



**ENGAGER L'ESAT DANS UNE DEMARCHE DE  
PROMOTION DE LA SANTE  
POUR SOUTENIR LES PROJETS PROFESSIONNELS  
DES TRAVAILLEURS**

*Béatrice EGU*

**2014**

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Ce mémoire est le fruit d'un long cheminement rendu possible par tout mon entourage personnel et professionnel à qui j'adresse mes plus vifs remerciements, en particulier :

- Le Directeur Général de l'ADASMS pour sa confiance qui m'honore et m'oblige,
- Les personnes accueillies à l'ESAT-ADASMS : hommes, femmes, parents, citoyens, travailleurs, pour l'humilité qu'elles nous apprennent,
- L'équipe ESAT-ADASMS pour son engagement au quotidien,
- Les professionnels de l'ADASMS et du GAP qui se sont rendus disponibles,
- Le Directeur Général adjoint de l'ADASMS, directeur de mon mémoire pour nos échanges toujours constructifs,
- Ma famille pour les convictions qu'elle a su faire naître,
- Mon compagnon pour son soutien indéfectible.

*« La santé est le pilier du développement humain.*

*Si le progrès économique est nécessaire, il n'est pas une fin en soi et n'a de signification que s'il s'accompagne de progrès sociaux et humains<sup>1</sup> ».*

---

<sup>1</sup> GADREAU Maryse, BATIFOULIER Philippe, BUTTARD Anne, DOMIN Jean-Paul, Santé et Politiques Sociales : entre efficacité et justice, Paris, Editions Eska, 2011

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 L'ESAT-ADASMS, une démarche socio environnementale au service des projets professionnels.....</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Un établissement s'inscrivant dans un modèle de développement durable .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Une éthique de conviction et de responsabilité au service de la convivialité.....	6
1.1.2 Une viabilité financière propice au renforcement de l'accompagnement.....	8
1.1.3 L'innovation environnementale et la coopération pour préparer l'avenir .....	10
<b>1.2 De la diversité de la population et de l'évolution de ses attentes.....</b>	<b>11</b>
1.2.1 Du travail intégratif en ESAT vers des projets professionnels individualisés...	14
1.2.2 Les expressions d'une recherche de qualité de vie au travail .....	17
1.2.3 De la qualité des accompagnements.....	18
<b>1.3 Des problématiques de santé qui fragilisent l'élaboration et la mise en œuvre des projets professionnels .....</b>	<b>21</b>
1.3.1 Des conduites à risques qui restreignent l'accessibilité au travail .....	24
1.3.2 Le repli des travailleurs en défaut et refus de soins .....	26
1.3.3 Le surinvestissement au travail et les mises en danger sur le lieu de travail...	30
<b>2 Vers une dimension santé constitutive de l'accompagnement au travail .....</b>	<b>32</b>
<b>2.1 La culture de la prévention santé et sécurité à l'ESAT-ADASMS et ses limites.....</b>	<b>32</b>
2.1.1 « Santé au travail » ou enjeu de santé sur un lieu de travail protégé.....	33
2.1.2 Des actions santé par le biais d'activités de soutien morcelées.....	37
2.1.3 Les attitudes clivées de professionnels au regard de la santé et de la sécurité .....	42
<b>2.2 Induire une démarche de « Promotion de la Santé » en milieu de travail protégé.....</b>	<b>46</b>
2.2.1 La pertinence du concept de « Promotion de la Santé ».....	47
2.2.2 La pierre angulaire du futur Projet d'Etablissement ESAT-ADASMS .....	49
2.2.3 Des orientations stratégiques basées sur un développement systémique des compétences.....	51
<b>2.3 Un réseau d'actions collectives à construire .....</b>	<b>55</b>
2.3.1 Les opportunités d'un développement qualitatif basé sur une vision partagée	55

2.3.2	Des capacités de mobilisation disparates sur le territoire.....	57
2.3.3	La Recherche en santé et sécurité et un Pôle de compétences mobilisable ..	61
<b>3</b>	<b>Piloter l'engagement de l'ESAT dans une démarche de Promotion de la Santé .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1</b>	<b>Les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la démarche.....</b>	<b>64</b>
3.1.1	Un engagement fort, construit et fédérateur.....	64
3.1.2	Une méthodologie qui assure la maîtrise organisationnelle.....	68
3.1.3	Le sens des actions et la convergence des acteurs .....	70
<b>3.2</b>	<b>La conduite du changement en Promotion de la Santé au service des projets professionnels.....</b>	<b>73</b>
3.2.1	La cohérence par l'imbrication à l'existant.....	73
3.2.2	L'adaptation par la mise en œuvre d'actions nouvelles .....	76
3.2.3	Le pilotage d'un processus « projet professionnel » .....	81
<b>3.3</b>	<b>Les déploiements de la démarche de Promotion de la Santé.....</b>	<b>82</b>
3.3.1	Des réseaux d'action collective au service du déploiement thématique .....	82
3.3.2	La transversalité au service du déploiement intra-associatif.....	83
3.3.3	La transférabilité au service du déploiement externe .....	83
	<b>Conclusion.....</b>	<b>85</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>87</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAP : Appel A Projet  
ACS : Aide à la Complémentaire Santé  
ADASMS : Association Dervoise d'Action Sociale et Médico-Sociale  
AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées  
ANDICAT : Association Nationale des Directeurs d'ESAT  
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux  
APS : Activités Physiques et Sportives  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ASTHM : Association de Santé au Travail de Haute-Marne  
BAS : Budget d'Action Sociale  
BPC : Budget de Production et de Commercialisation  
CA : Chiffre d'Affaires  
CAE : Contrat d'Accès à l'Emploi  
CARSAT : Caisse d'Assurance de Retraite et Santé au Travail  
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles  
CAT : Centre d'Aide par le Travail  
CBNBP : Conservatoire Botanique National du Bassin Parisien  
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale  
CCP : Certificat de Compétence Professionnelle  
CDAPH : Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Handicapées  
CER : Comité d'Entente Régionale  
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental  
CFA : Centre de Formation pour Adultes  
CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
CHHM : Centre Hospitalier de Haute-Marne  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail  
CIH : Classification Internationale du Handicap  
CIF : Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé  
CMAD : Contrat de Mise A Disposition  
CMR : Cancérogènes, Mutagènes, Reprotoxiques  
CMU : Couverture Maladie Universelle  
CODES : COmité Départemental d'Education à la Santé  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
CREAHI : Centre Régional d'Etude et d'Animation sur le Handicap et l'Insertion  
CVS : Conseil de Vie Sociale  
DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale  
DIRECCTE : Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi  
DRAAF : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
DUD : Document Unique de Délégation  
DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels  
EAV : Emploi d'Avenir  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EPI : Equipements de Protection Individuelle  
EPS : Examen Périodique de Santé  
EPS\* : Education Pour la Santé  
EPTB : Etablissement Public Territorial de Bassin  
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail  
ESS : Economie Sociale et Solidaire  
ETP : Equivalent Temps Plein  
ETP\* : Education Thérapeutique du Patient  
FALC : Facile A Lire et à Comprendre  
FEXCA : Formations Expérimentales en Contrats d'Alternance  
GAP : Groupement d'Associations Partenaires  
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique  
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire  
HTA : Hyper Tension Artérielle  
IME : Institut Médico-Educatif  
IMPRO : Institut Médico Professionnel  
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité  
IRPES : Institut Régional de Prévention et d'Education pour la Santé  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
MAP : Moniteur Principal d'Atelier  
MEC : Méthode d'Evaluation Clinique  
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées  
OETH : Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PASSMOT : Passerelle vers le Milieu Ordinaire de Travail  
PIA : Projet Individualisé d'Accompagnement  
PIB : Produit Intérieur Brut  
PPS : Prestations Ponctuelles Spécifiques  
PRAP : Prévention des Risques liés aux Activités Physiques  
PRIAC : PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
PRS : Plan Régional de Santé  
PRSE : Plan Régional de Santé Environnementale  
PRST : Plan Régional de Santé au Travail  
PSVAS : Prévention Santé Vie Affective et Sexualité  
RAE : Reconnaissance des Acquis de l'Expérience  
RdR : Réduction des Risques  
RGPP : Révision Générale des Politiques Publiques  
ROME : Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois  
RPS : Risques Psycho Sociaux  
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé  
RSE : Responsabilité Sociale et Environnementale  
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés  
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale  
SDAIP : Service Départemental d'Aide à l'Insertion Professionnelle  
SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance  
SMR : Service Médical Rendu  
SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale  
SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins  
SRP : Schéma Régional de Prévention  
UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques  
VAE : Valorisation des Acquis de l'Expérience  
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

## Introduction

Le droit au travail est issu de la Convention Universelle<sup>2</sup> des Droits de l'Homme. La convention internationale du 30 mars 2007 relative aux droits des personnes handicapées<sup>3</sup> réitère ce droit fondamental par « *la possibilité de gagner sa vie en accomplissant un travail librement choisi ou accepté sur un marché du travail et dans un milieu de travail ouverts, favorisant l'inclusion et accessibles aux personnes handicapées* ».

Au sein de l'Union Européenne, une grande diversité caractérise les politiques nationales de l'emploi en faveur des personnes handicapées : intégration dans le milieu ordinaire de travail, existence de systèmes d'emploi protégé, aides financières ou mesures de persuasion. En France, la politique nationale comprend notamment un système de travail protégé avec des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) où le statut et la rémunération des personnes accueillies ne relèvent pas du droit du travail. Aujourd'hui, les ESAT emploient environ 120 000 personnes au sein de 1400 établissements et services et on estime que les personnes en ESAT représentent entre 12 et 15% des travailleurs handicapés en emploi<sup>4</sup>.

La loi du 11 février 2005 portant sur l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap a profondément modifié la mission des ESAT au profit des travailleurs à travers des projets personnalisés de travail, l'acquisition de savoirs professionnels et leur valorisation, la formation continue et l'insertion dans la cité.

