sont des éléments incontournables.

Le travail en ESAT doit être pour le travailleur handicapé, source d'épanouissement personnel et non le cadre d'une mise en souffrance. L'insertion professionnelle permet la reconnaissance sociale, favorise un sentiment d'utilité et d'estime de soi et offre la possibilité d'échanges avec d'autres.

Si Beaucoup de travailleurs de l'ESAT retirent une valorisation de leur activité, notamment par l'utilisation de machines, ou par la reconnaissance apportée par la mise à disposition dans l'entreprise, nombre d'entre eux souffrent de l'absence de reconnaissance liée au type d'activité (TAF ou conditionnement) mais surtout à l'absence de perspectives

---

<sup>101</sup> LOUBAT JR., 2002, *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris, Dunod,, page 3.

professionnelles, de mobilité et de développement de compétences. Leur implication au travail et leur participation à leur PPI s'en trouve amoindrie.

L'implication se caractérise par le lien entre la personne et son travail. Selon Maurice Thévenet, trois conditions sont nécessaires pour faciliter cette implication : « la cohérence [...], la réciprocité [...], l'appropriation [...] »<sup>102</sup>

**-la cohérence** : les travailleurs handicapés doivent comprendre leur situation, l'objectif de leur travail et le choix de l'ESAT en matière de développement d'activité. Il est important de rechercher l'adhésion des personnes et d'être en capacité de leur expliquer les raisons de telle ou telle décision.

**-la réciprocité** : les travailleurs ressentent que l'ESAT est engagé dans une action contribuant à leur intérêt, que l'établissement s'implique pour eux également en mettant en œuvre un dispositif qui vise au développement professionnel.

**-l'appropriation** : c'est pour les travailleurs, le sentiment d'être maîtres de leurs actions, de participer à un projet dont ils auront un retour en termes de réalisation personnelle.

Le recueil de l'avis des travailleurs de l'ESAT sur leurs activités et l'intérêt qu'ils peuvent en tirer est indispensable afin de connaître leurs attentes et les difficultés qu'ils éprouvent, mais aussi les satisfactions qui peuvent être ressenties. Hormis des enquêtes de satisfaction conduites dans le cadre de l'évaluation des prestations et le moment du bilan de PPI, cet avis est encore insuffisamment pris en compte.

Pour ma part, je constate que l'absence de suivi suffisant, par les moniteurs et le service psycho-éducatif, des attentes et des souhaits professionnels des travailleurs tout au long de l'année, n'offre que peu de possibilités de valorisation de leur implication au sein des ateliers et guère de marge de manœuvre pour se sentir partie prenante du développement des activités. Comme le souligne W. Wolfensberger, « *si les attentes de l'entourage sont négatives, la personne est alors susceptible d'agir de même, et d'adopter un rôle négatif* »<sup>103</sup>. L'inverse est vrai également, renforçant mon intention de valoriser la compétence de l'ensemble des travailleurs de l'ESAT par un travail commun mêlant les réflexions des équipes d'encadrants mais aussi celles des usagers.

## 2.5 Conclusion de la 2<sup>ème</sup> partie

Le rétablissement n'est possible, pour les travailleurs handicapés psychiques de l'ESAT, que dans un contexte où la personne puisse être acteur de sa propre vie, « *c'est la reprise de notre pouvoir d'agir, la notion que l'espoir existe, non pas d'une guérison*

---

<sup>102</sup> THEVENET M., 2004, *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*. 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Editions d'organisation, p 48.

<sup>103</sup> WOLFENBERGER W., 1997, *La valorisation des rôles sociaux*. Genève, Editions des deux continents, p 31.

*complète, mais d'une participation pleine et entière à une société qui nous marginalise, en nous définissant comme étant notre diagnostic plutôt qu'une personne à part entière ».*<sup>104</sup>

L'ESAT, lieu d'inclusion sociale, doit être en mesure d'apporter, aux travailleurs, un contexte de soutien favorisant la reprise de confiance, l'estime de soi et l'espoir d'un avenir qui puisse reposer sur leurs choix éclairés et les justes défis qu'ils souhaitent se fixer.

L'ESAT Regain, qui a vécu, sur une période rapide, une évolution importante de plusieurs de ses composantes, répond de manière insuffisante à ces défis. Le manque d'interactions interpoles nuit à la coordination des actions de soutien à la personne et certaines activités professionnelles ne permettent pas, encore à tous les travailleurs, d'être en capacité de bénéficier d'un cadre de développement professionnel éclairé. De même, les périodes d'immersion en milieu ordinaire, sont encore trop faiblement corrélées aux projets professionnels des travailleurs et c'est la notion de parcours de professionnalisation individualisé suivi à l'ESAT qui se trouve interrogée, laissant trop de travailleurs en marge d'un « *processus de développement d'un sens de soi qui ne soit pas institutionnellement défini, qui ne soit pas dicté par autrui* ». <sup>105</sup>

Le dynamisme de l'ESAT est aussi et avant tout porté par celui de l'ensemble de ses travailleurs et de ses équipes. C'est grâce à leur détermination à vivre cette voie de rétablissement que l'ESAT peut devenir un lieu d'émancipation et d'espoir.

**Comment, dans cet environnement de fort dynamisme institutionnel, créer les conditions, au sein de l'ESAT, de l'utilisation du travail comme processus du rétablissement des travailleurs handicapés psychiques ?**

Pour conduire ce changement je vais m'appuyer sur trois dimensions institutionnelles de l'ESAT et conduire des actions qui vont porter sur :

La structure : en adaptant l'organisation au concept de rétablissement, en remobilisant les équipes de chaque pôle autour d'un projet commun

La culture organisationnelle : en redonnant du sens à l'accompagnement de chaque professionnel et en leur donnant les moyens de coopérer pour créer une compétence collective

Les composantes de l'offre de service : en créant pour les travailleurs de l'ESAT un contexte favorable à l'empowerment grâce à la formation professionnelle, en favorisant le développement d'activités s'ouvrant davantage sur l'extérieur et à la reconnaissance professionnelle et en appuyant cette démarche de changement sur la participation permanente du travailleur lui permettant d'apporter une réelle contribution à la société.

---

<sup>104</sup> FOREST L., 2008, *le rétablissement : un savoir qui se construit*. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. Revue le partenaire, Volume 16, n°1.

<sup>105</sup> GREACEN T. JOUET E. *Pour des usagers de la psychiatrie*, Op.cit., page9

### 3 Utiliser le travail comme processus de rétablissement

Favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT, c'est donner les moyens, à la structure, de prendre en compte la singularité et le choix à l'autodétermination de chaque travailleur. Ce principe éthique, vise avant tout la finalité d'une vie accomplie, c'est-à-dire le respect des choix de vie des travailleurs et les moyens de les atteindre.

Cette démarche, exigeante pour chaque personne engagée dans une voie de rétablissement, l'est également pour les professionnels de l'ESAT, et tous les acteurs de leur environnement, qui doivent être en mesure de respecter cette autodétermination. Favoriser le rétablissement des travailleurs handicapés psychiques de l'ESAT, implique une redéfinition des rapports entre accompagnants et accompagnés, guidée par le principe « *de respect et de promotion de l'autodétermination plus que par des critères d'efficacité* », <sup>106</sup> ou de normalité développée par l'institution. C'est aussi reconnaître que le soutien, entre pairs, est aussi important que celui des accompagnants. Ce changement culturel, visant à « l'évolution des mentalités et au changement du regard de la société sur les personnes handicapées », <sup>107</sup> doit être accompagné au sein de l'ESAT Regain. C'est cette vision de la place accordée à la personne, comme le souligne Marie-Claude Barroche « *ni patient, ni usager d'une prestation ou d'un équipement, mais d'abord citoyen* <sup>108</sup> », qui détermine le changement de culture qui doit s'opérer au sein de l'ESAT. C'est ce changement que je propose d'accompagner.

Je préconise ainsi trois orientations stratégiques pour réussir ce changement :

- Impliquer les salariés et leur permettre d'être les acteurs d'un changement de concept d'accompagnement
- Impliquer les travailleurs de l'ESAT en leur offrant un cadre de travail favorisant le rétablissement
- Inscrire l'ESAT dans des réseaux visant à réduire les discriminations dont souffrent les personnes présentant des troubles psychiques et à valoriser leur rétablissement

---

<sup>106</sup> PACHOUD B., 2012, *Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes*, L'information psychiatrique, vol .88, n°4, page 264. Article consultable en ligne : <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-4page-257.htm>

<sup>107</sup> CHOSSY JF., *Passer de la prise en charge...à la prise en compte*, op.cit., titre du rapport.

<sup>108</sup> BARROCHE MC., janvier-février 2012, *La réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée*, article paru dans la revue Pluriels, n°94-95, page 8.

### **3.1 La conduite de changement : un choix de management pour donner du sens à l'action collective**

Conduire le changement, c'est questionner le dispositif en place, afin de déterminer les pistes d'amélioration et résoudre une problématique. Patrick Lefevre souligne que « *les organisations se structurent et se développent autour de l'articulation permanente entre stabilité et changement. Les processus d'élaboration tiennent compte d'une diversité de facteurs et d'influences qui orientent la conduite et les stratégies* ». <sup>109</sup> Il s'agit de mettre en place une organisation qui favorise le rétablissement des travailleurs et valorise le rôle des professionnels de l'ESAT, à travers une démarche de participation, de communication et de formation.

J'ai choisi depuis 2011 de mener le changement au sein de l'ESAT comme stratégie de management. Jean-Marie Miramon rappelle que « *changer, c'est avant tout oser se regarder, élargir le cadre de l'expérience et accepter d'interroger les certitudes* ». <sup>110</sup> En ESAT, les évolutions permanentes de l'environnement (économiques, juridiques, attentes du public, choix d'orientations du Conseil d'Administration..) requièrent une adaptation quasi permanente des moyens nécessaires pour y répondre ainsi qu'une grande souplesse dans leur mise en œuvre, « *l'organisation et le changement sont en permanence appelés à cohabiter car ils se nourrissent l'un de l'autre* ». <sup>111</sup> Cette stratégie offre le cadre d'une dynamique constante à la vie de l'ESAT Regain, s'étendant à tous les secteurs de l'organisation. Je dois être en mesure de prendre des décisions stratégiques qui engagent, par la pertinence d'actions projetées, l'avenir de l'ESAT. Impulser la dynamique institutionnelle favorisant le rétablissement des travailleurs de l'ESAT, implique la mise en œuvre d'une démarche globale d'implication de tous les acteurs de l'ESAT, professionnels comme travailleurs, mais également la mise en perspective de ce concept au niveau du territoire et de son développement en réseau. Il s'agit d'un changement construit, nécessitant la projection de perspectives pour fédérer les équipes et leur donner les moyens de coopérer pour retrouver du sens commun et développer une compétence collective.

#### **3.1.1 Fédérer les équipes autour du projet d'établissement**

Le travail en équipe constitue, pour moi, un axe de management prioritaire. L'ESAT Regain, comme le diagnostic l'a révélé, présente la caractéristique de mettre en présence

---

<sup>109</sup> LEFEVRE P., 2008, *Guide de la fonction cadre et responsable de service en action sociale et médico-sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, Dunod, page 19.

<sup>110</sup> MIRAMON JM., juillet 2002, *Promouvoir le changement*, les cahiers de l'actif, n°314-317, page 213. Consultable sur : [www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_miramon\\_314\\_317.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_miramon_314_317.pdf)

<sup>111</sup> MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes, Presses de l'EHESP, page 30.

des profils professionnels variés, et dont les pratiques peuvent se révéler parfois concurrentes. Mon objectif consiste bien à harmoniser ces différences afin de les faire converger vers un but commun, et coopérer ensemble, à la réalisation d'actions collectives, visant la qualité de l'accompagnement des travailleurs de l'ESAT. L'évolution proposée, du projet d'établissement, sans remettre en cause ses fondamentaux, tels que la prise en considération de la notion de citoyenneté, le sens du travail, l'innovation au service de l'insertion des travailleurs, et la recherche permanente du recueil de la parole des travailleurs, doit permettre d'envisager de rendre plus lisibles et plus cohérentes, les actions qui sont déjà portées quotidiennement par les équipes. La réécriture du projet d'établissement de l'ESAT Regain, programmée en 2015, servira de fil conducteur à ce changement de culture, sa mise en œuvre se fera dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité en vigueur au sein de l'établissement.

La dynamique au sein de l'ESAT, depuis 4 ans, a permis le développement de nombreux projets et leur reconnaissance, au niveau du territoire comme nous le verrons plus loin, mais aussi des réseaux de partenaires institutionnels et commerciaux. Les actions portées ont permis de créer et de maintenir un climat de confiance au sein des équipes de l'ESAT, et ont été autant de terrains propices au partage de valeurs communes, d'expérimentations de pratiques professionnelles et de reconnaissance de projets portés en commun. Le diagnostic posé en partie deux, révèle pourtant que malgré ce dynamisme et les nombreux changements portés grâce aux équipes, le changement reste lié avant tout à la volonté des acteurs, dont l'acceptation aux composantes du changement est indispensable. Comme le soulignent David Autissier et Jean-Michel Moutot « *un système n'est performant que s'il est compris, accepté et utilisé par les utilisateurs* ». <sup>112</sup> L'équipe, habituée aux changements fréquents, me permet d'estimer qu'elle sera en mesure d'intégrer ce changement culturel comme un processus, après rupture, pouvant s'inscrire dans la durée.

Je souhaite que, salariés comme travailleurs, puissent être acteurs du processus de changement et s'approprier la démarche afin qu'elle puisse être vecteur de sens commun. Crozier et Friedberg ont rappelé que « *le changement est le résultat d'un processus collectif à travers lequel sont mobilisés, voire créés, les ressources et les capacités des participants nécessaires pour la constitution de nouveaux jeux dont la mise en œuvre libre, non contrainte, permettra au système de s'orienter comme un ensemble humain et non comme une machine* ». <sup>113</sup>

---

<sup>112</sup> AUTISSIER D, MOUTOT JM., 2003, *Pratiques de la conduite de changement*, Paris, Dunod, page 10

<sup>113</sup> CROZIER M, FRIEDBERG E., 1977, *l'acteur et le système*, Seuil, page 391.

### 3.1.2 Créer des repères d'actions partagées

Pour favoriser le rétablissement, je dois veiller à ce que l'organisation soit engagée dans le processus qui vise à le mettre en pratique. La culture d'entreprise doit évoluer et dépasser une approche axée sur les aspects « négatifs » (maladie, symptômes et handicaps) pour développer une approche « positive » axée sur les forces du travailleur.