L'ESAT-ADASMS que je dirige depuis Mars 2013 s'est inscrit avec force dans le respect des textes<sup>5</sup>, vus comme de réelles opportunités au bénéfice des travailleurs. Au-delà des attentes du législateur ; l'association ADASMS souhaite impulser et construire durablement ; elle a ainsi élaboré et mis en œuvre une ingénierie régionale en matière de formation, elle assure le portage régional d'un réseau national en matière de Reconnaissance des Acquis de l'Expérience et accompagne un dispositif expérimental d'alternance à l'échelle régionale

L'objectif de ces dispositifs est de donner la possibilité aux travailleurs handicapés de se découvrir de nouvelles compétences et capacités, d'évoluer sur un poste de travail, d'accéder à une certaine polyvalence, d'émettre des souhaits de stages et de formation, de se projeter dans un parcours d'insertion en milieu ordinaire ; et ainsi faciliter le rôle d'acteur

---

<sup>2</sup> ONU, Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, article 23, 10 décembre 1948

<sup>3</sup> Publiée par le décret n°2010-356 du 1<sup>er</sup> avril 2010

<sup>4</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, mai 2013, p7

<sup>5</sup> Décrets n°2006-703 du 16 juin 2006 et n°2009-565 du 20 mai 2009 sur la formation, la reconnaissance des savoir-faire et des compétences et la valorisation des acquis de l'expérience



de leur projet professionnel. Cette énergie de conception et de mise en œuvre est rendue possible par une dirigeance qui a su anticiper les attentes des travailleurs, s'appuyer sur un réseau partenarial et s'entourer de professionnels impliqués et inscrits dans une dynamique de formation et d'amélioration continue.

Cependant, malgré un étayage important centré sur « *l'épanouissement personnel et social à travers une activité à caractère professionnel* »<sup>6</sup>, des travailleurs rencontrent des difficultés qui fragilisent leurs parcours et leur projet professionnel. Au quotidien, j'ai pu observer, échanger, recueillir et analyser des données concernant la population de l'ESAT-ADASMS faisant émerger des problématiques -en lien avec la santé- qui amoindrissent nos propositions en matière d'accompagnement des travailleurs et font clivage au sein des professionnels de l'ESAT-ADASMS.

Dans un contexte où la santé en tant qu' « *état complet de bien-être physique, mental et social* »<sup>7</sup> fait partie d'une stratégie nationale interministérielle<sup>8</sup>, où une conception plus large du soin est recommandée par l'ANESM y compris pour les structures qui ne sont pas médicalisées<sup>9</sup> ; je m'interroge sur la place que doit occuper en ESAT cette « dimension santé » dans l'élaboration, l'actualisation et la mise en œuvre du projet individualisé d'accompagnement des travailleurs handicapés du milieu protégé.

L'ESAT-ADASMS se construit à travers une démarche socio environnementale qui prend en compte la diversité de sa population et de ses attentes. Cette empreinte « vivable, responsable, viable » est propice à l'écoute des travailleurs, à la recherche d'une qualité de vie au travail, à l'innovation. Dans ce contexte, l'observation clinique qui constitue la référence méthodologique de notre accompagnement ne peut cependant pas suffire à identifier l'ensemble des facteurs d'influence en jeu –facilitateurs ou obstacles- dans les trajectoires professionnelles. Ainsi, les difficultés vécues par certains travailleurs en matière de santé ne rencontrent pas de propositions suffisamment adaptées, robustes et concertées aptes à soutenir leur projet professionnel.

L'ampleur des enjeux (humains, éthiques, managériaux et organisationnels), la complexité qu'appelle l'imbrication de sphères personnelles et professionnelles, la démarche de développement durable qui fonde la cohérence de l'action associative m'amènent à engager l'ESAT dans un projet qui dépasse ce que je nomme « le caractère opposable travail/santé » et la seule obligation de l'employeur à protéger la santé et à assurer la sécurité, issue du Code du Travail.

---

<sup>6</sup> CASF, article L. 344-2 (loi n°2005-102 du 11 février 2005, article 39-II)

<sup>7</sup> OMS, Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946

<sup>8</sup> TOURAINE Marisol, « Stratégie Nationale de Santé », 23 septembre 2013

<sup>9</sup> ANESM, Synthèse de la recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée », Juillet 2013, p1

Ce changement de paradigme est rendu possible et pertinent grâce au concept de Promotion de la Santé. Ce concept, qui repose sur la Charte d'Ottawa<sup>10</sup>, a *pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer*. Il envisage une santé engendrée et vécue là où l'individu travaille, il prône une action de santé intersectorielle et la protection de son environnement, il crée les conditions du développement individuel et social par la qualité de vie au travail, et l'éducation pour la santé.

Des orientations stratégiques basées sur le fil rouge du développement des compétences des travailleurs et des professionnels, des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé mobilisables sur le territoire, des opportunités qui se présentent en matière de subventionnement me conduisent à engager l'ESAT dans cette démarche de Promotion de la Santé pour soutenir le processus d'élaboration, de mise en œuvre et de révision des projets professionnels des travailleurs.

A travers l'actualisation du Projet d'Etablissement de l'ESAT-ADASMS pour les 5 années à venir, je conduirai le changement à travers les 3 axes suivants :

>Je renforcerai le rôle d'acteur des travailleurs de l'ESAT et des moniteurs d'atelier en matière de santé et de sécurité à travers la méthode de Prévention des Risques liés aux Activités Physiques (PRAP) élaborée par l'INRS,

>J'inscrirai l'ESAT-ADASMS et ses pratiques professionnelles dans un réseau d'Education pour la Santé qui facilitera l'accès des travailleurs aux interventions de prévention individuelles et collectives, ceci par le biais du pôle de compétences régional en Education Pour la Santé de l'INPES et des acteurs de santé sur le territoire,

>Je déploierai la stratégie de production et de commercialisation de l'ESAT-ADASMS par des actions au bénéfice de la santé environnementale des travailleurs, et qui témoignent et valorisent leur participation éco-citoyenne à la protection des milieux naturels et de la biodiversité.

La réalisation et l'efficience de ces actions, leurs impacts sur les projets professionnels seront sous-tendus par une démarche systémique de conception et d'évaluation, et par leur accessibilité, leur lisibilité et leur transférabilité sur le territoire.

---

<sup>10</sup> OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986

# **1 L'ESAT-ADASMS, une démarche socio environnementale au service des projets professionnels**

L'A.D.A.S.M.S., Association Dervoise d'Action Sociale et Médico-Sociale prend ses racines en 1995 sous l'impulsion du CCAS<sup>11</sup> de Montier en Der dans le département de la Haute-Marne en région Champagne-Ardenne. Il s'agit d'une petite association comptant une centaine de salariés au travers de 6 établissements (IME, ESAT, Foyer d'Hébergement, Foyer de Vie, SAVS et SAMSAH) et sur 3 localisations différentes permettant d'accueillir et d'accompagner près de 250 personnes en zone rurale principalement et sur l'agglomération de Saint-Dizier. Les valeurs associatives qui irriguent le fonctionnement des établissements se réfèrent aux Droits de l'Homme et aux Droits des Personnes Handicapées<sup>12</sup>, et à la nécessaire transversalité des actions pour une cohérence globale.

L'Association se trouve aujourd'hui à un stade de maturité et de dynamisme reconnu en interne et en région. Son empreinte est celle d'un management participatif construit sur un socle de groupes de concertation transdisciplinaires, d'une évaluation interne continue sur un mode semestriel, d'une dimension formelle forte, d'une visée intégratrice entre établissements et d'une plasticité des tâches encouragées auprès des salariés.

Ces principes d'action s'inscrivent dans un management de type stratégique au service d'une cohérence entre les dimensions humaine, administrative, financière, technique, et y compris dans la dimension sociétale (citoyenne, écologique et éthique).

L'Établissement ESAT « Les Ateliers de l'Héronne » dont j'ai pris la Direction en Mars 2013 (*Annexe n°1*) s'inscrit pleinement dans cette démarche pour accompagner les 103 travailleurs en situation de handicap reconnus et orientés par la CDAPH.

## **1.1 Un établissement s'inscrivant dans un modèle de développement durable**

### **a) De la nécessité d'un modèle de développement**

L'ESAT-ADASMS est un établissement médico-social qui s'inscrit dans les missions d'intérêt général et d'utilité sociale par sa démarche d'aide et de soutien par le travail<sup>13</sup>. Sa vocation est médico-sociale : offrir des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif en vue de favoriser l'épanouissement personnel et social de personnes présentant une déficience intellectuelle et/ou psychique<sup>14</sup>. Cette vocation médico-sociale est réaffirmée à travers l'article 39 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 et ses décrets d'application. Ainsi, selon mon

---

<sup>11</sup> Le CCAS gérait depuis 1956 un IMPRO et depuis 1985 le CAT « Les Ateliers de l'Héronne »

<sup>12</sup> ONU, 9 décembre 1975

<sup>13</sup> CASF, article L. 311-1 (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, article 5), article L.312-1 alinéa 5 (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, article 15)

<sup>14</sup> CASF, article L. 344-2 (loi n°2005-102 du 11 février 2005, article 39-II)

interprétation, l'activité économique développée dans ce cadre constitue un support essentiel, ce qui ne fait pas d'un ESAT une « entreprise » au sens de la loi.

Cette nature double socioéconomique des ESAT, dont on perçoit aisément la complexité de mise en œuvre, les enjeux humains et de pérennité financière, nous impose de choisir un modèle de développement pour asseoir les orientations et décisions stratégiques en toute cohérence.

#### b) De la nécessité de s'adapter à l'évolution des populations

Après avoir abordé la facette identitaire d'un ESAT tel que je la conçois, il me semble important à ce stade de revisiter également l' « identité » de la population accueillie dans un ESAT au sens de l'origine de l'orientation en ESAT par la CDAPH.

La déficience intellectuelle selon l'OMS<sup>15</sup> est « *la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement* ».

Depuis la loi du 11 février 2005, la définition française<sup>16</sup> considère le handicap comme « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans un 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* ».

Cette définition met en exergue l'importance du contexte environnemental comme facilitateur ou frein pour des personnes présentant une altération quel qu'elle soit.

Par cette définition, la loi a permis une meilleure reconnaissance des troubles psychiques qui peuvent être le handicap premier ou associés à une déficience intellectuelle et qui sont définis comme « *des pathologies psychiatriques détectées à la naissance ou après une maladie ou un accident, n'impliquant pas de déficit intellectuel majeur* »<sup>17</sup>.