#### Développer une culture commune pour intégrer des identités différentes :

« La culture se traduit par le lien et l'adhésion des acteurs à une organisation susceptible de leur permettre de se reconnaître et de se sentir valorisés. »<sup>114</sup> Au sein de l'ESAT, nous avons vu que plusieurs cultures cohabitaient : celle des moniteurs d'atelier, axée sur la production et celle des travailleurs sociaux, basée sur l'accompagnement et l'aide à la personne. Joseph Haeringer et Fabrice Traversaz ont défini ainsi l'importance de la culture « *c'est un facteur d'intégration des identités différenciées dans un même projet. Sorte de réservoir des valeurs, d'images et de représentations, elle est aussi transmission de celles-ci par des pratiques ritualisées et des dispositifs permettant de faire émerger la cause commune et de la transmettre. Cette culture contribue à stabiliser le bien commun dans une représentation dominante, voire partagée. En ce sens, elle devient source de légitimité pour le projet.* »<sup>115</sup> Le concept de rétablissement, liant le soutien et l'aide par le travail, et mobilisant par son contexte novateur en France, constitue en soi, un vecteur de sens et d'inspiration pour les équipes en place, capable de susciter le débat entre groupes identitaires et constituer un terrain de mise en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles. Le développement de cette culture commune se fera tout au long du projet, en rappel du sens porté par le concept de rétablissement lors de chaque mise en action concrète et lors de tout débat mené dans le cadre de la démarche qualité, comme nous le verrons plus loin ou lors de la réécriture collective du projet d'établissement.

#### Le leadership pour impulser le changement de culture :

Cette démarche de changement de culture requiert une intention sans faille de la part du Conseil d'Administration et de moi-même. La mobilisation des équipes ne peut se faire sans un solide engagement de la gouvernance de l'association et de celui de la direction, entendue au sens large, de l'ESAT. La notion anglaise de Leadership, « *évoque l'influence d'un individu sur un groupe. Elle se manifeste par sa capacité à fédérer et à mobiliser les énergies autour d'une action collective. Elle se traduit par une élection formelle ou informelle, explicite ou implicite, au cours de laquelle la majorité des membres du groupe*

---

<sup>114</sup> LEFEVRE P et Al., 2006, *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, Paris, Dunod, page 97.

<sup>115</sup> HAERINGER J. TRAVERSAZ F., 2002, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociales*, Paris, Dunod, Page 234.



reconnaît un des leurs comme le leader légitime et lui délègue son pouvoir de décision (leur liberté de décider) ». <sup>116</sup> Le concept de rétablissement a fait l'objet de débats au sein des réunions du bureau du Conseil d'administration. Ma position de Directeur de l'ESAT, mais également de Directeur du collectif d'association « Alliance Espérance » m'autorise à en être partie prenante. Ainsi, j'ai pu, avec un administrateur, assister à plusieurs colloques et séminaires sur le sujet (Fondation John Bost, séminaires organisés par l'association Messidor en Rhône Alpes, Journées Nationales Agapsy) mais aussi rencontrer plusieurs spécialistes du sujet, en France, le Docteur Bernard Pachoud, psychiatre et spécialiste du concept de rétablissement ainsi que des méthodes de soutien à l'emploi des personnes présentant des troubles psychiques, ainsi que des spécialistes Anglo-saxons : Marc Corbière et Claude Charbonneau. <sup>117</sup> L'étude du concept a fait l'unanimité des membres qui m'ont chargé de le mettre en œuvre au sein de l'Association Regain. Ce choix associatif visant à développer le concept de rétablissement est positionné dans une vision plus étendue de soutien à la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique, comme nous le verrons plus loin. Ce leadership exercé par la gouvernance associative à laquelle je suis associé, apporte la vision du projet, fixe les orientations, rappelle les valeurs qui s'y rapportent et les buts qui y sont recherchés. Mon rôle de directeur, trouve tout son sens dans l'exercice de ce leadership au regard des enjeux du changement. Je dois ainsi expliquer cette vision aux équipes, penser à décliner la stratégie pour la mettre en œuvre, fédérer les membres de l'équipe et créer les conditions de leur motivation au projet. Sans négliger de laisser s'exprimer les points de vue de chacun, je dois m'impliquer, sans faille, au côté des équipes, tout au long du développement de la démarche de changement afin de réduire les incertitudes et les soutenir à mobiliser leurs ressources. Je conçois l'importance de la mise en perspective des paroles et des actes quotidiens. Ce leadership s'exprime ainsi, depuis 4 ans, à chaque réunion d'équipe, chaque entretien particulier, à chaque intervention extérieure présentant les actions développées au sein de notre structure, à chaque décision prise. Ce leadership se partage, se délègue, j'ai choisi de le mettre en œuvre avec l'équipe de direction de l'ESAT.

#### L'équipe de direction de l'ESAT : un groupe solidaire pour créer de la culture :

La visée du rétablissement pour renforcer une culture commune au sein de l'ESAT passe par le bon fonctionnement de l'équipe de direction. L'enjeu est important car le manque d'interactions entre les cadres de chaque pôle et le jeu d'acteurs opéré par l'absence de

---

<sup>116</sup> Leadership., définition proposée par Wikipédia.: <http://fr.wikipedia.org/wiki/Leadership>

<sup>117</sup> Marc Corbière est professeur agrégé à l'école de réadaptation de la faculté de médecine de Sherbrooke (canada), Claude Charbonneau est directeur de la fondation « travail et santé mentale » et membre du conseil d'administration de l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale (canada)

suivi réel des PPI des travailleurs, doivent trouver leur résolution grâce à la mise en œuvre de ce projet commun. Il est ainsi important que les trois cadres que je réunis tous les quinze jours (chefs de service production et psycho-éducatif ainsi que le responsable commercial) puissent être totalement impliqués dans les stratégies associatives et celles de la direction de l'ESAT. Cette instance de régulation de la vie de l'ESAT et d'évaluation des pratiques ainsi que du climat social, doit permettre à chaque cadre de se sentir écouté et soutenu. C'est un espace de débat et de confrontation d'idées qui se doit d'apporter la cohérence et la lisibilité, pour les équipes de la stratégie suivie par la direction de l'ESAT et de ses effets sur l'accompagnement des travailleurs. Cette instance permet la légitimation des cadres dans leur fonction par la cohérence des prises de décisions et la délégation de leur suivi auprès des équipes. Comme le souligne Jean-Marie Miramon « *toutes les fonctions opérationnelles (gestion, projet, soins, production, accompagnement social) devraient pouvoir être réparties auprès de chacun des membres de l'équipe de direction. Ceci suppose nécessairement l'existence de compétences transversales et transmissibles, une adhésion à un projet commun et la capacité à accepter une régulation collective face aux dysfonctionnements. L'équipe de direction, grâce à cette responsabilité collective, peut alors aller jusqu'à suppléer l'absence de l'un de ses membres* ». <sup>118</sup> Comme préalable au changement, je dois m'assurer de la compréhension et de l'adhésion des cadres à la démarche. Faire de cette équipe une véritable instance de régulation sera une priorité pour lancer la démarche de changement. La réorientation des ordres du jour de cette réunion d'équipe de direction, portera en priorité sur la cohésion de l'équipe cadres et le développement de sa capacité à interagir et coopérer. Le concept de rétablissement et l'inversion de regard portés sur la personne accueillie seront le ciment d'un partage de culture devant transcender les clivages culturels en place. Les réunions d'équipes de direction seront le lieu d'une régulation portant sur la prise en compte des différentes rationalités et logiques en présence au sein de chaque pôle.

### **3.1.3 Impulser une démarche collective visant la coopération**

La culture d'entreprise fait partie intégrante de la racine « institutions » décrite par Philippe Bernoux. Comme nous l'avons vu en seconde partie, ces institutions, lors des changements radicaux qui ont été menés au sein de l'ESAT depuis 4 ans, ancrées dans l'histoire de l'établissement, sont devenues, en partie, caduques. Les acteurs de l'ESAT, ont vu leurs objectifs, leur positionnement au sein du groupe, et leurs projets, bouleversés par la nouvelle mise en place de l'organisation. Cette culture, enracinée, est aussi constituée du produit de l'action collective des acteurs. Le projet que je propose, doit

---

<sup>118</sup> MIRAMON JM., *manager le changement, op.cit.*, page 117

impliquer chaque salarié, comme le souligne Joseph Haeringer : « *il s'agit de problématiser, de formuler quelques hypothèses permettant à tous les acteurs de se saisir du changement comme d'une occasion pour débattre sur les options et les finalités engagées.* »<sup>119</sup> La division du travail par pôle, au sein de l'ESAT, entraîne une différenciation des tâches et nécessite la mise en place de coopérations entre les acteurs. Philippe Bernoux rappelle que « *la coopération consiste pour un individu à travailler avec un autre dans une perspective de durée, même au détriment d'un avantage immédiat* ». <sup>120</sup> L'auteur souligne également que tout changement implique une modification du système relationnel en modifiant les règles du jeu mises en place entre les acteurs, « *impulser un changement suppose de penser et prévoir la création d'une nouvelle régulation, système de règles nouveau* ». <sup>121</sup> Je souhaite m'appuyer pour favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT sur les conclusions du rapport d'évaluation externe. Ce dernier a rappelé le besoin de rendre plus lisible les missions du pôle psycho-éducatif<sup>122</sup> et d'assurer plus de cohérence dans la notion de PPI<sup>123</sup>. La démarche qualité, en vigueur depuis 2011 servira de support au changement de culture. L'équipe cadres aura ainsi en charge de réguler la mise en place des nouvelles règles. Cette régulation déléguée, se fera lors des réunions existantes et lors des débats qui auront lieu dans de nouveaux espaces professionnels comme nous allons le préciser. Il s'agit de créer des lieux d'échange qui permettent à chaque salarié et à chaque groupe de se faire reconnaître professionnellement et d'apprendre à travailler en transversalité.

#### **3.1.4 La boucle d'évaluation au service de la démarche qualité**

L'article 312-8 du CASF précise que « *Les établissements et services procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, auegard notamment de procédures, de références et derecommandations debonnes pratiques professionnellesvalidées ou, en cas de carence, élaborées par l'ANESM...* ».

Regain a fait le choix de décliner sa démarche qualité à partir des résultats de l'évaluation interne. Ainsi, j'ai mis en œuvre le principe d'une amélioration continue de la qualité à partir de l'auto évaluation interne des prestations qui avait été rendue en 2011. J'ai ainsi proposé aux équipes de travailler sur 6 chapitres, chacun déclinés en plusieurs critères :

- Chapitre 1 : Projet d'établissement
- Chapitre 2 : Evaluation des prestations
- Chapitre 3 : Droits, expression et accompagnement des travailleurs

---

<sup>119</sup> HAERINGER J., Juillet 2002, *La dirigeance, une pratique du changement*, les cahiers de l'actif, n°314-317

<sup>120</sup> BERNOUX P., *Sociologie du changement*, Op.cit., page 211.

<sup>121</sup> BERNOUX P., Op.cit., page 322

<sup>122</sup> Annexe n° 5 : Extrait du rapport d'évaluation externe « le soutien psycho-éducatif »

<sup>123</sup> Annexe n° 6 : Extrait du rapport d'évaluation externe « la personnalisation de l'intervention »

- Chapitre 4 : Prévention des risques / Prévention de la maltraitance
- Chapitre 5 : Organisation et ouverture sur l'environnement
- Chapitre 6 : Gestion des ressources humaines

C'est sur cette base qu'est fondée la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'ESAT Regain. L'évaluation interne a constitué une première base d'évaluation à partir de laquelle ont été élaborés un plan de travail et une organisation pour conduire la démarche d'amélioration. Un référent qualité a été nommé, des groupes de travaux constitués, et un plan d'actions élaboré. L'évaluation externe, conduite en 2013 a permis de constater les progrès effectués en 2 ans et permet aujourd'hui de dégager les points d'amélioration et les préconisations d'actions à mener. J'ai souhaité mettre en place une démarche simple et lisible pour les équipes, basée sur les recommandations de l'ANESM, « *l'évaluation vise à :*

- *instaurer un débat sur les valeurs et les moyens des actions conduites,*
- *produire une analyse collective des écarts,*
- *définir des priorités d'amélioration.*

*Elle repose de manière essentielle sur le croisement des perspectives, intégrant l'ensemble des acteurs concernés : professionnels, usagers, entourage, partenaires, bénévoles... Elle est un exercice de la citoyenneté au sein des établissements et services »<sup>124</sup>*

Cette démarche d'amélioration, en vigueur au sein de l'ESAT, est fondée sur le principe de la méthode PDCA <sup>125</sup>(plan, do, check and act), (planifier, faire, vérifier et agir, en français) qui consiste à réengager une évaluation systématique des actions précédemment menées afin d'envisager leur amélioration. Ainsi, l'ESAT se trouve engagé de façon systématique dans une réflexion permanente d'évaluation de ses activités et de leur adéquation aux objectifs du projet d'établissement. La démarche permet également d'interroger « *la cohérence des différents objectifs entre eux* »<sup>126</sup>, comme le précise le décret 2007-975 du 15 mai 2007. Cette démarche exigeante, fait l'objet d'une organisation programmée au sein de l'ESAT. Afin de mener les réflexions collectives, programmées par thèmes, j'ai choisi d'organiser le vendredi après-midi pour créer les espaces de régulation et de débats avec l'ensemble des équipes. Ce temps d'échange et de réflexion partagée constitue le vecteur de l'accompagnement au changement sur la base des principes de reconnaissance des acteurs de l'ESAT, de leur capacité à créer des liens et leur capacité à se distancier de leurs pratiques. C'est ce dernier point de la

<sup>124</sup> ANESM., avril 2008, recommandations de bonnes pratiques professionnelles « *mise en œuvre de l'évaluation interne des établissements et services visés à l'article L312.1 du CASF* ».

<sup>125</sup> Annexe n° 7 : Cycle de Deming et démarche d'amélioration continue de la qualité

<sup>126</sup> Ministère de la santé et des solidarités, 15 mai 2007, décret n°2007-975, fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

réflexivité, rappelé par Guy Le Boterf « *En se donnant un statut d'extériorité, le sujet n'est plus immergé dans un problème mais se positionne face à un problème* »,<sup>127</sup> qui autorise l'expérimentation, par chaque salarié, d'un nouveau concept. La démarche qualité permet de remettre les membres de chaque service en face des objectifs globaux de l'établissement. Philippe Bernoux, explique que « *Lorsqu'un problème se présente, il ne s'agit pas vraiment de trouver le bon spécialiste pour donner la meilleure réponse, que de trouver une méthode pour faire travailler ensemble les acteurs et leur demander de découvrir eux-mêmes une solution* ». <sup>128</sup>C'est le principe de la théorie de la traduction précisé par Callon et Latour qui offre la possibilité de faire communiquer des acteurs au langage différent sur des problèmes qui les concernent tous. Comme le souligne toujours Philippe Bernoux « *dans toute organisation, le changement et l'innovation sont une affaire de mise en réseau* ». <sup>129</sup>C'est ce temps, préparé, coordonné et suivi par le référent qualité qui offre aujourd'hui l'espace nécessaire à la mise en œuvre du projet de changement de culture.

#### Le pilotage du plan d'amélioration de la qualité :

L'équipe qualité est constituée du Directeur, du Responsable commercial et de la chargée de communication de l'ESAT. C'est ce comité de pilotage, réuni une fois par mois, qui définit, à partir des résultats des évaluations, les objectifs d'amélioration et les modalités de leur mise en œuvre et de leur suivi.