Au sein de l'ESAT-ADASMS, l'analyse de profil du handicap de la population accueillie sur les 5 dernières années n'a pas mis en évidence un accroissement de la population présentant ces troubles psychiques. Cependant, les données relatives aux populations en attente d'entrée en ESAT ou susceptibles d'être accueillies en ESAT<sup>18</sup> dans les années à

---

<sup>15</sup> OMS, Bureau régional de l'Europe, site <http://www.euro.who.int/>

<sup>16</sup> CASF, article L.114 (loi n°2005-102 du 11 février 2005, article 2-I, 1°)

<sup>17</sup> UNAFAM, CNSA, UNCCAS, UNA, L'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de troubles psychiques, Février 2008, p10

<sup>18</sup> PEDERIVA Pierre, Mémoire Caferuis, Accompagner l'arrivée de troubles psychiques dans l'unité d'enseignement d'un IME, février 2011, p9 et GUILLAUME Séverine, rapport d'activité 2013 du SDAIP Axe 2, 21 janvier 2014

venir me permet d'entrevoir une augmentation de la proportion de personnes présentant des troubles du comportement associés à des troubles d'ordre psychique.

### c) Le choix d'un modèle de développement durable

Le « développement durable » est défini dans le « rapport Brundtland »<sup>19</sup> comme « *un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs* ». Les 3 composantes du Développement Durable que sont la société, l'économie et l'environnement et leurs interactions constructives en termes de convivialité, de viabilité et de caractère vivable permettent à l'ESAT-ADASMS de s'inscrire dans une recherche d'équilibre et d'harmonie plaçant l'humain au cœur du projet d'établissement et propice à un accompagnement de qualité des populations actuelles et futures.

#### 1.1.1 Une éthique de conviction et de responsabilité au service de la convivialité

Selon Ivan Illich, « *Conviviale est la société où l'homme contrôle l'outil*<sup>20</sup> ». L'ESAT-ADASMS soutient « *une production au service de l'homme* »<sup>21</sup> et le fait de ne pas rentrer « *dans une logique de performance financière incompatible ou tout au moins impropre avec la vocation d'un établissement médico-social*<sup>22</sup> ».

#### a) La place du soutien réaffirmée

L'ESAT-ADASMS s'est structuré en 3 pôles d'activités de production et de commercialisation (*Annexe n°1*) à caractère professionnel : Horticulture et Maraîchage (33 travailleurs), Création et Entretien d'Espaces Nature (18 travailleurs), Activités industrielles et de services (52 travailleurs). Pour un travailleur, il s'agit en moyenne de 33h30 de travail hebdomadaire. 10 personnes bénéficient d'un temps partiel de 0.55 à 0.9 ETP. A ces activités productives s'ajoutent des activités de soutien définies par l'article L. 344-2-1 du CASF. L'ESAT-ADASMS propose des actions de formation professionnelle qui représentent en moyenne 20h par travailleur, des actions éducatives à l'autonomie (prévention santé vie affective et sexualité, informatique, sensibilisation aux règles de circulation routière), et des actions d'implication dans la vie sociale (arts et créativité, activités physiques et sportives en sport adapté : voile, athlétisme, tir à l'arc, football). D'autres formes de soutien sont proposées cette fois-ci à caractère thérapeutique : musicothérapie, art thérapie, entretiens avec psychologue ou psychiatre, équithérapie, option sonore. Le choix de l'ESAT-ADASMS est de compter l'ensemble de ces activités de soutien qu'elles soient professionnelles ou extraprofessionnelles en temps de travail. Dans

---

<sup>19</sup> Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'Organisation des Nations Unies, BRUNTLAND Gro Harlem, Our Common Future, 1987

<sup>20</sup> ILLICH Ivan, La convivialité, Seuil, 1973

<sup>21</sup> EGU Béatrice, Document de rentrée ESAT, 6 septembre 2013

<sup>22</sup> ZRIBI Gérard, L'avenir du travail protégé-Les ESAT dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées, Rennes, EHESP, 2012

les usages en ESAT, les activités à caractère extraprofessionnel sont décomptées du temps de travail comme le permet le législateur<sup>23</sup>. Il faut ainsi souligner la complexité d'organisation des emplois du temps individuels avec les encadrements adaptés ; et d'autre part, la fragilisation de l'établissement au vue de la non-reconnaissance par les autorités de tarification de cette singularité au service de la personnalisation de l'accompagnement.

#### b) Le rôle éducatif renforcé

L'équipe ESAT-ADASMS est constituée de 23.26 ETP dont 11 moniteurs d'atelier. Trois Moniteurs Principaux d'Atelier assurent la coordination des équipes au sein des 3 pôles d'activités, et 1 MAP est détaché du pôle industriel en charge du soutien et de l'insertion professionnelle depuis 2009. Les choix de recrutement et de formation ont été faits de sorte qu'aujourd'hui la masse salariale de l'ESAT-ADASMS est constituée de 58% de moniteurs ayant la qualification d'Edicateur Technique Spécialisé. En moyenne dans les ESAT, ce pourcentage est de 6%<sup>24</sup>.

« *En ESAT, la fonction éducative est davantage liée à une personnalisation du mode d'encadrement au travail ; elle ne relève pas tant sur le fait d'articuler « l'éducatif » et le « productif » (car dans ce cas, la production prendra toujours inmanquablement le pas), que de parvenir à instaurer un accompagnement éducatif au travail notamment à travers des actions de reconnaissance des compétences et de formation* ». A travers cette définition proposée par Thierry BRAGANTI<sup>25</sup> et dans laquelle je m'inscris ; ce sont les capacités d'observation des comportements, la fonction d'anticipation de situations soudaines qui peuvent disloquer la dynamique de groupe, et l'organisation des modes de fonctionnement de l'atelier qui sont recherchées.

Cependant, face à la complexité des situations des personnes accompagnées (enchevêtrement des difficultés), de la pression économique liée au contexte (délocalisations, fermeture d'entreprises locales, désindustrialisation) et des représentations à l'œuvre par chacun des professionnels impliqué ; il est essentiel en réunions d'équipe<sup>26</sup> de « *repartir à chaque fois des valeurs sur lesquelles nous n'entendons rien céder* »<sup>27</sup>, tout en les questionnant afin que ces principes soient mis en cohérence avec les réalités quotidiennes.

---

<sup>23</sup> Circulaire DGAS/3B/2008/259 du 1<sup>er</sup> Août 2008 relative aux ESAT et aux personnes handicapées qui y sont accueillies, paragraphe 2.1

<sup>24</sup> DGCS, rapport OPUS 3 d'Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des ESAT dans leurs missions médico-sociale et économique, novembre 2009, p55

<sup>25</sup> BRAGANTI Thierry, MATHIEU-FRITZ Alexandre, Educateur Technique Spécialisé, Editions ASH, 2011

<sup>26</sup> Rencontres de coordination hebdomadaires et Réunions d'ordre général mensuelles

<sup>27</sup> Préface de JAEGER Marcel dans BOUQUET Brigitte, Ethique et travail social – une recherche du sens, Dunod, Paris, 2012

### c) Des productions accessibles

En termes de stratégie de production, les prospectives menées par l'adjoint technique en charge de la démarche commerciale tendent vers des marchés réalisables, par les travailleurs eux-mêmes, dans des conditions de travail jugées ordinaires et en sécurité.

Dans les usages en ESAT, j'ai pu repérer des activités requérant une part de conception qui sont alors réalisées par les moniteurs, des marchés obtenus puis sous-traités en dehors du milieu protégé avec une marge bénéficiaire, des temps de travail exigeants en restauration qui génèrent un fort taux d'absentéisme des travailleurs.

Le choix de l'ESAT-ADASMS est de ne pas prétendre à des marchés non accessibles à la population accueillie qui les placeraient dans des conditions de pression productiviste, qui induiraient inéluctablement la réduction des temps de soutien. Tel serait le cas d'un appel d'offre consistant à élaguer des arbres situés en bordures de voies ferrées sur un territoire aussi vaste qu'un département.

Ce positionnement de l'ESAT reste cependant complexe car il questionne aussi notre capacité à imaginer les moyens de rendre accessibles des productions qui ne le sont pas à priori ; d'autre part, renoncer à un marché dans un contexte économique aussi fragile s'apparente à une prise de risque élevée malgré une situation budgétaire et financière favorable.

## **1.1.2 Une viabilité financière propice au renforcement de l'accompagnement**

### a) Une santé financière et budgétaire saine

En 2009, 24% des activités des ESAT étaient déclarées en déficit.<sup>28</sup> En 2010, les ESAT auraient un déficit structurel compris entre 5% et 7% non pris en compte par les pouvoirs publics, déficit que les établissements parviennent plus ou moins à compenser par l'activité économique.

En qualité de Directrice d'ESAT, la responsabilité de la gestion économique, financière et logistique de l'établissement est accentuée par l'activité de production et de commercialisation qui doit s'appuyer sur un projet stratégique.

L'ESAT-ADASMS comprend un budget d'action sociale (BAS) financé par dotation globale versée mensuellement et un budget de production et de commercialisation (BPC) qui résulte des charges et produits de l'activité économique. Le bilan financier et les ratios financiers de l'ESAT-ADASMS traduisent une situation budgétaire et financière saine avec des résultats excédentaires sur les 2 budgets depuis 5 ans, des excédents affectés à l'investissement, un taux d'endettement faible, des réserves de compensation destinées aux charges d'amortissement et aux déficits d'exploitation, une trésorerie confortable.

---

<sup>28</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, mai 2013, p13

L'ESAT-ADASMS présente une activité diversifiée avec une part Montage-Conditionnement-Mécanique qui représente 28% du CA en baisse significative de moins 20% par rapport à 2012, une part Horticulture qui représente 52% du CA en légère diminution et une part Espaces Nature qui représente 20% du CA en progression.

Ces activités sont caractérisables par un machinisme raisonné, une politique active d'investissements et de renouvellement des équipements, un portefeuille clients diversifié dont la fidélisation est organisée, une part grandissante de productions propres, des opportunités saisies comme la montée en puissance d'un engouement pour les circuits alimentaires courts (vente de légumes dans les ateliers de production).

b) Le renforcement des dispositifs d'accompagnement

-Les résultats excédentaires du BPC ont permis de recruter un moniteur d'atelier rémunéré par le BPC ce qui permet d'augmenter le taux d'encadrement de 0.1ETP,

-Les résultats excédentaires du BPC permettent une politique de rémunération volontariste en faveur des travailleurs en complétant la rémunération directe annuelle correspondant à 10% du SMIC par une prime d'intéressement annuelle,

-Depuis la loi du 11 février 2005, les ESAT participent au financement de la formation professionnelle continue et l'Arrêté du 6 juillet 2007 vient fixer la base de compensation par l'Etat fixée « *au double de la contribution acquittée par l'ESAT pour chaque travailleur sur la part de rémunération garantie qu'il finance.* » L'ESAT-ADASMS a choisi de doubler la participation minimale de 1.6% ce qui multiplie par 3 la contribution minimum qui atteint 9.6%. Ceci a permis en moyenne sur les années 2008 à 2013 près de 1500 heures de formation auprès de 50 travailleurs<sup>29</sup>. Ceci conduit l'ESAT à renforcer l'accès à la formation professionnelle continue et contribue ainsi à l'égalité des droits et des chances.

-L'ESAT-ADASMS met à disposition des travailleurs deux lignes de transport collectif gratuites pour les travailleurs issus de Montier en Der et de Saint-Dizier et ses environs. Cela représente 5.2% des charges brutes du BAS<sup>30</sup>. Ceci favorise un certain présentisme, la possibilité pour les travailleurs qui le souhaitent d'économiser sur les frais de carburant, des facilités d'accès à l'ESAT pour des stagiaires situés sur le territoire nord Haut-Marnais.

c) Un contexte budgétaire qui se tend néanmoins

La dotation globale 2013 (1 211 739€) a subi un taux d'évolution de 0% dans un contexte où le coût à la place ESAT-ADASMS était de 11 764€ soit inférieur au tarif plafond national de référence fixé par arrêtés ministériels<sup>31</sup>.

---

<sup>29</sup> FAILLAT Christelle, Bilans annuels des formations des travailleurs ESAT-ADASMS, janvier 2009 à 2014

<sup>30</sup> Budget prévisionnel 2014 ESAT BAS

<sup>31</sup> Arrêtés du 22 avril 2013 fixant les tarifs plafonds prévus au deuxième alinéa de l'article L. 314-4 du code de l'action sociale et des familles (le tarif plafond national de référence est de 12 840€) et fixant les dotations régionales limitatives (34 484 987€). En 2014, les arrêtés du 30 04 14 fixent le tarif plafond à 12 949€ et la DRL Champagne-Ardenne à 34 850 281€.



La dotation globale 2014 a elle été revalorisée grâce à un taux d'activité de 92% (20 373 journées sur 22 145 journées théoriques). Le taux d'activité devient donc un indicateur essentiel du tableau de bord de pilotage de l'établissement car il conditionne désormais le taux de reconduction<sup>32</sup> de la dotation globale de fonctionnement. Le contexte budgétaire de l'ESAT se tend néanmoins avec la suppression des exonérations ZRR, l'attente du CPOM 2<sup>ème</sup> génération (suite à la fin du 1<sup>er</sup> CPOM signé le 19 décembre 2008 à échéance fin 2013 et l'avenant 2014) qui interroge le maintien possible de la dotation à ce niveau, les conditions de convergence tarifaire (gel des dotations pour les coûts à la place supérieurs aux tarifs plafonds de référence).

La viabilité financière n'est jamais acquise ce qui requiert un pilotage fin, l'ancrage de la mission première d'accompagnement et des stratégies pour préparer l'avenir.

### **1.1.3 L'innovation environnementale et la coopération pour préparer l'avenir**

#### **a) Un territoire**

L'environnement de l'ESAT-ADASMS est celui d'un territoire rural haut-marnais en région Champagne-Ardenne (*Annexe n°2*), distant de 40 minutes des agglomérations les plus proches : Saint-Dizier à l'Est et Vitry le François à l'Ouest, à l'interface de 3 départements (Aube, Marne et Haute-Marne).

Dans la première région agricole de France, plus de 60 % du territoire est dédié à l'agriculture. L'ESAT se situe néanmoins dans un des 2 axes industriels principaux de la région entre Vitry le François et Saint-Dizier. Les politiques locales tentent de redynamiser le département de la Haute-Marne qui voit sa population diminuée<sup>33</sup>. L'attractivité économique traditionnelle basée sur les activités industrielles de fonderie se voit compléter par des actions de développement touristique notamment autour des Grands Lacs de Seine présents sur la région dont le Lac de Der-Chantecoq situé à une dizaine de kilomètres de l'ESAT.

#### **b) Un projet expérimental visant la restauration de la biodiversité**

Attaché à la dimension territoriale et conscient des enjeux liés à la montée en puissance d'une appétence environnementale, l'ADASMS répond en 2010 à un appel à projet issu du Grenelle de l'Environnement. En 2010, l'ADASMS en partenariat avec le Conservatoire Botanique National du Bassin Parisien est lauréat de cet appel à projet du Ministère de l'Environnement intitulé « Conservation et préservation de semences végétales indigènes par la création d'une filière de production et de commercialisation ». Par le projet intitulé « Educaflora » (*Annexe n°3*), l'ESAT-ADASMS pilote une démarche socio-écologique qui

---

<sup>32</sup> ARS Champagne-Ardenne, *Rapport d'Orientation Budgétaire 2014*, 12 mai 2014 : le taux de reconduction régional fait l'objet d'une modulation en fonction du taux d'occupation moyen de 95 % calculé en fonction des 3 dernières années et des particularités de prise en charge.

<sup>33</sup> D'après les projections démographiques de l'INSEE en 2040, la Champagne-Ardenne est la seule région qui pourrait encore perdre des habitants dans les années futures dans les départements de la Haute-Marne et des Ardennes.

rejoint ses convictions en matière de préservation de la biodiversité et de protection des espèces vulnérables et va permettre de proposer aux travailleurs une autre activité ouverte sur le milieu ordinaire, de développer de nouvelles compétences et offre de formation.

### c) Des coopérations vécues

La coopération est une incitation légale<sup>34</sup> mais représente davantage sur un territoire rural tel que celui de l'ESAT-ADASMS. Des coopérations multiples se sont construites :

-un groupement d'associations partenaires, le GAP « Val et Der »<sup>35</sup>, permet des partages de pratiques, des formations communes et notamment à l'ESAT de développer des liens de co-traitance<sup>36</sup> avec un autre ESAT situé sur la ville de Saint-Dizier (Association Bois l'Abbesse),

-des contacts réguliers ont lieu avec l'ESAT APEI de Vitry le François et l'ESAT APEI du Menois dans l'Aube, ceci a permis notamment de répondre de manière concertée à un appel d'offre pour lequel chacun des ESAT ne pouvait répondre seul ou de mettre en place des stages pour les travailleurs souhaitant soit faire un séjour de rupture soit dans la perspective d'un rapprochement familial.

-des conventions<sup>37</sup> en lien avec le projet Educaflora permettent l'exploitation de terrains recherchés par l'ESAT-ADASMS et dans le même temps, la valorisation d'espaces publics ou privés.

\*\*\*\*\*

Le développement s'intéresse à la capacité des individus à mieux maîtriser leur destin, le concept de « développement durable » se soucie aussi de l'impact sur les populations futures. L'ESAT-ADASMS soutient ce modèle de développement à travers une éthique responsable, une activité économique raisonnée et respectueuse de l'environnement, et une veille sociale en continu. Ce modèle est propice à l'écoute des travailleurs, à leur participation dans la recherche de conditions de travail agréables et gratifiantes, au temps nécessaire à consacrer à la co-construction et à l'actualisation de leur projet professionnel. Ces conditions réunies par l'ESAT participent à la qualité de l'accompagnement des travailleurs.

## **1.2 De la diversité de la population et de l'évolution de ses attentes**

L'accompagnement personnalisé qui constitue le cœur d'un accompagnement de qualité fait face à plusieurs diversités : celle des personnes accueillies, celles des catégories de

---

<sup>34</sup> CASF Articles L. 312-6 et 7 relatifs à la coordination des interventions, à la continuité et à la transversalité dans l'offre de services, à la complémentarité, à la lutte contre les clivages, aux réponses souples multiples et adaptables.

<sup>35</sup> Le GAP regroupe 2 associations et 1 fondation : l'ADASMS, l'association « Le Bois L'Abbesse » et la Fondation Lucy Lebon

<sup>36</sup> Réponse commune ponctuelle à un marché auquel chacun des ESAT n'aurait pas pu répondre seul, article 51-I du Code des Marchés Publics

<sup>37</sup> Convention 2013-2015 avec le Muséum National d'Histoire Naturelle et Convention Etablissement Public Territorial de Bassin Grands Lacs de Seine du 22 Novembre 2013

publics, celle des parcours souhaités, celles de populations sur le territoire en attente d'entrée en ESAT. Répondre à des problématiques aussi diverses et qui évoluent dans le temps représente un véritable défi au quotidien ; ce qui donne tout l'intérêt à la recommandation ANESM de juin 2013 sur l'« Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT. »

Une introduction par l'approche descriptive des caractéristiques de la population est nécessaire.

#### a) La nature des orientations en « milieu de travail protégé »

L'orientation en milieu de travail protégé procède d'une incapacité temporaire ou définitive de travail en milieu ordinaire, les ESAT sont donc des acteurs d'une employabilité durable. L'ESAT-ADASMS est susceptible d'accueillir toute personne qu'elle qu'en soit l'origine. Dans les faits, les personnes accueillies à l'ESAT-ADASMS viennent majoritairement de l'IME-ADASMS dès leur 20<sup>ème</sup> année après des périodes de stages en milieu ordinaire<sup>38</sup> ou en milieu protégé<sup>39</sup> afin de ne pas faire perdurer le statut d'entre-deux de jeune adulte relevant de l'amendement Creton. C'est l'évaluation de la période d'essai qui permet aux professionnels de l'équipe pluridisciplinaire de comprendre l'enjeu de l'orientation « milieu de travail » notifiée par la CDAPH.

Les personnes sur liste d'attente accueillies pour un entretien et la visite de l'ESAT se présentent avec des histoires de vie parfois douloureuses comme par exemple faisant suite à un parcours scolaire exclusif en milieu ordinaire mais dont l'expérience de travail en milieu ordinaire fut particulièrement difficile. Le « travail protégé » prend alors tout son sens, il renvoie à la vulnérabilité, définie par la Croix-Rouge Française par « *la personne dont la situation met en péril de manière ponctuelle, limitée ou durable, sa capacité naturelle à protéger ses propres intérêts et ceux de ses proches*<sup>40</sup>. »

D'autres candidatures en ESAT font suite à « *l'erreur d'avoir démissionné* » d'un ESAT, la possibilité de diminuer l'accueil en maison thérapeutique, un rapprochement familial ou l'activité horticulture de l'ESAT-ADASMS très prisée sur le territoire.