Je formule les objectifs à atteindre, le responsable commercial est chargé de l'organisation d'une base documentaire (procédures, documents de soutien) et de la formalisation des procédures. La chargée de communication établit les plannings de réunions, les ordres du jour, les comptes rendus et suit le planning général de progression des actions, elle rédige et met à jour le Plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Chaque Thème est développé sous la forme de fiches actions simples et lisibles et fait l'objet d'une programmation de suivi. Les actions programmées sont pilotées par un responsable de groupe projet en fonction des thèmes et des objectifs à suivre.

Dans le cadre du projet de changement de culture proposé, les thèmes suivants seront interrogés :

- Le projet d'établissement
- L'organisation et l'ouverture de l'établissement sur son environnement
- Les droits, l'expression et l'accompagnement des travailleurs

---

<sup>127</sup> LE BOTERF G., 2013, Construire les compétences individuelles et collectives, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Eyrolles, page 148.

<sup>128</sup> BERNOUX P., Op.cit., page 324.

<sup>129</sup> BERNOUX P., Op.cit., page 325.

## Thème 1

Projet d'établissement : objectif : Favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT

Fiche Action n°1	
Mettre en pratique le rétablissement	
Objectifs	Délai
Informers les équipes sur le concept de rétablissement (intervenants externes et internes)	Fin 2014
Mettre en lien le concept avec l'organisation de l'ESAT (Plan d'Amélioration Continue de la qualité)	Fin 2015
Adapter le référentiel qualité aux attendus de l'organisation	Continu
Evaluer la mise en place du concept dans les composantes de l'ESAT	2017 Evaluation interne
Pilotage	Directeur
Indicateurs d'évaluation	Organisation et procédures adaptées au concept de rétablissement
Déroulement	Réécriture du PE, enquêtes de satisfaction travailleurs et salariés, démarche qualité

Ce thème transversal réunira l'ensemble des équipes. L'information sur le concept de rétablissement sera réalisée par le psychiatre Bernard Pachoud ainsi que par des intervenants extérieurs capables de mettre en perspective le concept dans le cadre d'un accompagnement médico-social. La mise en lien du concept avec l'organisation fera l'objet d'échanges continus avec l'ensemble de l'équipe afin de créer des repères fondés sur des retours d'expérience.

### 3.2 Développer les compétences collectives pour favoriser le rétablissement

#### 3.2.1 Optimiser l'organisation pour favoriser la qualité de l'offre de service rendue

##### Affirmer les espaces de communication interne:

Les espaces de débats et de régulation existent outre ceux qui sont programmés par thème dans le cadre de la démarche qualité.

Réunion matinale de mise en route et de production, réunion d'équipe de direction, réunion de CHSCT, réunion des délégués du personnel, réunion du conseil de la vie sociale, réunion institutionnelle qui offre un cadre d'informations générales aux salariés et aux travailleurs, réunion d'équipe le vendredi soir permettant un échange d'information sur la vie hebdomadaire de l'établissement. Toutes ces réunions permettent de diffuser l'information et de « prendre le pouls » du fonctionnement global de l'ESAT. Ce sont aussi des lieux de débats et d'échanges sur les finalités de notre accompagnement. Néanmoins, aucune régulation d'équipe n'est effectuée au sein du pôle psycho-éducatif. Cette absence de débat au sein du pôle ne peut pas créer les conditions d'un travail collectif qui permette de débattre sur les finalités des missions de l'ESAT ni surtout de projeter les expériences de terrain induites par le concept de rétablissement. Cette absence de dispute professionnelle au sein du pôle révèle des conflits larvés qui doivent être dépassés. Yves Clot souligne que « *la dispute professionnelle fait passer le collectif*

à l'intérieur de chaque professionnel où cette dispute se poursuit qu'il le veuille ou non. Du coup, la personne n'est plus seulement dans un collectif, c'est le collectif qui glisse dans la personne ».<sup>130</sup> Il est urgent et préalable à toute mise en œuvre du concept de rétablissement au sein de l'ESAT, de rétablir les conditions d'échanges et de confiance entre les salariés du pôle psycho-éducatif.

#### Repositionner les missions du pôle psycho-éducatif :

Le rapport d'évaluation externe a mis en exergue le manque de lisibilité du pôle psycho-éducatif, pour les travailleurs et les équipes de professionnels de l'ESAT. C'est aussi la notion de PPI qui est interrogée à travers l'absence d'interactions interpoles. Le rétablissement des travailleurs ne peut être favorisé que dans le cadre d'une mise en réseau des actions portées par chaque secteur d'activité de l'établissement et leur coordination. Le rappel du sens donné à la mission de l'ESAT et les réponses à apporter afin de prendre en compte et favoriser le rétablissement des personnes accueillies, nécessite de repositionner rapidement le fonctionnement actuel du pôle de soutien psycho-éducatif. La démarche qualité constituera donc l'espace de la mise en place d'un diagnostic partagé au sein du pôle. Ce diagnostic sera mené par les membres du pôle avec l'appui d'un consultant spécialisé, créant du tiers plus propice à la réflexivité. Il sera mandaté pour assurer un espace de débat et de confrontation professionnelle afin d'aplanir les désaccords et dégager des pistes de coopération au sein du pôle. Ce diagnostic devra mettre en évidence, les missions attendues dans le cadre de la réécriture du projet d'établissement et dans la perspective de favoriser le rétablissement des personnes accueillies, l'organisation du service en regard de ces missions (division du travail), le réajustement des fiches de postes de chaque membre et l'identification des ressources nécessaires pour clarifier et communiquer à tous les acteurs les rôles individuels et collectifs qui seront développés. Ce travail devra être expérimenté en priorité, en préalable de la démarche de changement.

#### Mettre en pratique la coopération :

La coopération n'est pas chose naturelle dans un environnement de travail. Elle doit se construire. Le chef de service doit être en mesure de donner du sens à l'action de ses équipes. Il doit impulser la mise en œuvre de projets et procéder à des arbitrages quand cela est nécessaire. Le pôle psycho-éducatif possède des compétences individuelles et des savoirs faire dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique qui doivent se transformer en un savoir-faire collectif.

---

<sup>130</sup> CLOT Y., 2010, Le travail à cœur, « pour en finir avec les risques psychosociaux », Paris, Editions La Découverte, page 177.

Pour suivre et impliquer l'équipe psycho-éducative dans une stratégie de coopération, je souhaite la mise en place rapide d'une réunion hebdomadaire de régulation des actions du pôle. Il s'agit de coordonner et de rendre lisibles les actions de soutien des travailleurs et de les restituer à l'ensemble de l'équipe.

Par ailleurs je souhaite activer une réunion de synthèse biannuelle par atelier, permettant de suivre, avec les moniteurs d'ateliers concernés, les actions de soutien menées pour chaque travailleur et leur ajustement, ainsi que de suivre l'évolution collective du travail de l'atelier. Ainsi, les compétences individuelles pourront être enrichies de l'expérience de la coopération.

### Thème 5 :

Organisation et ouverture de l'ESAT sur l'environnement : Objectif : Améliorer l'organisation de l'offre de service

Fiche Action n°1	
Rendre lisible le fonctionnement du pôle psycho-éducatif	
Objectifs	Délai
Etablir un diagnostic partagé du service	Fin 2014
Définir le nouveau projet de service + modalités d'organisation	1 <sup>er</sup> trimestre 2015
Communiquer auprès des équipes + travailleurs sur les missions et rôles du pôle	2 <sup>ème</sup> trimestre 2015
Mise en pratique de la coopération inter pôles et ajustement	Continu
Pilotage	Chef du Service Psycho-éducatif
Indicateurs d'évaluation	Retour des équipes + travailleurs sur l'organisation
Déroulement	Réunion cadres + réunions du pôle + réunions de synthèse atelier+ démarche qualité

### Impulser une nouvelle méthode d'élaboration et de suivi des PPI

Rappelé en préconisation par le rapport d'évaluation externe, l'élaboration et le suivi des PPI des travailleurs de l'ESAT restent à améliorer. La notion même de projet individualisé demeure floue pour nombre de travailleurs de l'ESAT. Comme nous l'avons rappelé en partie une, la spécificité du handicap psychique repose sur la grande variabilité des manifestations des troubles qui requièrent des ajustements d'accompagnement permanents. Sans véritable système de régulation opéré actuellement, le processus de suivi des PPI au sein de l'ESAT, repose essentiellement sur la mise en adéquation de l'accompagnement avec l'état de santé du travailleur. Le dispositif actuel, fondé sur la juxtaposition d'éclairages professionnels différents et évalués à des moments incertains et sans durée fixe, ne permet pas de fonder un projet susceptible de s'adapter en permanence en faisant preuve d'inventivité, tout en restant cohérent et lisible dans la durée.

La singularité de chaque personne accompagnée demande des réponses adaptées à chaque parcours et d'accorder plus de place à ses choix et à l'atteinte des buts qu'il souhaite se fixer.



A des fins d'équité et de meilleure compréhension du processus de PPI, je souhaite que le délai d'actualisation des PPI soit impérativement ramené à un an. Pour que la démarche soit perçue comme cohérente par le travailleur, dans le cadre de l'aide par le travail, et lui permette d'évaluer ses forces et ses faiblesses par rapport à ses objectifs professionnels, mais aussi d'être en capacité de déterminer les ressources à acquérir pour y parvenir, je vais impulser la mise en œuvre d'une démarche de formation professionnelle corrélée au PPI.

La lisibilité du projet individualisé, pour le travailleur, passe par la mise en place d'un document informatisé, remis et commenté avec le travailleur et lui permettant de soutenir un processus de progrès. Enfin, la notion de référent doit évoluer afin d'inscrire le processus de PPI au plus près du quotidien du travailleur et de ses préoccupations professionnelles, comme le soulignent Roland Janvier et Yves Matho « *plus les décisions sont prises à proximité de l'utilisateur, plus il a de chances de voir ses intérêts respectés* ». <sup>131</sup> L'inversion de culture au sein de l'ESAT, visant à promouvoir l'auto-détermination des travailleurs, passe également par une modification du mode d'organisation de l'ESAT notamment en ce qui concerne le fonctionnement des pôles de production et de soutien. L'approche verticale, jusqu'alors en vigueur tout au long du processus de PPI, trop cloisonnée et rigide, doit laisser place à une approche transversale prenant mieux en compte les besoins et attentes des travailleurs. Pour permettre de responsabiliser et d'impliquer tous les niveaux d'accompagnement, j'ai décidé d'inverser la logique de référence des PPI en la confiant dès la période d'essai du travailleur aux moniteurs d'atelier et non plus aux deux ETS.

Cette inversion de logique permettra à chaque moniteur de suivre et de coordonner les actions professionnelles, de formation et de soutiens prévus par l'avenant (stages, formations, apprentissages, soutiens internes et externes, découvertes d'ateliers, mises à dispositions...). Le travailleur pourra ainsi interpeller, tout au long de l'année, son moniteur référent pour analyser l'évolution de son PPI, lors d'entretiens programmés et le moniteur organisera la rencontre avec le travailleur en vue de préparer son PPI. Les ETS consolideront chaque PPI par leurs apports en concertation avec les moniteurs, la Chef de service réalisera une synthèse à partir des éléments fournis par l'équipe pluridisciplinaire en vue de la signature de l'avenant.

Ainsi, le PPI doit correspondre à l'outil principal d'accompagnement, et fédérer les équipes autour de son évolution.

---

<sup>131</sup> JANVIER R, MATHO Y., 1999, Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, Paris, Dunod.

Le processus d'amélioration de la mise en œuvre et du suivi des PPI, qui sera conduit dans le cadre de la démarche qualité, devra ainsi prendre en compte le cahier des charges que j'ai fixé:

- Définir les modalités d'organisation et de suivi des PPI en tenant compte d'une nouvelle approche de « référent » et d'une réactualisation sur un an.
- Permettre une redéfinition des rôles de chaque salarié en interaction autour du PPI , rôle de référent du moniteur, rôle de coordinateur de projet avec l'ETS chargée des soutiens, rôle de la chargée d'insertion dans la mise en œuvre du plan de formation des travailleurs.
- Définir le contenu et l'articulation de l'avenant au PPI en lien avec le plan de formation des travailleurs
- Déterminer les modalités d'évaluation des compétences sociales et professionnelles des travailleurs à travers la mise en œuvre de nouvelles grilles d'évaluation
- Tenir compte du concept de rétablissement et de la prise de décision concertée et la planification conjointe du PPI avec le travailleur dans chacune des composantes du changement
- Mettre en commun les données du PPI grâce à l'intranet et au logiciel Regain Air existant

**Thème 3** : Droits, expressions et accompagnement des travailleurs :

Objectif : Améliorer la mise en œuvre et le suivi des PPI

Fiche Action n°1	
Améliorer la mise en œuvre et le suivi des PPI	
Objectifs	Délai
Préciser l'organisation d'élaboration et de suivi des PPI	1 <sup>er</sup> semestre 2015
Articuler les référentiels de compétences et définir les critères	Fin 2015
Améliorer la traçabilité du suivi des actions des PPI et leur évaluation	Juin 2016
Mettre en pratique le concept de rétablissement tout au long du processus de PPI	Continu
Pilotage	Chef du Service Psycho-éducatif + Chef de service production
Indicateurs d'évaluation	100% des PPI à jour avec accord des usagers en juin 2016
Déroulement	Réunion de PPI

**3.2.2 Accompagner les équipes tout au long du processus de changement**

La visée du rétablissement comme principe de projet global centré sur chaque travailleur, constitue une évolution importante, pour les équipes de l'ESAT, de leur conception de l'accompagnement et de soutien. Il ne s'agit plus, pour les moniteurs d'atelier, de concevoir une journée de travail déterminée par les seuls enjeux collectifs de production du jour, mais bien de penser cette production journalière, en termes d'apports individuels,

pour chaque travailleur de l'atelier. Comme le rappelle Jean-René Loubat « *la capacité d'un établissement à personnaliser les services rendus, passe par la production de projets adaptés aux spécificités de chacun* ». <sup>132</sup>Favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT, c'est considérer la personne en termes de potentiels et de possibilités. Cela induit de fait la participation des équipes à la dynamique de chaque projet. Les moniteurs, ainsi que les intervenants du pôle psycho-éducatif doivent ainsi intégrer l'idée que la production n'est pas une finalité de l'accompagnement, mais bien un support devant favoriser le rétablissement. « *Lorsque les professionnels ont compris ce que signifiait une logique de service et de promotion de la personne, les changements méthodologiques deviennent alors plus faciles à mettre en œuvre* ». <sup>133</sup> Le rôle de référent du PPI confié à chaque moniteur implique le décloisonnement des pratiques jusqu'alors juxtaposées et la mise en œuvre de coopérations avec les ETS. Cela implique également une coopération renforcée entre les deux chefs de service dont le rôle d'accompagnement des équipes dans leurs nouvelles zones de responsabilité devient également source de légitimité. La démarche qualité est l'espace le plus approprié pour mettre en place cette nouvelle organisation. Un groupe de travail sera ainsi constitué et son pilotage confié, à la chef de service psycho-éducatif et au responsable de production. Ce groupe sera composé des 2 ETS, et des 7 moniteurs ainsi que de 2 travailleurs représentants du Conseil de la Vie Sociale (CVS) qui apporteront leur éclairage sur le projet et les actions portées. Il devra permettre la mise en place opérationnelle de la nouvelle organisation des PPI. Ce projet ainsi développé sur un cycle complet (de juin 2015 à Juin 2016) sera expérimenté dès janvier 2015 sur l'atelier conditionnement et évalué dans toutes ses composantes tous les quinze jours en réunion d'équipe. Le réajustement des actions se fera au fur et à mesure de la mise en situation expérientielle. Il sera communiqué et expliqué aux travailleurs lors des réunions de CVS et lors des réunions institutionnelles.

### **3.2.3 Favoriser le rétablissement par la mise en œuvre d'une compétence collective**

Peter Drucker définit le concept de management comme une « *activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement* ». <sup>134</sup> L'ESAT Regain, porté par de nombreuses évolutions de son environnement, s'est révélé être le terrain de compétences individuelles

---

<sup>132</sup> LOUBAT JR., 2002, Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, page 16.

<sup>133</sup> *Ibid.* page 193

<sup>134</sup> DRUCKER P., :[http://manag.r.free.fr/théories\\_du\\_management\\_definition.html](http://manag.r.free.fr/théories_du_management_definition.html)

probantes, permettant la réussite des changements qui en ont découlé à court terme, mais sans créer de réelles synergies interpoles.

La compétence « *est une connaissance (savoir, savoir-faire, savoir-être) mobilisable, tirée généralement de l'expérience et nécessaire à l'exercice d'une activité* ». <sup>135</sup> Pour autant l'ESAT dont l'environnement est instable possède un projet centré sur l'accompagnement des travailleurs qui transcende les clivages et crée de multiples articulations entre les acteurs, faits de partage de diagnostics, de relais d'accompagnement et de suivi de parcours à long terme. Le PPI, pour être performant, dégager une valeur ajoutée, celle de la visée du rétablissement, ne peut pas se concevoir par l'ajout d'opérations et d'actions juxtaposées mais dans la mise en œuvre d'interactions coordonnées et de savoirs partagés. Guy le Boterf souligne qu'en situation de travail, « *ce qui distingue les personnes [...] ce ne sont pas leurs connaissances, mais leur capacités à les utiliser de façon pertinente* ». <sup>136</sup> Ainsi la prise en compte des besoins et attentes de chaque travailleur (travail, soutiens sociaux, aide psychologique, formation, aide à la recherche d'emploi, environnement personnel..) sont autant de variables interdépendantes qui ne peuvent être intégrées de façon isolée dans le parcours global de la personne, mais nécessitent une combinaison d'actions, de stratégies et de suivi dans le temps coordonnés. De même, la nécessaire formalisation des PPI met à la disposition de tous, l'avantage constitué par l'expérience personnelle. Créer de la coopération par la mise en œuvre d'interactions et par la recherche d'un objectif commun, rend obligatoire le partage du savoir, « *le savoir se crée en se partageant* ». <sup>137</sup> Penser l'accompagnement comme une voie de rétablissement pour les personnes accueillies, requière de la part des professionnels de l'ESAT un partage de valeurs et de références collectives auxquelles chacun puisse se référer dans les situations délicates ou parfois difficiles. Guy le Boterf souligne que c'est par rapport « *à une signature collective, que le professionnel pourra se situer et différencier sa propre signature individuelle* ». <sup>138</sup> La démarche d'organisation des PPI offre aux professionnels de l'ESAT les conditions d'une coopération par la mutualisation des compétences individuelles présentes. La capacité des équipes à développer une coopération efficiente autour de la démarche de PPI créera les conditions d'une compétence collective. Comme le souligne Yves Clot « *le diapason ne joue pas, mais il donne le ton* », <sup>139</sup> définissant ainsi ce qu'est un collectif professionnel. L'organisation qui découlera du projet doit permettre à chaque acteur de se situer, à tout

---

<sup>135</sup> [http://fr.wikipedia.org/wiki/Comp%C3%A9tence\\_\(psychologie\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Comp%C3%A9tence_(psychologie))

<sup>136</sup> LE BOTERF G., 2008, Repenser la compétence, Paris, Eyrolles, page 17.

<sup>137</sup> LE BOTERF G., 2013, Construire les compétences individuelles et collectives, 6<sup>ème</sup> édition, Paris, Eyrolles, page 214.

<sup>138</sup> Ibid., page 215

<sup>139</sup> CLOT Y., *Op.cit.*, page 102

moment, par rapport à l'avancée globale du PPI du travailleur concerné et en fonction du positionnement des autres acteurs concernés. Cela suppose la redéfinition des réunions d'équipes, jusqu'alors organisées pour donner des informations globales sur la vie de chaque atelier, en réunion de synthèse d'avancement en cohérence du PPI de chaque travailleur. La démarche doit également intégrer la mise en réseau grâce à l'intranet des informations nécessaires au développement du PPI et à son ajustement.

Cette démarche dont j'ai posé les principes, devra être débattue par les équipes en réunion de démarche qualité, proposée collectivement sous la forme d'un processus, et donner lieu à l'écriture d'un projet lisible pour les professionnels et les travailleurs. Le résultat de cette co-construction devra également préciser les indicateurs de performance collective, tant sur le plan des attendus en termes de réalisation du projet du travailleur que sur le plan des attentes des résultats de la coopération interpoles. Ces résultats seront évalués en réunion qualité et donneront lieu à ajustement sous forme d'un nouveau plan d'actions si nécessaire. Le collectif professionnel ainsi en mouvement doit pouvoir produire une culture du débat et de l'innovation et donner lieu aussi à la mise en perspective des besoins du collectif en termes de ressources. Les deux chefs de service doivent être en capacité de mobiliser les ressources et les aptitudes de leurs équipes au service de la créativité. Ils doivent également être en capacité de mettre à la disposition des équipes, les informations et ressources disponibles dans l'environnement externe dont ils disposent. Ces renseignements, mis en commun contribueront ainsi à la création de savoirs et de culture commune. C'est sur ce point précis que se porteront plus particulièrement les régulations en réunion de direction.

### **3.2.4 Prendre en compte les besoins des salariés**

Développer une compétence collective requière une professionnalisation collective. La coopération qui résulte du travail en commun autour du concept de rétablissement va créer un savoir-agir spécifique commun aux équipes dont l'hétérogénéité est importante. La formation professionnelle jusqu'alors dispensée de façon collective ou individuelle en fonction des objectifs de changements rapides de l'ESAT :

- Formations qualifiantes métiers pour les moniteurs
- Projet individualisé pour l'ETS
- Management pour la chef de service éducatif
- Formation chef de projet insertion pour la chargée d'insertion
- Formation CAFERUIS pour le Chef de service production
- Formation CAFDES pour le Directeur.
- Formations collectives (gestes et postures, sécurité, maltraitance...),

évoluer dans le cadre d'un projet de formation en phase directe avec le concept de rétablissement. Je souhaite ainsi accompagner le développement des compétences

attendues dans le cadre du changement avec un projet de professionnalisation commun. Guy Le Boterf précise que « *la construction des compétences n'est plus considérée comme relevant de la seule formation, mais comme résultant de parcours professionnels incluant le passage par des situations de formation et des situations de travail rendues professionnalisantes* ». <sup>140</sup> La mise en place du plan de formation s'accompagne déjà au sein de l'ESAT d'une démarche de communication commune. Chaque année, les chefs de service réalisent un entretien individuel avec chaque membre de son équipe, je réalise aussi celui des cadres. La mise en commun des attentes et des besoins de formation par service fait ensuite l'objet d'un consensus en équipe. Dans le cadre de la mise en œuvre du projet de coopération interpoles, je souhaite consolider la démarche par l'apport d'un projet formatif dédié en 2015 et 2016. Celui-ci, en accord avec les équipes devra permettre de professionnaliser en lien avec les compétences attendues. Les formations et apprentissages seront ainsi dépendants du degré de compétences individuelles ou collectives à obtenir ou restant à acquérir. Les besoins de formation seront ainsi évalués tout au long du projet, et feront l'objet d'une planification annuelle, après entretien d'évaluation individuel et retour collectif en réunion de démarche qualité, dans le cadre du dispositif global de formation : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF), Congés Individuels de Formation (CIF), Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et Compte Personnel de Formation (CPF) à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 5 mars 2014, relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.

Les besoins pourront porter sur la formation au concept de rétablissement, sur une formation commune aux troubles psychiques et sur les traitements, sur l'utilisation d'outils communs (intranet, grilles d'évaluation), sur la formation aux écrits professionnels, à la démarche de projet individualisés, sur l'animation de groupe, sur la pratique de l'entretien et de l'accompagnement, sur la gestion des conflits... Ce projet formatif sera conduit par les chefs de service en appui des équipes, par le Psychiatre de l'ESAT, et par tout intervenant externe, selon les besoins identifiés. Chaque nouvel arrivant se verra proposer un tutorat par un membre de l'équipe et un parcours professionnalisant.

### **3.3 Développer Les moyens pour favoriser le rétablissement**

Le rétablissement des personnes qui présentent des troubles psychiques n'est rendu possible que par la mise en œuvre d'un contexte où ceux-ci puissent être acteurs de leur propre vie. L'entrée en ESAT présente, dans une très large mesure, un cadre rassurant pour le travailleur, susceptible de lui permettre de reprendre confiance en soi et percevoir l'utilité sociale de son travail. Malgré tout, cet environnement rassurant peut également,

---

<sup>140</sup> LE BOTERF G., Op.cit., page 187.

faute d'une organisation et d'une volonté de prendre en compte la singularité et le choix des personnes accompagnées, être le cadre d'une « prison dorée ». Se donner les moyens de favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT, c'est accroître leur capacité d'agir par l'empowerment, développer un cadre d'activité en cohérence avec leurs capacités et leurs attentes, c'est aussi mettre en place une dynamique de parcours de formation tout au long de leur accompagnement et favoriser une évaluation partagée des compétences acquises et à rechercher.

### **3.3.1 L'empowerment, un déterminant essentiel du rétablissement**

L'empowerment, ou développement du pouvoir d'agir, est un processus personnel qui vise à ce que la personne en prise avec des troubles psychiques puisse s'affranchir des obstacles qui nuisent à ses choix et parvienne à se concentrer sur l'objectif à atteindre et les moyens d'y parvenir. L'OMS et la Commission Européenne, endonnent en commun une définition : « *l'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers de services [...] peuvent exercer sur les événements de leur vie. [...] La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et de relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements* ». <sup>141</sup> Pour le travailleur de l'ESAT, « *l'empowerment va désigner l'accroissement de sa capacité d'agir à travers le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions qui le concerne* ». <sup>142</sup> Comme nous l'avons souligné, la prise en compte de la singularité des personnes accompagnées, et de leurs choix, requière de la part des professionnels de l'ESAT, une modification du regard porté sur le travailleur, en reconnaissant tout à la fois son rôle d'acteur et de partenaire. Ce changement de perception induit le renversement des pratiques au sein de l'ESAT, il ne s'agit plus de faire émerger des besoins et de préparer un plan d'action en réponse à ces besoins, sous couvert de « l'expertise » du professionnel de l'ESAT, mais bien d'associer les travailleurs à la démarche de conduite de leurs projets et de devenir ainsi « leur collaborateur ». Pour autant, Claire Le Roy-Hatala rappelle que « la façon dont ils (les travailleurs) vont exercer ce contrôle dépend de la façon dont ils comprennent la nature de leurs problèmes ». <sup>143</sup> C'est ce point fondamental qui induit le changement de culture et de pratiques au sein de l'ESAT. Chaque travailleur doit être en mesure : de participer et de s'investir pleinement à l'élaboration de son projet personnel, de réunir les ressources personnelles et de

---

<sup>141</sup> WALLERSTEIN N, 2006, Quelles sont les preuves de l'efficacité de l'empowerment dans l'amélioration de la santé ?, Health Evidence Report, OMS.

<sup>142</sup> FAYARD A, CARIA A, LOUBIERES C., mai-juin 2011, Empowerment et santé mentale, Revue la Santé de l'homme n°413, Paris, INPES, page 7.

<sup>143</sup> LE ROY-HATALA C, 2007, Lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap : le salarié et l'entreprise à l'épreuve du maintien dans l'emploi, Thèse de Sociologie, Paris, CNAM, page 191.

l'environnement pour rendre son projet possible, et enfin être en possibilité de développer une conscience critique de ses capacités et de ses faiblesses. Sur ce dernier point, le partage de l'expérience vécue permet de reconnaître entre pairs la valeur de l'apprentissage et la définition de pistes de progrès communes. Ces expériences réussies offrent à tous les travailleurs des perspectives plus larges de participation à la vie de la cité.

#### La participation et l'expression des travailleurs au sein de l'ESAT :

Hélène Glover, patiente de la psychiatrie raconte que « *j'ai appris qu'il est quasiment impossible de recouvrer un sentiment de citoyenneté et de rétablissement personnel lorsqu'on conçoit les " autres" comme les experts de sa propre vie* ». <sup>144</sup> La participation des travailleurs est un des leviers importants de leur empowerment. La participation et l'expression des travailleurs sont des principes affirmés par la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'ANESM définit la participation et l'expression des usagers comme :

- expression d'une opinion, d'une préférence dans le cadre de l'institution
- participation à la prise de décision qui me/nous concerne, de la consultation à la co-décision. <sup>145</sup>

La participation au PPI, à sa co-construction, aux choix opérés conjointement avec les professionnels pour chercher les ressources nécessaires à sa réussite et à l'évaluation constante des moyens pour y parvenir, constitue le moyen fort de l'empowerment du travailleur à l'ESAT. La signature libre et éclairée de l'avenant du Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail (CSAT) renforce le pouvoir d'agir et le contrôle sur sa vie et ses choix. Roland Janvier et Yves Matho soulignent qu'une « *une telle démarche repose sur la conviction que ce n'est pas en se substituant aux usagers [...] que nous apportons des solutions, mais que c'est en leur permettant de reprendre prise sur leur vie et leur destin, que nous leur offrirons des meilleurs conditions pour leur épanouissement* ». <sup>146</sup> En formalisant avec le travailleur, des actions concrètes d'accompagnement, le CSAT constitue un support de travail visant à améliorer la qualité de l'ensemble des prestations du service.

La représentation au Conseil de la Vie Sociale, permet également le renforcement de ce pouvoir d'agir. Dans le cadre de la représentativité du CVS mais aussi dans celui des espaces de débats qui précèdent son ordre du jour et de ceux qui suivent son compte rendu, ainsi que dans l'élaboration du Plan de Suivi des Actions CVS (document identique

---

<sup>144</sup> GLOVER H., un nouveau paradigme se fait-il jour ?, in « *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie* », op. Cite, page 33.

<sup>145</sup> ANESM, mars 2008, Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, page 12.

<sup>146</sup> JANVIER R, MATHO Y, 2002, Mettre en œuvre le droit des usagers, Paris, Dunod, page 167.