#### b) La démographie et les besoins associés à l'avancée en âge

La population est au trois quart masculine, la pyramide des âges y est de forme ovoïde avec 27% de la population âgée de plus de 45 ans<sup>41</sup>. La population des plus de 45 ans de l'ESAT-ADASMS présente des nouveaux besoins et/ou l'intensification de certains besoins : soins, aides humaines pour les actes de la vie courante, aides humaines pour la gestion de la santé, aides humaines pour la gestion du temps libre, surveillance pour

---

<sup>38</sup> Il s'agit par l'expression « milieu ordinaire » du milieu de travail où l'on parle d'emplois « de droit commun » avec le statut de « salarié » et un « contrat de travail »

<sup>39</sup> Il s'agit par l'expression « milieu protégé » de l'orientation par la MDPH de personnes vulnérables ayant une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

<sup>40</sup> Croix-Rouge Française, Stratégie 2015, p6

<sup>41</sup> Contribution à l'étude CREAHI « Enquête avancée en âge dans les ESSMS, Mai 2014

assurer la sécurité physique de l'utilisateur, aides techniques, aménagement du rythme d'activité.

c) La mixité des handicaps

Les situations de handicaps rencontrés à l'ESAT-ADASMS proviennent de déficiences intellectuelles (82%) majoritairement légères et de troubles du psychisme (18%). Cependant 64% des personnes en situation de déficience intellectuelle présentent des troubles secondaires du psychisme. D'autres handicaps dits secondaires concernent des déficiences motrices, des déficiences sensorielles et des troubles de santé invalidant (à hauteur de 6%)<sup>42</sup>.

d) Le niveau d'autonomie

Le niveau d'autonomie sociale des travailleurs ESAT est mesurable sur l'aspect transport (20% ont la possibilité de se déplacer hors transports en commun), sur l'aspect domicile (82% possèdent un domicile personnel hors foyer d'hébergement et domicile parental), et sur l'aspect gestion du quotidien (50% des personnes à domicile ne requièrent pas de suivi SAVS)<sup>43</sup>. La liste d'attente ESAT-ADASMS fait apparaître des personnes dont la localisation géographique ne se trouve pas sur des axes routiers ou ferroviaires facilement accessibles ou qui nécessite des coûts de transport élevés au vu des revenus.

e) La parentalité

15.5% de la population ESAT-ADASMS sont parents<sup>43</sup>. La parentalité est un facteur à intégrer en termes d'aménagement du temps de travail (congrés parentaux), et par la disponibilité requise pour les soins à apporter aux enfants et pour les suivis mis en place tels que la PMI ou le CMPP.

f) L'accueil de stagiaires

Au-delà de l'agrément, ce sont une trentaine de personnes accueillies en stages annuellement <sup>44</sup>(IME, autres ESAT, CHS, personnes en attente de place en ESAT) pour un stage de découverte, un stage professionnel ou un stage de rupture (*Annexe n°4*).

Pour les personnes attendant une place en ESAT, effectuer un stage même sur des temps courts permet de retrouver un collectif, de rompre l'isolement, de se sentir utile, de retrouver des repères, de se projeter. « *Appartenir à un groupe social qui lui confère une place, qui le stigmatise mais le qualifie [...] d'où l'impact psychique pathogène de toutes les situations sociales de désœuvrement.* »<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> EGU Béatrice, Rapport d'activité ESAT 2013, Avril 2014, p4

<sup>43</sup> Base de données 2013 des travailleurs ESAT-ADASMS

<sup>44</sup> Planning des accueils en stage à l'ESAT-ADASMS, 2013-2014

<sup>45</sup> CFES, La Santé de l'Homme, CLOT Yves, Sortir de soi, Septembre-Octobre 2001, n°355, p28-29

### 1.2.1 Du travail intégratif en ESAT vers des projets professionnels individualisés

L'ESAT est un espace-temps d'aide et de soutien « par le travail ». Les rapports qu'entretiennent les travailleurs en situation de handicap avec « le travail » sont très variables. Je propose d'analyser tout d'abord leurs attentes et besoins sans l'angle de l'implicite.

#### a) La fonction psychologique du travail, son rôle intégratif et la place donnée aux tâches

D'après Yves CLOT, « *La fonction psychologique du travail réside dans la rupture qu'il introduit entre les préoccupations personnelles du sujet et les occupations sociales dont il doit s'acquitter. C'est une activité qui rattache chacun à l'activité des autres. Elle requiert la capacité de faire œuvre utile, de contracter des engagements, de prévoir avec d'autres et pour d'autres. Le travail offre hors de soi une éventuelle réalisation de soi.*»<sup>46</sup>

A l'ESAT, nous percevons en équipe tout particulièrement lors des synthèses tout l'aspect contenant du travail pour des personnes en situation de handicap en ce qu'il canalise l'attention, la concentration, le rapport à l'autre, la valorisation ; et permet aux travailleurs de se distancer de problématiques personnelles envahissantes et morcelées, en se décentrant de soi. Lire et/ou faire travailler sa mémoire, bien faire son travail et l'expliquer, « vouloir apprendre » et se faire aider, comprendre ce que font les autres, aimer son travail et le comprendre, écouter, observer, réfléchir, faire, rencontrer les autres pour échanger ; telles sont les vertus du travail pour tous et en particulier pour les personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique. L'ancrage du travail est tel chez certains travailleurs qu'ils sollicitent l'encadrement et s'inscrivent volontairement pour participer aux travaux les samedis lors de la campagne horticole du Printemps, ou durant le mois d'Août sur l'entretien des espaces verts.

Ce rôle du travail que je qualifie d' « intégratif » donne du sens, permet de nouer des liens ; c'est le but que François TOSQUELLE, un des inventeurs de la psychothérapie institutionnelle, assignait au travail qu'il proposait à ses malades. Et finalement, par cette action de décentrage, « *plus la collectivité à l'intérieur de laquelle l'individu s'oriente est forte, bien organisée et différenciée, plus le monde intérieur de celui-ci sera net et complexe*<sup>47</sup> ». La visée intégrative du travail s'est tout d'abord traduite dans les ESAT par la recherche d'adéquation entre les capacités de la personne et les exigences liées aux tâches existantes dans l'ESAT concerné ; il s'agissait d'un mode évaluatif centré sur les tâches qui permettait d'objectiver les connaissances sur les travailleurs, d'un moyen de repère pour mettre l'accent sur des difficultés que pourraient avoir des usagers lors de la réalisation de ces tâches. Ce mode est aujourd'hui encore utilisé dans certains ESAT comme critère d'admission ou de refus.

---

<sup>46</sup> CFES, La Santé de l'Homme, CLOT Yves, Sortir de soi, Septembre-Octobre 2001, n°355, p28-29

<sup>47</sup> FERNANDEZ Gabriel, Soigner le travail – Itinéraires d'un médecin du travail, Erès, Toulouse, 2009, p16

A l'ESAT-ADASMS, de 2004 à 2011, des grilles d'évaluation séquentielle ont été ainsi mises en place pour déterminer objectivement la tâche correspondant à la personne.

L'élaboration de ces grilles par les moniteurs d'atelier a alors rencontré la nécessité de s'appuyer sur la description de compétences techniques déjà référencées dans le code ROME des métiers. Ces compétences de base liées à l'exercice d'un métier et non plus d'une tâche vont alors profondément modifier les représentations des professionnels.

Ces compétences identifiées dans le milieu ordinaire vont induire une transférabilité possible des compétences des travailleurs d'ESAT en entreprise et dans les collectivités.

Les comptes rendus du Groupe de Pilotage institutionnel dénommé aujourd'hui « Projet Professionnel Individualisé » sont les grands témoins de cette évolution.

#### b) Des Projets professionnels à part entière

La terminologie de « projet professionnel » proposée ici n'est pas adoptée par l'ensemble des ESAT. Le statut différencié de personne accueillie et non de salarié y participe sûrement. A l'ESAT-ADASMS, dans l'intention et dans les dispositifs mis en place, il s'agit bien de projets professionnels entendus comme la notion de projet appliquée à l'emploi, à la fois un objectif (ce que je veux faire) et une démarche (stratégie, ressources, planning prévisionnel). Cette notion permet à mon sens de réinvestir le caractère temporaire de l'accueil en ESAT, l'accompagnement de populations ayant des capacités cognitives plus élevées et la dynamique de propositions n'émanant pas obligatoirement de l'« institution » elle-même mais d'autres acteurs sur le territoire.

L'objectif nouveau à travers cette terminologie est de focaliser notre attention sur les savoir-faire et savoir-être plutôt que exclusivement sur les difficultés. Pour les travailleurs, il s'agit d'offrir la possibilité à la personne accueillie de se découvrir de nouvelles compétences et capacités et d'évoluer ainsi sur un poste de travail ; ou de parvenir au sein de l'ESAT à évoluer sur différents postes de travail, d'accéder ainsi à une certaine polyvalence, d'être reconnu dans les compétences acquises, d'enrichir son portefeuille de compétences par la qualification. Le projet professionnel se veut motivant, réaliste et réalisable. Il participe d'étapes choisies plutôt que subies. Le projet professionnel est modifiable, il évolue en fonction des expériences vécues, des contextes, des opportunités, des rencontres, du marché du travail, de l'évolution de sa propre personnalité, de ses aspirations. Il permet de préparer « *des transitions professionnelles choisies et positives* »<sup>48</sup> Dans tous les cas, cette démarche -en elle-même- est riche d'apprentissages et réutilisable dans d'autres contextes.

#### c) La recherche de mobilités fonctionnelles, géographiques, et de reconversion

L'ancienneté moyenne à l'ESAT-ADASMS est de 14.5 années soit 3 renouvellements CDAPH et l'âge moyen d'entrée à l'ESAT est de 23 ans. Il n'existe pas un parcours modèle, linéaire et ascendant ; les projets professionnels sont protéiformes. L'étude des typologies

---

<sup>48</sup> Agence Rhône-Alpes d'Innovation Sociales et d'Amélioration des conditions de travail (Aravis), Démarche prospective 2010 « Quel travail dans 20 ans ? »

de projets professionnels menée dans le cadre de ce projet a permis de recenser une trentaine d'items cumulables issus des demandes exprimées par les travailleurs.