à ceux présentés dans le cadre de la démarche qualité) tenu et suivi par des travailleurs élus. Roland Janvier et Yves Matho soulignent qu'il « *nous faut inventer des lieux de débats, espaces de citoyenneté où les individus se réunissent pour devenir acteurs de leur existence* ». <sup>147</sup>

De même, dans le cadre de la démarche qualité, la mise en œuvre du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), mobilise tous les travailleurs par atelier lors des visites, ordres du jour, mains courantes, compte rendus... les travailleurs qui le souhaitent peuvent participer intégralement aux démarches, plans de suivi du comité.

Les réunions d'expression en atelier, offrent le champ d'un débat renouvelé sur les attentes des travailleurs en termes d'activités, de moyens et de propositions d'amélioration des conditions de travail.

L'élaboration du journal de l'ESAT, relève également de l'empowerment, les articles y sont préparés par les travailleurs, de nombreuses ressources sont mobilisées pour sa création.

Le rappel des droits des personnes est fondamental. Connaître ses droits augmente le sentiment de ses propres capacités et renforce la confiance en soi. Dans le cadre de la démarche qualité, un groupe projet travaille sur un livret présentant les droits des travailleurs de l'ESAT.

Très récemment, dans le cadre d'une formation spécialement élaborée pour l'ESAT Regain « développer son potentiel dans un environnement professionnel » <sup>148</sup>

L'empowerment était au cœur du sujet de cette intervention, tant dans sa co-construction avec les travailleurs concernés que par la démarche de retour d'expérience qui a permis aux travailleurs de développer leur pouvoir d'agir. Ce type d'intervention et la recherche de la participation des travailleurs comme acteurs de la formation sera désormais privilégié pour toute intervention. Le retour avec les professionnels permettant d'acter le concept de rétablissement au sein de l'ESAT.

### **3.3.2 Faire le pari des compétences des travailleurs**

La vision du rétablissement remet en perspective celle du projet d'offre de service de l'ESAT. La prise en compte des compétences et des acquis d'expérience des travailleurs, ouvre des perspectives de choix d'activité plus en accord avec les attentes, les envies et les compétences de certains travailleurs. La dynamique individuelle, propre à chaque travailleur, peut permettre à d'autres d'envisager un développement professionnel plus proche de leurs aspirations. Le travail, facteur d'intégration ne sera plus uniquement considéré par les travailleurs comme une fin en soi, mais comme un support privilégié

---

<sup>147</sup> JANVIER R, MATHO Y., 2002, Mettre en œuvre le droit des usagers, Paris, Dunod, page 166.

<sup>148</sup> Annexe n° 8 : Formation spécifique au rétablissement

permettant à tous ceux qui le souhaite un nouveau développement de connaissances. Patrice Leguy souligne que « *l'individu qui s'estime compétent, revendique la reconnaissance par les autres de sa compétence, de façon à pouvoir jouer légitimement un rôle social*<sup>149</sup> ». Chaque nouveau projet d'activité, développé autour et avec les travailleurs de l'ESAT, leur permettront de vivre non seulement comme agents économiques, mais également comme acteurs et auteurs de leur propre vie. C'est le cas de l'activité Regain Courses, créée et développée avec les travailleurs et les professionnels de l'ESAT, dont le projet et ses composantes sont le fruit de réflexions partagées. Cet atelier est aujourd'hui conduit par un travailleur qui l'organise et forme ses collègues et les accompagne dans leur professionnalisation. Les professionnels interviennent en support pour aider à la mise en place des ressources nécessaires. Cet atelier devenu autonome fédère une quinzaine de travailleurs à temps partiel et dégage une marge conséquente. Un autre projet de boutique « service » est en cours de développement, conduit également en co-production entre les travailleurs et les professionnels de l'ESAT. Une réflexion est menée également dans le cadre de l'activité bureautique pour développer à partir des compétences présentes, et avec l'appui de formateurs externes, une démarche de recherche de métiers en déploiement interne à l'ESAT. Ce principe de développement partagé, en suscitant l'espoir, constitue un axe fort du rétablissement des travailleurs de l'ESAT.

### **3.3.3 L'évaluation du parcours du travailleur comme visée du rétablissement**

La démarche visant à favoriser le rétablissement va porter sur l'évaluation des compétences et des ressources nécessaires des travailleurs pour conduire à bien leur PPI. Une évaluation des compétences liées aux expériences passées sera mise en place dès l'admission définitive du travailleur. La mise en œuvre de la démarche de PPI, suivie par le moniteur référent, sur un an, permettra d'organiser le PPI dans une dynamique de parcours. Chaque moniteur pourra ainsi, en lien avec les autres intervenants de l'ESAT et surtout avec ses travailleurs en référence, suivre, formaliser et évaluer chaque parcours dans la continuité. A la suite du rapport d'évaluation externe, un groupe projet suit dans le cadre de la démarche qualité la remise à jour des grilles d'évaluation des PPI, en lien avec le rétablissement et avec la participation de travailleurs de l'ESAT. La mise à jour de ces grilles s'appuiera sur les travaux du réseau Galaxie portant sur les différents champs du handicap psychique (cognitif, les habiletés sociales, les habiletés professionnelles, les habiletés fonctionnelles et décisionnelles). L'évaluation, en lien avec le concept de rétablissement, sera conduite à raison d'un entretien tous les trois mois entre le moniteur,

---

<sup>149</sup> LEGUY P., 2007, Travailleurs handicapés, reconnaître leur expérience, ERES, Collection EMPAN, page 146.

l'ETS et/ou la chargée d'insertion et le travailleur afin de mettre en œuvre les ressources nécessaires à la poursuite du projet, sur les bases des recommandations de l'ANESM<sup>150</sup>. Cette logique au plus près du terrain, permettra à chaque travailleur de prendre conscience de ses forces et faiblesses, de se redéfinir en tant que professionnel.

### **3.3.4 Utiliser le plan de formation des travailleurs comme levier des PPI**

Comme nous l'avons vu, la personne, en voie de rétablissement, prend appui sur ses expériences, ses acquis pour aller vers de nouvelles connaissances et faire l'acquisition de nouvelles compétences. La redéfinition d'une nouvelle identité basée sur l'expérience de la maladie passe par de nouveaux apprentissages qui vont lui permettre de renforcer le contrôle sur sa vie. La formation constitue un élément clé du processus de rétablissement, Renaud Sainsaulieu a rappelé que « *le concept d'identité désigne à la fois la permanence des moyens sociaux de la reconnaissance, et la capacité pour le sujet à conférer un sens durable à son expérience* ». <sup>151</sup> L'ESAT doit être un lieu d'apprentissage et d'expérimentation permanent pour les travailleurs, propice au développement de leur sens de l'autodétermination vers leurs propres objectifs. Les formations sont dispensées, de manière individuelle ou collective soit en interne par les moniteurs, la chargée d'insertion ou des intervenants extérieurs avec des objectifs de développement de compétences et de qualité de service en lien avec les PPI et les activités dispensées, soit en externe, directement sur site lors des mises à disposition, ou sur le terrain d'ateliers hors les murs Comme le montre le plan de formation<sup>152</sup>. Le choix de l'ESAT de développer des activités professionnelles transposables dans le milieu ordinaire implique le choix de développer des compétences transférables par la formation non spécifique au milieu protégé.

Dans le cadre du développement du concept de rétablissement, je souhaite demander aux moniteurs référents d'élaborer un passeport formation, en prenant appui sur le modèle proposé par UNIFAF<sup>153</sup>. Chaque travailleur pourra ainsi mieux s'approprier son parcours et construire son propre projet de développement de compétences. L'évaluation de toute formation et de ses apports sera systématiquement prise en compte avec le travailleur lors de son inscription dans le passeport. La recherche de formations « coussin » adaptées au choix des travailleurs sera priorisée, cela concerne déjà des formations en Centre de Rééducation Professionnelle (CRP) ou de parcours de VAE, ou encore de contrat de professionnalisation. Chaque travailleur doit pouvoir initier, s'il le

---

<sup>150</sup> ANESM, décembre 2008, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

<sup>151</sup> SAINSAULIEU R., 1985, L'identité au travail, 2<sup>ème</sup> édition, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, page 333.

<sup>152</sup> Annexe n° 9 : Plan de formation 2014 des travailleurs de l'ESAT

<sup>153</sup> UNIFAF : [www.unifaf.fr](http://www.unifaf.fr)

souhaite un parcours de formation tout au long de son accompagnement à l'ESAT. Le financement des formations est aujourd'hui largement développé à l'ESAT. 5 000 €/an sont engagés sur le BAPC de l'ESAT, la recherche de formations et de stages qualifiants gratuits fonctionne bien, le soutien par des fonds privés d'entreprises privilégiés (+ de 15 000 € en 2013, 12 000 € prévus en 2014). Le recours à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) est à l'étude pour 2015. L'évaluation qualitative des formations délivrées se fera en retour des entretiens trimestriels avec les référents, les enquêtes de satisfaction auprès des travailleurs et la cohérence de la formation en réponse au développement du PPI. Les indicateurs quantitatifs (nombre de formations réalisées et de travailleurs ayant suivi une formation, nombre de demandes de formations sollicitées par les travailleurs, nombre d'heures dispensées) attesteront de la dynamique du parcours de formation au regard du concept de rétablissement favorisé.

### 3.4 Regain promoteur du rétablissement sur le territoire

#### 3.4.1 Travailler en réseau pour favoriser le rétablissement des travailleurs

Favoriser le rétablissement des travailleurs de l'ESAT, c'est aussi prendre en compte toutes les composantes de leur environnement personnel et professionnel. La complexité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique induit de fait la nécessité d'un travail en réseau. En mutualisant les expériences et les savoirs, c'est toute une dynamique d'accompagnement au profit de la personne qui peut s'établir et se coordonner dans l'intérêt d'une logique de parcours de vie et de rétablissement. Sur la base des typologies de réseau définies par Guy le Boterf,<sup>154</sup> je note que Regain développe 3 types de réseau :

Réseau de support d'un acteur individuel : afin d'assurer par des compétences externes la conduite d'un accompagnement global à chacun des travailleurs. Il s'agit d'un **réseau sanitaire et médico-social** (MDPH, équipes de soins, CMP, Hôpitaux de jour, médecins psychiatres, SAVS, SAMSAH, Foyers, Assistantes sociales, services de tutelle ; organismes d'aide sociale...) et les familles. **Ouréseau socio-professionnel** (Pôle emploi, Cap Emploi, Sameth<sup>155</sup>, entreprises, autres ESAT dans le cadre de réponses aux appels à projet et de mutualisation de travaux).

Réseau d'action collective : Avec l'adhésion auprès de l'ADCP (association des directeurs d'ESAT parisiens), du GESAT<sup>156</sup> ou d'HANDECO<sup>157</sup>, et la participation de Regain à un groupe de réflexion et d'action sur l'emploi accompagné en France, avec une coordination

---

<sup>154</sup> LE BOTERF GUY, 2013, Travailler en réseau et en partenariat : comment en faire une compétence collective, 3<sup>ème</sup> édition, Paris, Eyrolles, page 31.

<sup>155</sup> Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

<sup>156</sup> GESAT, Réseau national du secteur protégé et adapté, [www.reseau-gesat.com](http://www.reseau-gesat.com)

<sup>157</sup> Plateforme nationale au service du travail protégé et adapté, [www.handeco.org](http://www.handeco.org)

d'actions innovantes construites et portées avec 3 associations sur le territoire National Messidor Lyon, Iris Messidor dans le 93 et Lien messidor 17. Avec la constitution d'un groupe projet sur l'emploi accompagné dans le cadre du handicap psychique.

Réseau de partage et de capitalisation des pratiques Regain est membre de la fédération AGAPSY qui est force de proposition dans tous les domaines de l'accompagnement et la recherche des solutions concrètes à la lutte contre toutes les formes d'exclusion que rencontrent les personnes atteintes de troubles psychiques et agit en vue d'une participation pleine et entière à la vie citoyenne des personnes accompagnées.

### **3.4.2 Regain acteur de la lutte contre la discrimination des personnes avec un problème de santé mentale**

Regain participe à la lutte contre la discrimination dont souffrent les personnes handicapées psychiques, à travers les actions construites et portées dans le cadre de ses réseaux, mais également lors de nombreuses participations : à des colloques et à des forums emplois organisés dans les entreprises, mais également en proposant aux travailleurs de participer chaque été à l'opération Août Secours Alimentaire organisée à Paris par notre association sœur.

Sur le plan territorial, Regain a participé, dans le cadre du Réseau Agapsy, à la création, en mai 2014, du Centre d'Ecoute et d'Accueil sur les troubles PSYchiques (CEAPSY)<sup>158</sup> qui est un service médico-social implanté au sein de l'Hôpital Saint-Anne et dont les objectifs sont :

- de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, de leurs proches et des professionnels en termes d'écoute, d'accueil, d'information et de conseil,
- de permettre une plus grande fluidité des parcours de vie, et de soins
- de favoriser l'émergence d'un réseau regroupant le sanitaire, le médico-social et le social.

Regain est également partie prenante avec les travailleurs qui le souhaitent du Conseil Local de Santé Mentale du 13<sup>ème</sup> arrondissement, nouvellement initié en 2014.

Je souhaite enfin engager avec les travailleurs de l'ESAT, les administrateurs et les professionnels une réflexion sur le parrainage, par l'association Regain, d'un Groupement d'Entraide Mutuelle (GEM), à vocation de recherche d'emploi et de partage d'expériences professionnelles, pour contribuer de façon encore plus efficace au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques.

---

<sup>158</sup> Annexe n° 10 : Présentation du CEAPSY.

## Conclusion

Le concept de rétablissement, largement développé dans les pays anglo-saxons, émerge en France dans le contexte Européen de promotion de la santé mentale. Ce concept est indissociable des concepts d'inclusion sociale et d'empowerment. Le rétablissement est une réalité démontrée depuis 50 ans par de nombreuses études scientifiques conduites à travers le monde. Les personnes en prise avec un trouble de santé mentale voient la libération de leurs potentiels encore largement freinée par les préjugés qui les affectent ainsi que leurs proches. Aux côtés du secteur sanitaire, les établissements médicaux-sociaux peuvent largement contribuer à accompagner les personnes dans la recherche d'une meilleure qualité de vie.

L'ESAT, établissement de travail protégé, offre aux personnes qui sont en voie de rétablissement, un accès à la citoyenneté et un statut valorisé ainsi que des possibilités d'intégration sociale qui permettent de valider ou d'invalider les buts qu'ils se sont fixés. Ce n'est finalement pas tant le travail lui-même qui aide au rétablissement mais le rôle que développe la personne à travers le travail (celui d'employé administratif par exemple). Ce rôle doit être soutenu et valorisé afin que chacun puisse être reconnu.

Le rétablissement est avant tout affaire d'éthique tant pour la personne qui entre dans un processus d'auto-détermination de ses choix de vie et d'activité mais aussi des accompagnants pour lesquels l'exigence de respect de cette auto-détermination doit s'imposer. « *La vraie perspective n'est-elle pas de considérer les usagers de la santé mentale non comme un fardeau, mais comme une vraie richesse pour la société* »<sup>159</sup>

Si la prise en considération, d'une personne souffrant d'un handicap psychique, accueillie dans une structure médico-sociale, doit lui permettre d'être l'auteur de son projet et l'acteur de son devenir, l'ESAT Regain doit représenter un moyen susceptible de la soutenir dans son processus de rétablissement.

A travers une démarche de changement, les conditions d'organisation de l'ESAT, mais également les rôles des professionnels, jusqu'alors établis sans véritables interactions entre les deux principaux pôles de soutien, se sont éclairés au regard de la perspective d'un accompagnement rendu cohérent. La démarche d'accompagnement au changement des équipes, a consisté à faire apparaître aux yeux des professionnels, la nécessité de leur action, la valorisation de leurs compétences, la pertinence de leurs propositions. C'est au travers d'actions coordonnées en direction des professionnels, puis, et également, par délégation à ces professionnels en direction des travailleurs, qu'a pu se mettre en place une logique d'organisation qui prenne en compte l'ensemble des acteurs. L'accompagnement peut prendre du sens lorsqu'il est respectueux de la personne

---

<sup>159</sup> BARROCHE MC et al : *opus cité*, page 10.

accompagnée .Ainsi, « L'organisation peut être considérée comme un lieu d'apprentissage permanent de la coopération ».<sup>160</sup>

Parce que le rétablissement est une affaire éminemment personnelle, intégrer son concept requière un changement de regard complet sur la personne accompagnée. Comme le souligne Loïse Forest, patiente de la psychiatrie « *Faut-il donc absolument que le rétablissement soit défini par d'autres que nous, pour que nous puissions le vivre ?* »<sup>161</sup>. Le dynamisme que renvoient les travailleurs à travers leurs projets, leurs envies et leurs choix, obligent les professionnels de l'ESAT à constamment réinterroger leur accompagnement, et la prise en compte de leur participation constitue le meilleur moyen, pour l'établissement et l'ensemble de ses acteurs de créer de nouvelles approches innovantes. C'est par la participation et la reconnaissance du rôle citoyen de tous ses membres, que l'ESAT peut contribuer à vaincre les préjugés dont sont victimes les personnes handicapées psychiques, et ainsi rompre avec le processus de leur stigmatisation, comme le souligne Julia Kristeva « *La différence d'autrui est ici non seulement reconnue et respectée, mais nous la recevons comme un appel à la reconnaître nous-mêmes. C'est ainsi que la reconnaissance de notre commune ressemblance avec les personnes handicapées psychiques, au-delà des « déficits » et des « désavantages », mais avec eux, tisse ce lien d'amitié et de solidarité qui définit la dignité humaine* »<sup>162</sup>.

Au-delà, c'est la reconnaissance d'une démarche associative qui vise à développer des réponses adaptées à la complexité de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique à travers un travail en réseau et dans la perspective du développement du concept de coordination de parcours avec tous les intervenants qui participent au rétablissement de la personne et à la promotion de sa citoyenneté.

Si le « *nouveau paradigme qui envisage l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière* »<sup>163</sup> fonde tant l'accompagnement des travailleurs de l'ESAT Regain que mon approche managériale pour les salariés, ne peut-on pas imaginer qu'il soit transposable plus largement à toutes les situations de travail ?

---

<sup>160</sup> BERNOUX P., Op.cit., page 323.

<sup>161</sup> FOREST L., 2008, *le rétablissement : un savoir qui se construit*. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. Revue le partenaire, Volume 16, n°1.

<sup>162</sup> KRISTEVA J., 2003, Lettre au Président de la République sur les citoyens en situation de handicap, à l'usage de ceux qui le sont et de ceux qui ne le sont pas, Paris, Arthème Fayard.

<sup>163</sup> GREACEN T. JOUET E. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie « *rétablissement, inclusion sociale, empowerment* » Editions érès, 2012, page7.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES LUS

- AUTISSIER D, MOUTOT J.M. : *Pratiques de la conduite du changement : comment passer du discours à l'action*, DUNOD, Paris 2003, 180p.
- BERNOUX P. : *La sociologie du changement*. Paris, Seuil, 2004, 368p
- CASAGRANDE A. : *Ce que la maltraitance nous enseigne, Difficile bienveillance*, DUNOD, Paris, 2012, 204p.
- CLOT Y. : *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, éditions La découverte, Paris, 2010, 190p.
- GREACEN T, JOUET E et AL : *Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie, rétablissement, inclusion sociale, empowerment*, ERES, 2012,337p.
- LE BOTERF G : *Construire les compétences individuelles et collectives « le modèle : agir avec compétence en situation, les réponses à plus de 100 questions »*, 6<sup>ème</sup> éditions, 2013, Paris, Eyrolles, 301 p.
- LEFEVRE P. : *Guide de la fonction cadre et responsable de service en action socialeet médico-sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, DUNOD, Paris 2008, 278p.
- LEGUY P. : *Travailleurs handicapés : reconnaître leur expérience*, Editions ERES, collection Empan, 2007, 189p.
- LÖCHEN V. : *Comprendre les politiques d'action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, DUNOD, Paris, 2008, 403p.
- LOUBAT J.R. : *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, Paris, 2006, 391p.
- LOUBAT J.R. : *Promouvoir la relation de service en action sociale et médico-sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, DUNOD, Paris, 2007, 357p.
- MIRAMON JM. :*Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3<sup>ème</sup> édition, Presses de l'EHESP, Rennes 2009.
- MIRAMON J.M. *Le métier de directeur, techniques et fictions*. Presses de l'EHESP, Rennes, 2009, Page 177
- WOLFENBERGER W. : *La valorisation des rôles sociaux*, édition DES DEUX CONTINENTS, Genève, 1991.
- ZRIBI G. : *L'avenir du travail protégé : les ESAT dans le dispositif de l'emploi des personnes handicapées*, 3<sup>ème</sup> édition EHESP, 2008, 115p.



## CHAPITRES D'OUVRAGES

- ALTER N. :L'innovation ordinaire. 4<sup>ème</sup> édition « quadrige », Paris, 2013, Presses Universitaires de France
- BAPTISTE R., Reconnaître le handicap psychique : *développer et améliorer la réinsertion sociale et professionnelle des personnes psychologiquement fragiles*, Lyon : chronique Sociale, 2005
- BATIFOULIER F, NOBLE F. : Fonction de direction et de gouvernance dans les associations d'action sociale, DUNOD, Paris, 2005
- BERNOUX P. : *La sociologie des organisations*. Paris, Seuil, 1985
- BLANC A. : *Les handicapés au travail*, DUNOD, Paris 1995.
- CORBIERE M, DURAND M.J. : *Du trouble mental à l'incapacité au travail*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 2011, 408p
- CROZIER M, FRIEDBERG E, *L'acteur et le système*, SEUIL, Paris, 1977.
- DAUMERIE N : *Stigmatisation et troubles psychiques : réalités, conséquences et perspectives*, Actes de colloque « l'entreprise face aux troubles psychiques » 29 avril 2009, Sciences Politiques, Paris.
- DUBAR C : *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Le lien social. PUF. 2<sup>ème</sup> tirage, mai 2012
- GOFFMAN.E :*Stigmate, Les usages sociaux du handicap*, paris, Editions de Minuit, 1975
- HAERINGER J, TRAVERSAZ F : *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*, 2002, Paris, Dunod.
- JANVIER R, MATHO Y. *Mettre en œuvre le droit des usagers*. Dunod, Paris, 2002.
- LE BOTERF G. *Ingénierie et évaluation des compétences*, 6<sup>ème</sup> édition, Eyrolles, les éditions d'organisation, 2011
- LE BOTERF G. *Repenser la compétence « pour dépasser les idées reçues : 15 propositions »*, Eyrolles, les éditions d'organisation, 2008, 139p.
- LE BOTERF G.*De la compétence à la navigation professionnelle*, Les éditions d'organisation. Paris, 1997
- LEFEVRE P. : *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales*, DUNOD, Paris 2006, 564p.
- LE ROY-HATALA.C: *“lorsque les troubles psychiques deviennent un handicap »*, thèse de sociologie, CNAM, 2007

- LOUBAT JR. Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale. DUNOD, Paris, 2002.
- MINTZBERG H. : le management, voyage au centre des organisations. Les éditions d'organisation, Paris, 2004
- PROVENCHER H L : *l'expérience du rétablissement* : perspectives théoriques. Santé mentale au Québec, 2002
- SAINSAULIEU R. : *L'identité au travail*. Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1985, 2<sup>ème</sup> édition.
- THEVENET M. Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes. Editions d'organisation, Paris, 2004.
- VALLEE C : « *développement professionnel et rétablissement des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves* », Université de Montréal, Thèse présentée en Sciences biomédicales, Juin 2007
- ZRIBI.G., SARFATY.J. : *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits*. ENSP.2003

### **TEXTES LEGISLATIFS**

- Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales
- Loi n° 87-577 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des personnes handicapées
- Loi organique n°2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances (LOLF)
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social
- Loi n° 2005-105 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et aux territoires (HPST)
- Loi n°2014-288 du 5 mars 2014, relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale.
- relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation Décret n°93-1216 du 4 novembre 1993, fixant le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, Modifié par le décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 institués à l'article L. 311-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

- Décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et à la prestation de compensation.
- Décret n°2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements ou services d'aide par le travail
- Décret n° 2007-874 du 14 mai 2007 portant diverses dispositions relatives aux ESAT et à l'exercice d'une activité à caractère professionnelle en milieu ordinaire de travail par les travailleurs handicapés admis en ESAT.
- Décret n°2007-975 du 15 mai 2007, fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- Décret n° 2009-565 du 20 mai 2009, relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs accueillis en ESAT.
- Ministères de la santé et de la famille, du travail et de la participation, de l'intérieur et du budget, Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978
- Ministère de la santé et de la solidarité. Circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale.
- Code de l'Action Sociale et des Familles : art L-344.

### **SITES INTERNET CONSULTÉS**

- [www.agefiph.fr](http://www.agefiph.fr)
- [www.anesm.sante.gouv.fr](http://www.anesm.sante.gouv.fr)
- [www.cnsa.fr](http://www.cnsa.fr)
- [www.creai-idf.org](http://www.creai-idf.org)
- [www.ctnerhi.com](http://www.ctnerhi.com)
- [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)
- [www.eassw.org](http://www.eassw.org)
- [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr)
- [www.fondation-fondamental.org](http://www.fondation-fondamental.org)
- [www.handicap.gouv.fr](http://www.handicap.gouv.fr)
- [www.insee.fr](http://www.insee.fr)
- [www.ladocumentationfrancaise.f](http://www.ladocumentationfrancaise.f)
- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- [www.reseau-gesat.com](http://www.reseau-gesat.com)
- [www.roche.fr](http://www.roche.fr)
- [www.unafam.org](http://www.unafam.org)
- [www.unifaf.fr](http://www.unifaf.fr)

## REVUES, RAPPORTS ET GUIDES CONSULTÉS

- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques : *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. Mars 2008
- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques : *Les attentes de la personne et son projet personnalisé*. Décembre 2008.
- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques : *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. Décembre 2008.
- Anesm. Recommandations de bonnes pratiques : *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT*. Avril 2013.
- Anesm. préliminaires de la recommandation-cadre sur la bientraitance, 2008
- Anesm. Document d'appui pour la recommandation de bonnes pratiques professionnelles sur l'adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT. Avril 2013.
- ANTHONY W: Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J* 1993
- ASH, article paru dans le n° 2768 du 13 juillet 2012 : *Les personnes fragiles aspirent à un travail valorisant*, au sujet d'une enquête présentée lors du colloque « le sens du travail, accompagner les personnes vulnérables vers et dans l'emploi » organisé le 16 mai 2012 par la Croix Rouge Française.
- Atlas National 2008 de l'AGEFIPH
- BARROCHE MC et al : « *la réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée* », article paru dans la Revue Pluriels, n°94-95, janvier-février 2012
- CHARZAT M. : *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, Rapport remis à la ministre à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, Mars 2002.
- Centre d'Analyse Stratégique. : *La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie*, Rapport, La documentation Française. 2010.
- CHOSSY J.F. : Evolution des mentalités et changement du regard de la société sur les personnes handicapées, *Passer de la prise en charge...A la prise en compte*, Rapport remis au 1<sup>er</sup> ministre, Novembre 2011.
- CLERY-MELIN Ph.et Al : *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, septembre 2003.

- Commission Européenne, Livre vert « améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'UE », Bruxelles, 2005.
- COUTY E. : Missions et organisation de la santé et de la psychiatrie, rapport remis au Ministre de la santé, Janvier 2009.
- Coordination 69, soins psychiatriques et réinsertions, « livre blanc sur l'état des lieux et les besoins en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour l'insertion des personnes en situation de handicap psychique dans le département du Rhône », Janvier 2012
- CTNERHI. Le handicap en chiffres. Juin 2005.
- DEEGAN P.E.: Recovery: the lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 1998
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), « l'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », études et résultats, n°833, février 2013.
- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), BELLAMY.V, ROELLANDT.JL, CARIA. A : enquête « Santé Mentale en population générale », n° 347, octobre 2004.
- FAYARD A, CARIA A, LOUBIERES C., Empowerment et santé mentale, Revue la Santé de l'homme n°413, Paris, INPES, mai-juin 2011
- FOREST L. le rétablissement : un savoir qui se construit. Association Québécoise pour la réadaptation psychosociale. Revue le partenaire, Volume 16, n°1, 2008
- IPSOS : enquête IPSOS Public Affairs pour FondaMental dans le cadre des rencontres du palais du Luxembourg, Paris, 4 et 5 juin 2009.
- ISSERLIS C : « la réhabilitation aujourd'hui : une dynamique renouvelée », article paru dans la Revue Pluriels, n°94-95, janvier-février 2012
- L'emploi : un droit à faire vivre pour tous « évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion socio-professionnelle », rapport remis à Xavier Darcos, ministre du travail, décembre 2009
- Livre Blanc des partenaires de la santé mentale en France. Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, Juin 2001.
- Les Cahiers de l'Actif n° 314/317. Juillet 2002
- Les Cahiers de l'Actif n° 404/405 Juillet / Janvier / février 2010
- Ministère de la santé et des solidarités : Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