Le panorama des projets professionnels (*Annexe n°5*) fait apparaître la prévalence de certains items : « l'aménagement du travail et de ses conditions » (44%), « *rester au même endroit* (activité, équipe, pôle) » (43%). Cette sédentarité apparente s'accompagne de demandes pour « développer ses compétences aux postes actuels » (14.5%), pour « *avoir une formation support* » (36%), pour « faire des expériences en milieu ordinaire de travail » (31%). Des travailleurs expriment la volonté de « *maîtriser une nouvelle machine* » (13.6%), d'« être polyvalent » (12.6%), d'être formé à un nouveau métier, de changer d'activité. Les projets de départ concernent 9 travailleurs pour cessation progressive d'activité et pour exercer dans d'autres ESAT. La demande d'insertion en MOT représente 6.8% des projets professionnels de l'ESAT-ADASMS.

#### d) Des dispositifs de sécurisation des parcours professionnels

Suite à la promulgation de la loi du 11 février 2005, l'égalité des chances en matière d'employabilité est recherchée par l'ESAT-ADASMS au travers d'outils et de représentations externes proactives. La reconnaissance des compétences, la formation professionnelle continue et l'insertion professionnelle sont les 3 axes majeurs du Projet d'Etablissement ESAT-ADASMS depuis 2008.

> Le décret du 16 juin 2006 a introduit l'accès à la formation professionnelle continue des travailleurs d'ESAT. Depuis 2007, l'ADASMS a ainsi animé le *comité de pilotage UNIFAF-ANDICAT*<sup>49</sup> sur la région pour mettre en place des actions collectives régionales répondant aux attentes des différents ESAT afin de promouvoir et de développer la formation professionnelle des travailleurs handicapés d'ESAT. Le doublement de la contribution ADASMS au FAF et la recherche active de financements a permis d'élaborer un plan de formation robuste réservé aux travailleurs handicapés. En 2010, l'accès à une formation qualifiante sur 3 ans au titre professionnel d'ouvrier du paysage est mise en œuvre. Trois ouvriers ont obtenu leur titre en 2013, 3 autres poursuivent le processus jusqu'en 2015.

> Le décret relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience est effectif depuis le 20 mai 2009<sup>50</sup>. Depuis 2011, l'ADASMS assure la présidence et coordonne le *dispositif « Différent et Compétent » en région*. L'objectif est de reconnaître, de valoriser et de développer les compétences des travailleurs d'ESAT quelques soient leurs capacités et de mettre en perspectives des pistes pour le projet individualisé de la personne. Aujourd'hui, 27 travailleurs ont été accompagnés par 6 moniteurs formés et ont pu se présenter et se voir attester d'une reconnaissance de compétences.

---

<sup>49</sup> Alliance unique de l'OPCA de la branche et de l'Association des Directeurs d'ESAT créée en 2005

<sup>50</sup> Décret n°209-565 du 20 mai 2009, paru au Journal Officiel du 23 mai 2009

>De 2010 à 2013, l'ADASMS a accompagné un dispositif de *Formations Expérimentales en Contrats d'Alternance* sur le département (FEXCA) qui permettait l'articulation au cas par cas de l'alternance entre CFA, entreprise et établissement médico-social. Ce dispositif devenu régional et appelé « *Alternance pour tous* » a fait l'objet d'un AAP remporté par l'ADASMS et mis en œuvre en 2014.

>Depuis 2012, dans le cadre de conventions AGEFIPH « *PPS Handicap psychique* », l'ADASMS assure les prestations d'appui à l'évaluation des capacités, d'élaboration et de validation de projet professionnel, d'appui à l'intégration et au suivi dans l'emploi. Ces prestations lui confèrent un rôle d'expertise pour une population autre que celle de l'ESAT.

>En 2014, l'ESAT-ADASMS intègre le *dispositif PASSMOT* suite à un AAP de l'OETH qui permet de financer les modalités pratiques d'accès à un contrat de travail en milieu ordinaire (déménagement, achat d'un véhicule, accompagnement éducatif au démarrage, adaptation du poste de travail).

>Un *projet de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*<sup>51</sup> pour les travailleurs ESAT est enfin évoqué par le Directeur Général adjoint comme « *clé du maintien de l'équilibre entre les enjeux économiques et sociaux de l'ESAT* ».

## **1.2.2 Les expressions d'une recherche de qualité de vie au travail**

### a) Les conditions d'un recueil des attentes

La participation des travailleurs est bâtie sur les plans complémentaires de la communication, de la concertation, de la codécision et de la co-construction à partir d'un milieu favorisant l'écoute, la confiance et l'enrichissement mutuel.

Au quotidien, les travailleurs expriment des demandes concernant les congés, les tenues de travail, les stages et formations, l'utilisation de certaines machines, la possibilité de se rapprocher géographiquement de leur famille, de travailler le samedi pendant la saison horticole, sur l'ambiance de travail et les difficultés rencontrées (insultes d'autres travailleurs, perturbations dans les transports), sur les variations de leur rémunération (incidence des arrêts maladie), sur les primes. Ils suggèrent des idées de visite, une « rencontre ménage » pour ceux qui entretiennent le foyer socioculturel de l'ESAT. Ces demandes permettent de percevoir l'intérêt des personnes pour leur statut de travailleur ; elles se réfèrent à l'organisation du travail, aux gratifications, à des aménagements personnels, au développement professionnel et au confort matériel.

### b) La volonté de recueillir la parole des travailleurs

Une enquête de satisfaction<sup>52</sup> menée en 2012 auprès des travailleurs dans le cadre de l'évaluation interne montre que l'intérêt du travail à l'ESAT-ADASMS revêt un caractère

---

<sup>51</sup> RICHIER José, Mémoire CAFDES 2012, « Engager l'ESAT dans un processus d'apprenance, avec le milieu ordinaire, pour développer des démarches conjointes de professionnalisation », p64 à 69

<sup>52</sup> Taux de participation de 93%



multiple : « *apprendre* », « *la paie* », « *avoir un métier* », « *développer les compétences* », « *le bien-être* », « *s'occuper* », « *aller dans le milieu ordinaire* ». Quant aux activités de soutien, il s'agit de pouvoir « *suivre les enfants* », « *mieux travailler* ». En lien avec les axes du projet d'établissement, 68% disent avoir suivi un stage et 63% en être satisfait, 59% déclarent avoir suivi une formation et 57% en être satisfait. D'après les rapports d'activité 2008 à 2013, le taux d'insertion professionnelle de l'ESAT-ADASMS est de 1.4%<sup>53</sup>.

L'ESAT organise des temps d'expression lors de la préparation des synthèses et suivis annuels de projet, lors des préparations de Conseil de la Vie Sociale, lors des commissions menus, du groupe technique « *Restauration* », de l'intervention de l'ESAT lors de l'Assemblée Générale ADASMS, du bilan de fin de saison horticole, et des bilans d'activité semestriels. Pour favoriser cette expression, l'accessibilité à l'information est soutenue par des documents attrayants, « *faciles à lire et à comprendre* » avec des photos de mises en situation, une charte graphique avec icônes, un panneau de communication dédié aux travailleurs.

### c) De la qualité de vie au travail

Organisation du travail, reconnaissance et développement personnel, développement professionnel et employabilité, dialogue social, articulation vie privée-vie professionnelle, milieu de travail, écoute des attentes, partage d'information... Ces thèmes applicables aux travailleurs en ESAT et décrits dans les paragraphes précédents sont ceux définis comme constitutifs de la « *qualité de vie au travail* » dans l'Accord National Interprofessionnel<sup>54</sup> signé le 19 juin 2013 par le collège employeur et 3 organisations syndicales de salariés. « *La qualité de vie au travail vise ainsi d'abord le travail, les conditions de travail, la possibilité qu'elles ouvrent ou non de « faire du bon travail » dans une bonne ambiance au sein d'une organisation. Elle est associée aux attentes fortes d'être pleinement reconnu dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle* ». Selon Omar BRIXI, « *le niveau de reconnaissance, le sentiment d'être utile sont des registres essentiels à l'image et à l'estime de soi, dont l'excès ou les déviations sont néfastes mais dont la perte est déstructurante. Cette question de l'intérêt, des gratifications et du plaisir au travail devient aussi importante que celle du salaire car elle pose la question de l'humain dans son rapport au travail*<sup>55</sup> ».

### 1.2.3 De la qualité des accompagnements

La Démarche Qualité a été initiée à l'ADASMS en 2005 à travers une base organisationnelle favorisant l'amélioration continue de l'ensemble des pratiques. Un des points de vigilance de cette démarche concerne l'articulation du collectif et de l'individuel, l'outil de référence

---

<sup>53</sup> EGU Béatrice, Rapport d'activité ESAT-ADASMS 2013, avril 2014, p16

<sup>54</sup> Cet ANI n'est pas à ce jour étendu au secteur de l'économie sociale et solidaire

<sup>55</sup> CFES, La Santé de l'Homme, BRIXI Omar, Vers un statut de sujet...même au travail, n°355, p37-38

ADASMS en la matière est la Méthode d'Evaluation Clinique (MEC). Les projets individualisés d'accompagnement des travailleurs de l'ESAT-ADASMS issus de la MEC intègrent les attentes des travailleurs liées au projet professionnel et la recherche d'une qualité de vie au travail.

#### a) La question du choix

Tout projet implique une conscience vécue du temps, englobant le passé, le présent et l'avenir. Cette notion de temps n'est pas maîtrisée par l'ensemble des travailleurs et vient brouiller les demandes formulées par certains d'entre eux ce qui interroge la notion de choix. La déconstruction de la notion de choix en sociologie de l'action a permis de distinguer « trois types de choix :

- le choix-liberté (désigne la possibilité et le droit de poursuivre son intérêt propre en tant que sujet capable de s'autogouverner),
- le choix-autonomie (les usagers font des choix parfois invisibles pour les acteurs institutionnels et irréductibles aux attendus politiques, ce choix participe des stratégies d'adaptation-Goffman, 1968).
- le choix-responsabilité (l'utilisateur a l'obligation de remplir certains devoirs, de faire des choix dont il doit pouvoir répondre).