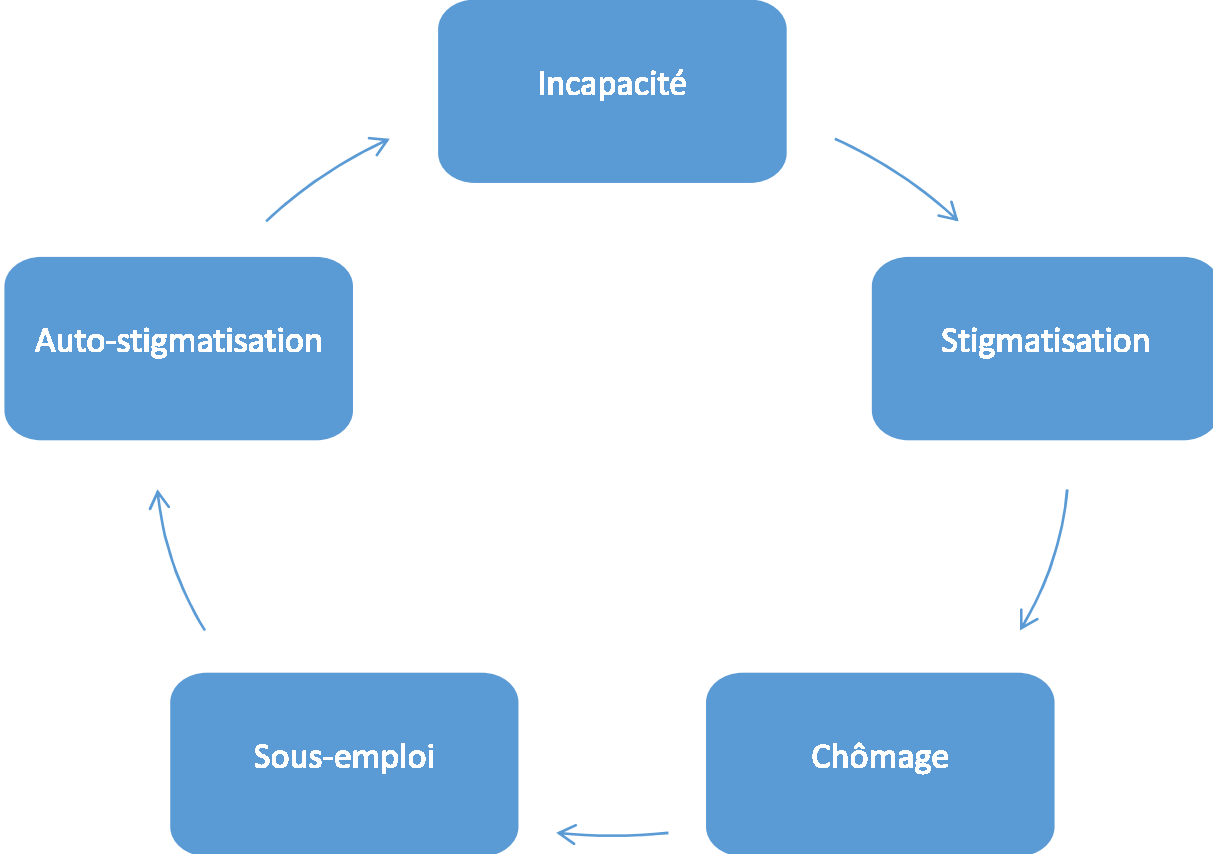
- PACHOUD B : « *se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes* », L'information psychiatrique, 2012/4 Volume 88
- PACHOUD B, CORBIERE M: « pratiques et interventions de soutien à l'insertion professionnelle des personnes présentant des troubles mentaux graves » dossier paru dans l'Encéphale, mai 2014.
- Pacte Européen pour la santé mentale et le bien-être, signé lors de la conférence de haut niveau de l'Union Européenne « ensemble pour la santé mentale et le bien-être », Bruxelles, 2005.
- PARQUET PJ. : souffrance psychique et exclusion sociale, Rapport du groupe de travail mis en place par Mme Dominique VERSINI, secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion, Septembre 2003.
- Rapport du sénateur Paul Blanc n°369 du 24 juillet 2002.
- Rogers, E. S., MacDonald Wilson, K., Danley, K., Martin, R., Anthony, W. A. (1997). "A process analysis of supported employment services for persons with serious psychiatric disability: Implications for program design". Journal of Vocational Rehabilitation, 8(1997), 233-242.Elsevier.
- Unité de Recherche Clinique en Economie de la santé d'ile de France (URCECO), le coût de la pathologie mentale en France en 2007, présentation au Sénat les 4 et 5 juin 2009.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1** Stigmatisation et iniquité en matière d'emploi (Stuart, 2004)
- Annexe 2** Tableaux de répartition des effectifs de l'établissement
- Annexe 3** Organigramme de l'E.S.A.T.
- Annexe 4** Enquête de satisfaction interne réalisée dans le cadre de l'évaluation externe en septembre 2012
- Annexe 5** Extrait du rapport d'évaluation externe : le soutien psycho-éducatif
- Annexe 6** Extrait du rapport d'évaluation externe : la personnalisation de l'intervention
- Annexe 7** Cycle de Deming et principe d'amélioration continue de la qualité
- Annexe 8** Exemple de formation visant le rétablissement
- Annexe 9** Plan de formation 2014 des travailleurs de l'ESAT
- Annexe 10** Présentation du CEAPSY





Annexe n° 2 : Tableau des effectifs de l'établissement

**Tableau des effectifs au 1<sup>er</sup> janvier 2014 répartis sur le budget social :**

<b>FONCTIONS</b>	<b>ETP</b>
<b><u>Direction :</u></b> Directeur	<b>1</b>
<b><u>Services administratifs :</u></b> Cadre administratif et comptable Secrétaire de direction	<b>1</b> <b>1</b>
<b><u>Services généraux :</u></b> Chauffeur livreur	<b>1</b>
<b><u>Accompagnement social, médical et Para-médical :</u></b> Psychiatre Chef de Service psychologue Educatrice technique spécialisée ETS Chargée d'Insertion	<b>0.20</b> <b>0.80</b> <b>0.80</b> <b>1</b>
<b><u>Accompagnement éducatif Et professionnel :</u></b> Chef d'atelier Moniteurs d'atelier Chargée de projet et comercial	<b>1</b> <b>7</b> <b>1</b>
<b>Total en ETP section sociale</b>	<b>15.80</b>

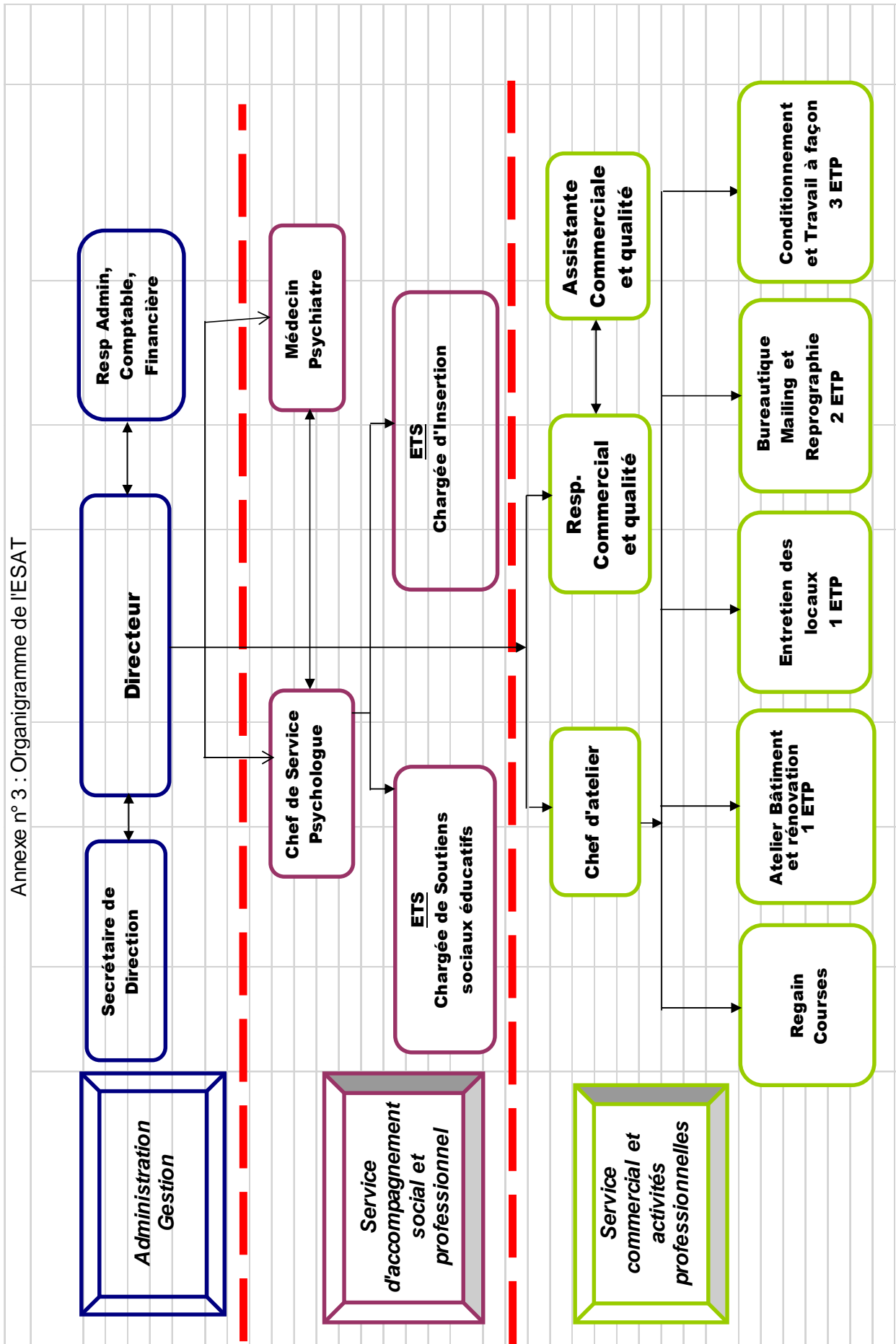
Taux d'encadrement ESAT Regain :  $15.80/87 = 0.1816 = 0,18$

Taux d'encadrement autorisé ARS : 0.18

**Tableau des effectifs répartis sur le budget de production :**

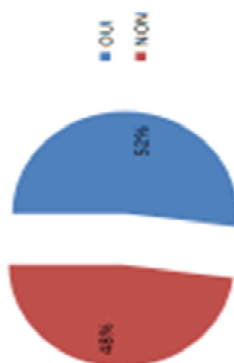
<b>FONCTIONS</b>	<b>ETP</b>
Responsable commercial	<b>0.5</b>
<b>Total ETP section commerciale</b>	<b>0.5</b>

Annexe n° 3 : Organigramme de l'ESAT



Réalisée dans le cadre de l'évaluation externe (septembre 2012) sur un panel de 27 travailleurs n'ayant jamais ou peu fait de prestations extérieures

### Votre travail est-il source de motivation ?



48 % des personnes interrogées ne trouvent pas leur travail en atelier motivant. Pour 38% des « non » les travaux proposés sont répétitifs et n'offrent pas de perspectives de progression, voire même de régression pour une personne. 52 % des personnes interrogées trouvent motivantes les conditions de travail en atelier. La nature des activités est primordiale comme facteur de motivation et d'estime de soi.

Si oui, pourquoi?	
Rassurant	1 7%
C'est un vrai métier	8 57%
Bonne ambiance avec les collègues	3 21%
Autres	2 14%
<b>Total des « OUI »</b>	<b>14 52%</b>
Si non, pourquoi?	
C'est comme à l'usine	6 46%
Taches simples et répétitives	5 38%
Pas de progression, voire régression	1 8%
Autres	1 8%
<b>Total des « NON »</b>	<b>13 48%</b>

### **3.2.2 Le soutien psycho-éducatif**

#### **Pistes d'amélioration**

D'après les résultats du questionnaire de satisfaction 2012 et les entretiens, il semble difficile pour les usagers de percevoir les missions propres du pôle soutien psycho-éducatif, d'autant que la notion de projet individualisé reste encore floue (cf 3.3.2).

Par ailleurs, certains usagers souhaiteraient être mieux informés sur les activités auxquelles ils peuvent prétendre. Une autre limite a été soulevée par les usagers. Lorsqu'ils mobilisent leurs heures de soutien, ils doivent les justifier au moyen d'un document qui doit être rempli par leur interlocuteur. Cette fiche laisse apparaître le nom de l'ESAT et souvent, les travailleurs doivent expliquer ce qu'est un ESAT, les obligeant à parler de leur handicap.

#### ***Propositions :***

***Valoriser la mission psycho-éducatrice auprès des usagers en clarifiant la notion de projet et en informer les usagers dès l'admission***

***Créer un fichier des activités sportives, culturelles et de loisirs possibles sur le territoire, le diffuser auprès des usagers et les conseiller sur ces activités***

***Supprimer la mention ESAT sur les justificatifs des activités de soutien***

### **3.3.2 La personnalisation de l'intervention**

#### **Pistes d'amélioration**

Les usagers nouvellement admis ne sont pas toujours informés sur le projet individuel qui est rédigé après la période d'essai qui peut durer de 3 à 6 mois, ce qui est long.

Les nouvelles procédures ne sont pas encore suffisamment appliquées (à l'exception du bilan de fin de période d'essai).

Les dossiers situés dans le bureau des ETS devraient être mieux organisés : des notes manuscrites sont mélangées avec des documents qui ne sont pas actualisés (redondance des procédures dont certaines sont d'anciennes versions). Les documents ne sont pas vraiment classés. Pourtant, il existe une procédure définissant les règles de tenue des dossiers (document « liste des pièces contenues dans le dossier »). Elle semble respectée par la secrétaire (qui garde l'ensemble du dossier individuel dans son bureau, à l'exception du dossier médical), mais son application par le pôle éducatif est perfectible. D'ailleurs, le plan d'amélioration continue de la qualité du 28 mai 2012 en a fait un de ses objectifs.

Par ailleurs, 18 mois pour réévaluer le projet individuel c'est trop long, il serait souhaitable de le réactualiser au moins tous les ans, conformément à la loi du 2 janvier 2002. Il est vrai que d'un point de vue organisationnel, cela semble compliqué de rencontrer 87 personnes dans une même année. Il serait souhaitable d'harmoniser les documents : le projet d'établissement indique que le projet individuel sera redéfini tous les ans alors que dans la procédure d'élaboration du PI il est indiqué 18 mois.

Les moniteurs estiment que le projet individuel n'est pas assez utilisé, qu'il n'est pas suffisamment « individualisé » (peu de différences entre les projets des usagers). Il faudrait revoir les grilles d'évaluation qui sont un peu obsolètes aujourd'hui, elles n'ont pas suivi les évolutions de l'activité. Pose-t-on les bonnes questions ? Par ailleurs, l'utilisateur remplit cette grille avec le pôle éducatif et le pôle production, mais la synthèse de ce travail n'est pas toujours formalisée par écrit.

Les demandes des usagers en matière de choix d'atelier ne sont pas toujours respectées et les documents ne font pas mention des raisons qui justifient cet état de fait (attentes de plusieurs mois voire années pour être affecté dans l'atelier demandé, observé sur un projet individuel sans que les raisons ne soient évoquées).