Une personne déficiente ou présentant des troubles du psychisme se retrouve parfois en difficulté voire « *dans l'incapacité de choisir ce que nous estimons être bon pour elle, soit parce que ces facultés psychiques ne lui permettent pas de s'autogouverner, soit parce qu'elle ne serait plus capable de voir la réalité en face [...] soit parce qu'elle développe des formes d'indifférence ou de désengagement quasi-total à l'encontre de cette philosophie morale moderne du choix*<sup>56</sup> ».

Pour les professionnels, le point de vigilance se situe alors dans l'articulation des attentes et des besoins, autrement dit des choix, du type de choix et de la réalité des situations. Pour échapper à un mode empirique qui ne répond pas à la question de la cohérence des projets et de la clarté des modes d'intervention, et pour développer concomitamment l'analyse des demandes et de l'évolution des usagers et l'évaluation des pratiques d'intervention ; il est nécessaire de disposer d'une méthodologie hypothético-déductive et d'outils pertinents.

#### b) Nécessité d'une démarche méthodologique de qualité

Des contacts extérieurs ont amené l'ADASMS à s'intéresser aux travaux d'Anne-Marie FAVARD dans le champ de l'évaluation. L'originalité de la méthode proposée « Méthode d'Evaluation Clinique » (MEC) est qu'elle se centre sur l'analyse des pratiques concrètes du quotidien ; elle permet de rendre évaluable et mesurable des savoir-être généralement

---

<sup>56</sup> Lien Social et Politiques, Services publics à la carte ? Le choix comme valeur sociale, 2011, n°66, p19-36

évacués des pratiques d'évaluation. Il s'agit d'une évaluation clinique c'est-à-dire des connaissances acquises par l'observation directe des personnes ; les supports de la démarche devant nous faire transiter d'une connaissance spontanée à un savoir mesuré<sup>57</sup>. Depuis 1995, l'ESAT-ADASMS utilise la MEC et a créé ses propres outils. Le garant interne de la démarche est la psychologue de l'ADASMS, elle assure les formations, le suivi d'application et l'évaluation de la démarche. Le propre de cette méthode est d'objectiver et de mesurer les aspects qualitatifs et subjectifs typiques des interventions en action sociale. Il s'agit d'amener les équipes de professionnels à produire les dimensions opérationnelles, c'est-à-dire en prise directe avec l'interaction professionnels-usagers, les pratiques et situations quotidiennes. Cette méthode fait appel à la participation effective des professionnels de terrain, elle est propre à susciter une dynamique porteuse de changement, d'aménagement des pratiques et d'innovation.

Le Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) est un outil stratégique de l'intervention, il est facteur d'équilibres entre les composantes techniques, les comportements sociaux, les accompagnements nécessaires, entre les demandes et les observations professionnelles, entre l'individuel et le collectif. Il est l'objet d'un suivi de projet qui mesure l'écart entre l'énoncé de principe du projet et sa réalisation concrète et permet de dégager la ou les raisons de la distance entre le prévisionnel et l'effectif.

#### c) La place de l'environnement facilitateur ou obstacle : de nouveaux enjeux

Le PIA omet cependant une dimension que l'on retrouve dans l'évolution de la CIH vers la CIF. « *La Classification Internationale du Handicap était fondé sur une logique de causalité linéaire de la déficience avec une insuffisance dans la description des désavantages et une pauvreté dans la description de la dimension environnementale. La révision par l'OMS de la CIH de 1996 à 2001 qui remplace les concepts « négatifs » de « déficience », « incapacité », « désavantage » par les concepts « positifs » de capacité « limitation d'activité », de participation « restriction de participation » et d'environnement physique, social ou attitudinal « facilitateur et obstacle ». La dimension produite par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé permet de réduire le clivage entre les approches médicales et médico-sociales par une participation interdisciplinaire ; de favoriser un langage commun et ainsi une meilleure lisibilité des résultants, une même utilisation des termes nosologiques dans le langage socio-éducatif ; et d'approfondir les connaissances théoriques au sujet des populations suivies<sup>58</sup> ».*

La prise en compte de cette dimension environnementale introduite par la CIF constitue à mes yeux un enjeu de qualité et de pertinence pour l'ESAT-ADASMS et permettra notamment de pouvoir proposer des formations à un plus grand nombre, de donner des

---

<sup>57</sup> ADASMS, Référentiel MEC, septembre 2008, actualisation de septembre 2011

<sup>58</sup> CREAHI Champagne-Ardenne, Le colporteur, n°629, septembre 2013

suites concrètes à des formations par des stages ou des contrats de mise à disposition, de préparer les retours en ESAT suite à des contrats de travail de droit commun, de comprendre les processus à l'œuvre dans la démission de personnes accueillies et dans le refus d'expérimenter ou de s'insérer dans le milieu ordinaire de travail.

L'ESAT constitue une étape plus ou moins longue dans un parcours où la population en situation de handicap accueillie ou en attente recherche un point de repère valorisant et leur permettant de se stabiliser ou de rebondir vers d'autres possibles mais dans tous les cas, en exprimant le besoin et des attentes fortes en matière de qualité de vie au travail. La notion de projet professionnel aussi humble soit-il participe de cet élan nécessaire à l'épanouissement continu des travailleurs. L'ESAT-ADASMS fort d'une démarche intégrée de la qualité s'appuie sur des dispositifs et des outils ayant créé les conditions requises pour co-construire les projets individualisés d'accompagnement. L'observation clinique personnalisée ne peut cependant pas suffire à identifier l'ensemble des facteurs d'influence en jeu -facilitateurs ou obstacles- dans les trajectoires professionnelles. Un aspect cristallise aujourd'hui les réflexions de l'ensemble des moniteurs et des autres professionnels de l'ESAT dans les bilans d'activité<sup>59</sup>, il s'agit de l'aspect santé.

### **1.3 Des problématiques de santé qui fragilisent l'élaboration et la mise en œuvre des projets professionnels**

La santé est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *un état de bien-être physique, mental et social* ». Quant à l'ESAT, il s'agit d'un établissement médico-social pour des personnes en situation de déficience intellectuelle (retard mental) et/ou de troubles du psychisme (maladie mentale, troubles cognitifs, troubles du comportement) avec potentiellement un handicap secondaire qui peut être d'ordre physique, mental ou psychique. L'état de santé global -physique, mental et social- est donc intrinsèquement sujet à accompagnement par un établissement tel qu'un ESAT.

Pour les personnes en situation de déficience intellectuelle, selon l'étiologie du handicap, l'état de santé physique peut être fragile. Dans tous les cas, la compréhension altérée de son corps, de ses évolutions, des précautions nécessaires pour protéger sa santé<sup>60</sup> nécessite un accompagnement éducatif ; d'autant plus sur un lieu de travail qui présente des risques liés aux activités physiques professionnelles.

Pour les personnes en situation de troubles psychiques, la santé mentale par le travail et leur ouverture aux autres sont essentielles ; lorsqu'elles suivent un traitement psychiatrique (15 travailleurs concernés), les impacts physiques et comportementaux ne sont pas négligeables sur le déroulement et l'investissement des journées de travail.

---

<sup>59</sup> Bilans semestriels présentés par les professionnels les 19 juillet 2013, 24 janvier 2014 et 25 juillet 2014

<sup>60</sup> ANESM, RBPP, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, juillet 2013, p40-42

#### a) Panorama<sup>61</sup> santé à l'ESAT-ADASMS (Annexes n° 6 à 8)

Afin de décrire au mieux la santé –sujet à accompagnement- de la population de l'ESAT-ADASMS, j'ai choisi<sup>62</sup> d'utiliser la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes » (CIM-10) qui décrit les problèmes de santé et intègre les facteurs influant sur l'état de santé.

En dehors des troubles mentaux et du comportement déjà connus faisant l'objet de l'orientation ESAT, il apparaît que les travailleurs ESAT-ADASMS présentent un cumul d'affections<sup>63</sup>: 39.8% avec 0 à 2 affections, 41.7% avec 3 à 5 affections, et 18.5% avec 7 à 9 affections. Certaines de ces affections sont des pathologies graves de forme évolutive ou invalidante et classées dans les affections de longue durée<sup>64</sup> (Annexe n° 6).

L'étude de prévalence (Annexe n° 7) indique que l'item « facteurs influant sur l'état de santé » est prédominant (21%), puis les « maladies de l'œil » (17%), les « maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif » (11.6%), les maladies endocriniennes/nutritionnelles/métaboliques (9.2%) et les symptômes/signes/résultats anormaux non classés (8.6%).

La cartographie de la nature des « facteurs influant sur l'état de santé » fait ressortir les risques liés au port d'appareillages de santé (28.4%), à l'usage du tabac (23.5%), et à l'usage de l'alcool (11.8%) (Annexe n° 8).

La variété, la proportion et la chronicité de certaines maladies, troubles, lésions, traitements et facteurs de risque interrogent les ressources disponibles pour mettre en œuvre la vigilance nécessaire et anticiper les impacts éventuels sur le lieu de travail.

#### b) L'accessibilité aux consultations, aux investigations, aux soins, aux dépistages et aux messages de sensibilisation

La santé vue sous cet angle impose de questionner le respect de certains droits généraux et spécifiques liés à la santé.

> *Complémentaire santé*<sup>65</sup> : 87% des travailleurs ont déclaré être affilié à une complémentaire santé. Le rapport Prestations payées / Cotisations nettes des travailleurs affiliés à la mutuelle associative est de 0.89 contre 0.99 pour l'ensemble du personnel ADASMS ce qui dénote un moindre recours aux soins. De plus, les soins dentaires représentent 3.2% des prestations payées contre une moyenne nationale de 10.5%. Une Aide à la Complémentaire Santé<sup>66</sup> (ACS) existe mais nous ne disposons pas à ce stade

---

<sup>61</sup> Base de données santé réalisée dans le cadre de ce projet, traitement des données suivant méthodologie explicitée en Annexe n° 12

<sup>62</sup> La classification traditionnellement utilisée pour les ESAT est celle du handicap suivant les nomenclatures DREES/CIF, c'est le cas des indicateurs intégrant les comptes administratifs annuels.

<sup>63</sup> Terme générique choisi pour qualifier les maladies, troubles, lésions, facteurs de risques...