**Propositions :**

**Affiner la procédure d'élaboration des projets individualisés**

**Raccourcir le rythme de réévaluation des projets à 1 an**

**Prévoir des points d'étape réguliers avec l'utilisateur**

**Actualiser et harmoniser les outils d'évaluation professionnelle et psychoéducatifs**

**Planifier les échéances de réévaluation des projets**

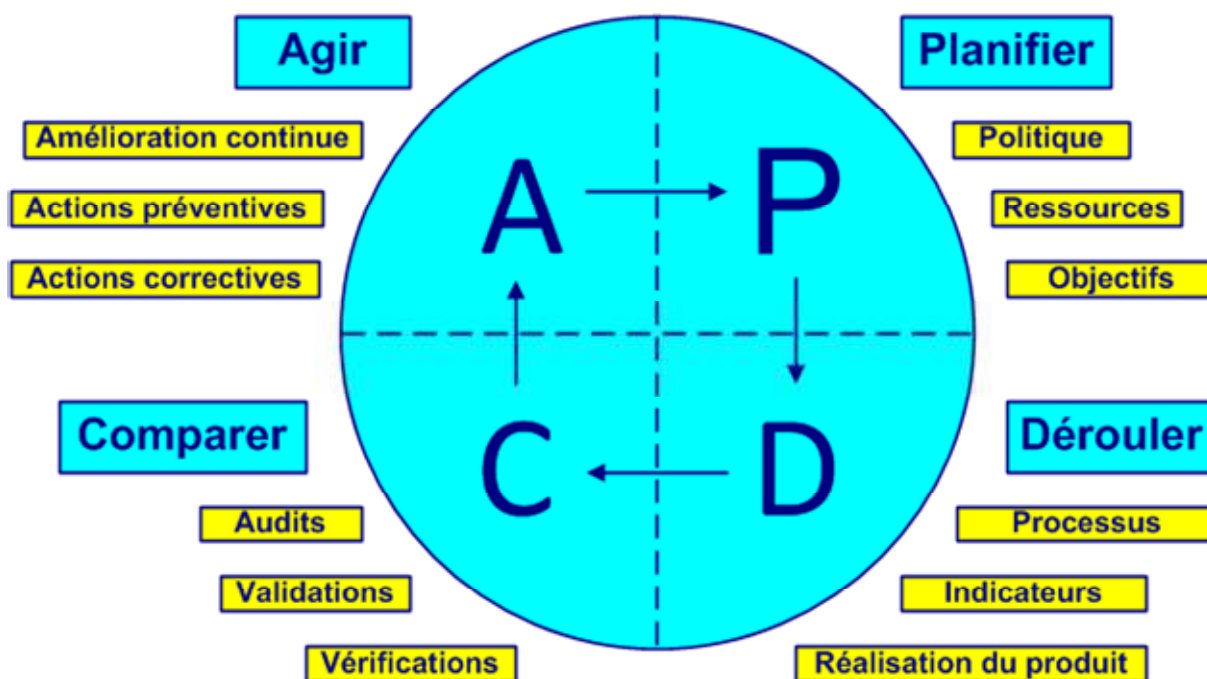
**Diffuser la nouvelle procédure et les outils auprès de l'équipe et favoriser leur mise en œuvre :**

**Consacrer une réunion d'équipe (le vendredi après-midi) ou un point qualité à la procédure "projet individualisé", en précisant les rôles et missions de chacun et en rappelant l'importance des écrits**

**Intégrer les moniteurs dans le processus**

- Saisir l'opportunité du développement et de l'installation d'un nouveau logiciel pour accompagner l'équipe vers l'écriture des projets individualisés**
  - o **Intégrer les écrits des moniteurs**
  - o **Réfléchir à la formation de l'équipe aux écrits professionnels**
- Étoffer le contenu des écrits et mieux expliquer les raisons pour lesquelles les souhaits des usagers n'ont pas pu être respectés**
- Classer, et harmoniser l'organisation des dossiers des usagers sur le pôle psycho-éducatif**
- Formaliser une procédure de sortie avec un outil commun d'évaluation pour le travail pluridisciplinaire**

Annexe n° 7 : Cycle de Deming et principe d'amélioration continue de la qualité



---

## **Formation Conseil Ingénierie Sociale**

Programme session de formation

### **DEVELOPPER SON POTENTIEL DANS UN ENVIRONNEMENT PROFESSIONNEL**

Le but de cette formation est de soutenir l'insertion des travailleurs dans le milieu professionnel, ainsi que leur implication en tant qu'auteur et acteur de leur projet, afin de développer leur pouvoir d'agir personnel au sein d'une équipe

**Public :** Travailleurs en situation de handicap psychique de l'ESAT REGAIN détachés en entreprise

**Durée :** 5 jours

#### **Objectifs généraux**

- Favoriser la meilleure intégration possible du professionnel dans le collectif de travail et dans l'entreprise
- Favoriser le développement personnel pour construire des savoirs être afin de s'adapter aux exigences relationnelles de son environnement professionnel
- Développer l'autonomie et la responsabilisation pour favoriser le bien être au travail

#### **Objectifs spécifiques**

Permettre

- De développer le savoir être, les compétences relationnelles individuelles et collectives.
- De construire une dynamique propre autour de l'estime de soi, de la confiance en soi et de l'affirmation de soi.
- De favoriser les attitudes d'ouverture, l'esprit critique, l'implication.
- De favoriser l'émergence des potentialités, et lever les inhibitions,

#### **Contenus thématiques**

##### **Communication expression**

- Décoder les composantes de l'expression, le langage oral, le langage du corps, les expressions faciales, le regard
- Repérer les différentes émotions et leur mode d'expression
- Prendre la parole spontanément, développer l'écoute
- Donner son avis, questionner, formuler une demande
- Identifier les normes sociales, présentation vestimentaires, langage etc....
- Situer la bonne distance sociale, différencier espace, public, professionnel et privé
- Adapter son langage son attitude selon l'interlocuteur
- Appréhender les conflits de manière non violente



### **Environnement professionnel**

- Se situer dans un environnement professionnel en développant les capacités à faire face aux changements, aux imprévus
- Appréhender l'entreprise, ses produits, ses clients, son organisation, ses contraintes et atouts
- Situer son emploi, fiche de poste, organigramme,
- Situer son travail, ce qui est produit, les consignes, les conditions de réalisation, l'équipe,
- S'exprimer sur les problématiques rencontrées et leurs modes de résolution

### **Connaissance de soi**

- Mieux se connaître pour développer la capacité à s'adapter dans les différents environnements
- Présenter, son parcours, ses compétences, ses motivations
- Identifier ses représentations du travail,
- Identifier et échanger sur ses valeurs, ses goûts, ses centres d'intérêts, ses motivations
- Prendre de la distance avec les situations vécues
- Situer le niveau d'exigence du poste et son propre niveau d'exigence (juste investissement, pression, se préserver)

### **Projet professionnel**

- Mettre en perspective, son expérience,
- Définir des pistes d'évolution, de changement

### **Méthodes pédagogiques :**

Méthodes actives et supports didactiques variés

démarche de découverte de soi et des autres centrée sur l'expérience, discussions, débats, jeux de rôle, photo langage, exercices d'expression, d'observation, de perception, d'analyse, relaxation, jeux pédagogiques, études de cas, apports de connaissances, analyse du travail, préparation interview, intervention d'un professionnel de la Macif, et animations d'atelier par des comédiens.

Association de l'équipe de L'ESAT à la construction et à l'évaluation de la session.

### **Evaluation :**

Une évaluation sera réalisée avec les participants à l'aide d'un questionnaire, présentation d'un bilan à l'équipe de l'ESAT à l'issue de la formation.

## Annexe n°9 : Plan de Formation 2014 des travailleurs

Annexe n° 9 Plan de formation des travailleurs 2014							
PLAN DE FORMATION DES TRAVAILLEURS REGAIN /2014							
Intitulé de la Formation	Organisme de Formation	Objectifs/attendus	déroulement	dates fixées	Nombre de bénéficiaires	Fréquence	
Insertion professionnelle et sociale							
		Objectifs				Cout Unitaire	
						Cout TTC	
" les savoir- être dans un environnement professionnel"	ARERAM relais formation 5, place du Colonel Fabien 75010 tel : 01.46.07.02.02 Resp. Form : Anne Laure FRAUD Formateur :	: posture professionnelle en M.O et détachement	10 séances de 2h30	nov-14	10 TH	10x2h30	95 €/heure 2 375 €
<b>Compétences professionnelles/Formations Certifiantes</b>							
"techniques et méthodes de nettoyage"	ARERAM relais formation 5, place du Colonel Fabien 75010 tel : 01.46.07.02.02 Anne-Laure FRAUD, resp. formation Formateur : Patrick LOCRAV	Objectifs : professionnalisation et valorisation du métier	8 séances de 3 heures chaque mardi de 13H30 à 16H30 3 séances sur site, 4 séances théoriques, une séance "d'évaluation" avec certification	04/02; 11/02; 18/02;25/02; 11/03;25/03;18/04; 22/04	8 TH	8x 3H	95€/heure 2 280 €
"Peinture-Rénovation"	GRETA Espace AISP Coordinatrice : Marylène DARIER CHATELIN 01.53.68.06.90	Objectifs	Activité Bâtiment sur site, fonction des chantiers	fonction des chantiers	7 TH	22 heures	120€/heure 2 640 €
"Maintenance et stockage"	GRETA Espace AISP Coordinatrice : Marylène DARIER CHATELIN 01.53.68.06.90	Objectifs appliquer les règles de sécurité	Pévention des risques	en ESAT, septembre 2014	12 TH	24 heures	120 €/heure 2 880 €
"Maîtriser Internet (messagerie, Web Recherches) et les outils informatiques"	Collectif Associatif "les jardins numériques" S. social 2, rue Wilfrid Laurier 75014 Paris délégué général : Joseph HAN Formateur : Alexandre HOUDOT	Objectif recherche d'informations sur internet et les outils informatiques Attendus	2 groupes de niveaux de 8 personnes Séances de 2 heures, les mercredis 14h-16h groupe faux débutant séances de deux heures, les vendredis 13h-15heures groupe intermédiaire Annuel	Evaluations : le 29/11 et le 06/12 démarrage le 22/01 2014	22 TH	2x2 heures hebdo sur 41 semaines forfait par session de 2x10 heures	20€/heure, sessions de 2x10h renouvelables 3 280 €
<b>59 TH en formation soit 65,55% de l'ensemble des travailleurs</b>							<b>13 455 €</b>



Communiqué de presse  
13 mars 2014, Paris

## “ Ouverture du 1<sup>er</sup> Centre d'Ecoute et d'Accueil sur les troubles psychiques, en Ile-de-France ”

Un accueil par téléphone ou sur site,

gratuit et ouvert à tous dès le 2<sup>nd</sup> trimestre 2014



### Un lieu d'accueil pour aider les personnes dans leurs recherches de solutions

Quelles solutions doivent être envisagées ?

Comment y accéder ? Qui peut me soutenir ?

L'annonce ou la suspicion de troubles psychiques est une période déstabilisante pour une personne et ses proches. Le CEAPSY proposera une **écoute attentive** par des professionnels pour pouvoir **rassurer la personne et l'aiguiller au plus près des besoins et des souhaits** vers les différentes solutions existantes en Ile-de-France.



### Un lieu d'observation des besoins en Ile-de-France

Quels sont les besoins en Ile-de-France ?

Quelles pistes pour y répondre ?

Le CEAPSY participera à l'**évaluation des besoins** en Ile-de-France concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique. L'objectif est de **mesurer le décalage entre les besoins et les solutions existantes** et d'en faire part aux organisateurs de formation, conseiller les services de l'Etat, les Départements, les MDPH, les commissions d'évaluation et d'attribution de la compensation, etc.

### Cibles

- Personnes vivant avec des troubles psychiques
- Proches
- Professionnels

### Objectifs

- Répondre aux besoins en termes d'écoute, d'accueil, d'information et de conseil
- Permettre une plus grande fluidité dans les parcours de vie
- Favoriser l'émergence d'un réseau regroupant le sanitaire, le social, le médico-social et l'entraide

Financé par l'ARS IDF



En partenariat avec



A l'initiative d'associations de la coordination régionale Agapsy IDF\*



\*Associations spécialisées dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap psychique (soutien dans la vie quotidienne, réinsertion dans l'emploi, aide au logement...)

### Contact Presse

Marie Vandeville  
m.vandeville@ceapsy-idf.org

### Pour plus d'information

www.ceapsy-idf.org  
01 45 65 76 77

### Où nous trouver

11, rue Cabanis 75014 Paris  
Ligne 6 - Saint-Jacques

**BROUANT**

**Philippe**

**Novembre 2014**

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

**ETABLISSEMENT DE FORMATION: Buc Ressources**

**IMPULSER LA DYNAMIQUE INSTITUTIONNELLE EN ESAT FAVORISANT LE  
RETABLISSEMENT D'ADULTES HANDICAPES PSYCHIQUES**

***Résumé :***

Largement intégré dans les politiques de santé anglo-saxonnes, le concept de rétablissement se développe aujourd'hui, en France, dans un contexte Européen de promotion de la santé mentale. A la différence des notions de guérison ou de rémission, le rétablissement pose le principe du devenir de la personne. La réappropriation d'un pouvoir de décider et d'agir (empowerment) ainsi que la restauration d'un contrôle sur sa vie sont les déterminants d'un concept qui requière des conditions particulières à sa mise en œuvre : la restauration de l'espoir, la confiance de l'entourage, soignants, proches et accompagnants dans les potentialités de la personne ainsi que des conditions de respect et de promotion du principe d'autodétermination.

La loi du 11 février 2005, en reconnaissant que les conséquences de certains troubles psychiques pouvaient être à l'origine de situations de handicap, a ouvert l'accès aux Etablissements et Services d'Aide par le Travail, à des personnes souffrant de maladies mentales stabilisées. Cette loi a posé également les principes du droit au libre choix de son projet de vie, du droit à compensation des conséquences du handicap et du droit à la participation et à la non-discrimination en vue de l'exercice d'une pleine citoyenneté.

Parce que L'ESAT, établissement médico-social, constitue, dans un cadre protégé, un vecteur de l'exercice de la citoyenneté pour des personnes qui souhaitent exercer un travail rémunéré, et source de valorisation personnelle, il contribue, aux côtés des services de soins, et des proches, au rétablissement des personnes accompagnées. Mais le rétablissement n'est possible que dans un contexte où chaque travailleur puisse être acteur de sa vie et où l'organisation soit en mesure de lui permettre de retrouver l'estime de soi et la confiance en ses potentialités. C'est cette démarche, visant à accompagner les professionnels de l'ESAT à changer leur regard sur les personnes accompagnées et leur mode d'intervention qui est proposé dans ce mémoire. C'est aussi, de façon plus large une réflexion portée sur les moyens de lutter par la coopération et la mise en réseau des pratiques, contre la discrimination dont souffrent toujours au quotidien les personnes présentant un trouble de santé mentale.

***Mots clés :***

**SANTÉ MENTALE - HANDICAP PSYCHIQUE – RETABLISSEMENT – POTENTIEL -  
STIGMATISATION - ESAT – TRAVAIL – INCLUSION SOCIALE - PARTICIPATION –  
EMPOWERMENT – COMPETENCES - CITOYENNETÉ – FORMATION  
PROFESSIONNELLE – RESEAU– COOPERATION – CHANGEMENT DE REGARD -**

***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.***