<sup>64</sup> Affections de Longue Durée (ALD30) définies à l'article D. 322-1 du Code de la Sécurité Sociale

<sup>65</sup> Dossiers techniques individuels des 103 travailleurs ESAT-ADASMS et bilan Harmonie Mutuelle 2013 du 21 mai 2014

<sup>66</sup> Articles L 861-1, L 861-2, et L 863-1, 2, 3, 4 et 6 du Code de la sécurité sociale

d'informations relatives aux demandes effectuées par les travailleurs et à leur aboutissement,

>*Choix du praticien* : l'infirmière qui exerce à l'ESAT fait part sur certaines spécialités de l'impossibilité pour les travailleurs de l'ESAT de faire le choix de leur praticien (gynécologie, entérogastrologie),

>*Examen Périodique de Santé (EPS) par la Médecine Préventive* : il permet à toute personne d'effectuer un bilan de santé complet tous les 5 ans, les résultats sont personnels et transmis au médecin référent dans le cadre du parcours de soins coordonné. A l'ESAT-ADASMS, moins de 10 personnes ont bénéficié de ce bilan au cours des 5 dernières années<sup>67</sup>,

>*Avancée en âge et dépistages* : 11 travailleurs ont 50 ans et plus, âge à partir duquel débutent les dépistages pour le cancer du sein, le cancer colorectal. Les dossiers médicaux ne font pas apparaître d'éléments permettant de savoir combien ont pu bénéficier de ce dépistage,

>*Absences autorisées en lien avec des rendez-vous médicaux* : à l'ESAT-ADASMS, le règlement de fonctionnement autorise les absences pour rendez-vous médicaux notamment. En 2013, le suivi de ces absences permet de faire ressortir qu'environ 150 heures (21 jours) concernant 19 travailleurs ont été accordées en 2013.

Les travailleurs font part de l'impossibilité de choisir leur rendez-vous de telle sorte qu'il ait lieu en dehors des horaires de travail et notamment le vendredi après-midi non travaillé. L'accès aux dispositifs de santé, plus restreint, interroge la capacité à maintenir et à améliorer un état de santé auquel les personnes en situation de handicap ont droit, et dont la négligence et l'aggravation ne peuvent qu'impacter le parcours professionnel en ESAT.

#### c) Les corrélations santé/travail

>*Les arrêts maladie* représentent 792 jours<sup>68</sup> en 2013 soit 3.6% de l'activité théorique<sup>69</sup> et 38% de l'absentéisme 2013. Ils concernent 44 personnes et 6 travailleurs rassemblent 55% du total des jours d'arrêts maladie.

A l'ESAT-ADASMS, une personne ayant plus de 13 jours d'arrêt maladie hors accident de travail et maladie professionnelle ne peut bénéficier de la prime d'intéressement annuelle. 5 personnes ont été concernées de ce seul fait en 2013<sup>70</sup>.

---

<sup>67</sup> UC-Centre de Médecine préventive de Saint-Dizier, septembre 2014

<sup>68</sup> Hors jours de maternité (113 jours)

<sup>69</sup> Comptes Administratifs 2013 : 22 145 journées théoriques

<sup>70</sup> La prime d'intéressement n'est pas accordée non plus lors d'une mise à pied et d'absences injustifiées supérieures à 2 jours

>Les accidents du travail avec arrêt représentent 57 jours d'arrêt et concernent 4 personnes en 2013<sup>71</sup>. Le taux de fréquence est de 25.8, il est supérieur à la moyenne nationale<sup>72</sup> 2012 (23.5) ; le taux de gravité est de 0.37, il est inférieur à la moyenne nationale 2012 (1.4).

>Les remontées des moniteurs d'atelier lors des échanges sur les situations problématiques au travail<sup>73</sup> concernent des situations de refus de soins, d'alcoolisation, d'obésité morbide et de risques cardiaques.

>Suivant l'étude de corrélation santé/travail menée (Annexes n°9 à 11),

-Plus de 39%<sup>74</sup> des travailleurs de l'ESAT-ADASMS présente un état de santé nécessitant une vigilance particulière,

-42% des travailleurs de l'ESAT-ADASMS présentent une problématique de santé qui affecte leur projet professionnel,

-Plus le cumul des affections santé est élevé, plus la proportion de projets professionnels affectés est forte (Annexe n°9),

-Les typologies de projets professionnels les plus impactées en proportion (Annexe n°10) sont « avoir des responsabilités connexes au sein de l'ESAT » (50%), « aller sur une nouvelle activité » (50%), « obtenir un contrat en milieu ordinaire de travail » (43%), « faire des expériences en milieu ordinaire de travail » (34.5%), « obtenir un aménagement des conditions de travail » (24.5%) et « rester au même endroit » (18%),

-Les thématiques de santé en lien direct avec l'affectation du projet professionnel (Annexe n°11) concernent de façon plus marquée : l'addiction à l'alcool (15%), la fatigabilité (9.5%) et les dorsopathies (9%).

Au-delà de ce panorama global, des thématiques de santé nécessitent d'être analysées en profondeur afin de bien comprendre l'impact qu'elles représentent sur le fonctionnement des personnes dans leur activité de travail et leur parcours professionnel.

### 1.3.1 Des conduites à risques qui restreignent l'accessibilité au travail

Les conduites à risques peuvent être définies comme une démarche de type ordalique, il s'agirait en quelque sorte de « *revalider son existence en la risquant* ».

#### a) Dépendance tabagique et comportements transgressifs

« *Lieu de vie, l'entreprise reste un espace de rencontres susceptible d'induire ou de conforter des comportements tabagiques* »<sup>75</sup>. Plus de 23% des travailleurs de l'ESAT-ADASMS présentent une dépendance au tabac.

---

<sup>71</sup> ADASMS, Bilan Hygiène, Sécurité et Conditions de travail 2013, février 2014

<sup>72</sup> INRS, Statistiques AT-MP 2012 de l'assurance Maladie, octobre 2013

<sup>73</sup> Réunions de synthèses (orientant le choix d'orientation des personnes par la MDPH au terme de la notification ESAT), Rencontres de coordination hebdomadaires et préparation des bilans d'activité semestriels

<sup>74</sup> Pourcentage obtenu en additionnant le nombre de personnes présentant un cumul élevé (6 à 9 affections) d'affections (19) et les personnes présentant un cumul moindre mais une affection sévère ou chronique (21)

<sup>75</sup> CFES, La Santé de l'Homme, septembre-octobre 2001, p43

Le règlement de fonctionnement et les règles de vie de l'ESAT traduisent le cadre d'usage toléré du tabac en respect des obligations de la loi Evin du 10 janvier 1991. Face à des dépendances tabagiques fortes, ces règles sont cependant transgressées durant les horaires de travail. Des travailleurs essaient de dissimuler cet usage aux moniteurs qui n'interviennent plus systématiquement. La dynamique de sanction prévue avec un caractère éducatif n'est ni appliquée ni même transférable en milieu ordinaire de travail.

#### b) Addiction à l'alcool et aux drogues

L'addiction est définie par Aviel GOODMAN<sup>76</sup> comme le « *processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives*<sup>77</sup> ».

>Du point de vue statistique, près de 12% de la population de l'ESAT-ADASMS présente une addiction à l'alcool et une personne est usager de drogue dure en sevrage.

*Selon l'OMS, les « épidémies industrielles » sont le principal problème de santé publique des adultes des pays développés à notre époque. L'alcool est la première cause de mortalité chez les jeunes hommes en Europe*<sup>78</sup>.

>Du point de vue épidémiologique, l'espérance de vie dans la région est inférieure à la moyenne nationale, de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes ; la Haute-Marne ayant les indicateurs les plus défavorables. La mortalité prématurée est plus forte sur la partie « évitable », les 2/3 de ces décès sont en effet liés à des comportements à risque (l'alcool en faisant parti) ou susceptibles d'être diminués par une meilleure prise en charge dans le système de soins. Les données de morbidité montrent l'importance des facteurs de risque notamment la consommation d'alcool. La surmortalité est observée pour les cancers, les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire, les psychoses et l'accidentologie routière. Les conduites addictives en tant que comportement qui échappe au sujet, entretiennent une proximité avec le champ de la santé mentale et de la psychiatrie en amont (les facteurs psychologiques, psychopathologiques voire les comorbidités psychiatriques primaires qui favorisent l'émergence et la pérennisation) et en aval (du fait des dommages induits d'ordre cognitif et/ou psychopathologique qui peuvent aller jusqu'au développement de comorbidités psychiatriques secondaires dont la gravité se conjuguent à l'évolution de la comorbidité psychiatrique primaire)<sup>77& 79</sup>.

>Du point de vue sociologique<sup>80</sup>, « notre société encourage massivement la consommation. Si l'on prend l'addiction comme un processus, on peut dire que ce processus est la norme ;

---

<sup>76</sup> Psychiatre américain qui a développé le modèle mécaniciste de l'addiction en 1990

<sup>77</sup> ARS Champagne-Ardenne, PRS 2012-2016, Schéma Régional d'Organisation Médico-Social Volet addictologie, Avril 2012, p7-9

<sup>78</sup> MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, Santé et Economie en Europe, PUF, Paris, Septembre 2013 (7ème édition), p49-53

<sup>79</sup> ARS Champagne-Ardenne, PRS 2012-2016, Schéma Régional de Prévention, Avril 2012, p10-11

<sup>80</sup> ANESM, Expression et participation des usagers dans les ESMS relevant de l'addictologie



les appels à la consommation et à l'interdépendance étant placés comme fondements de notre société. La culture et les représentations sociales infiltrent voire déterminent non seulement les comportements sociaux mais aussi les modes de pensée clinique et les conceptions théoriques. La société, encourageant la vitesse et l'impatience, engendre un recours aux « produits » (dopage, psychotropes, alcool) de plus en plus fréquent. Dans ce contexte d'addiction banale, il y a ceux qui auraient « choisi » les mauvais produits.

*>Plus spécifiquement aux personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique,* je m'interroge sur la corrélation possible avec les nouveaux modes de vie en habitat autonome. Il y a quelques années, pour ces travailleurs, on parlait d'hébergement collectif et la plupart d'entre eux résidaient en foyer. Aujourd'hui, l'habitat autonome individuel est recherché et un accompagnement tel que le SAVS est sollicité pour les personnes dont le manque de repères nécessite un étayage. Cette évolution a nécessairement un impact sur la santé des travailleurs ESAT. Là où le foyer d'hébergement avait un rôle lié à la surveillance de l'hygiène corporelle, à l'équilibre de l'alimentation, à la gestion du sommeil ; l'habitat autonome y compris dans le cadre d'un accompagnement renvoie ces notions au « choix de vie » de personnes autonomes. Les corollaires de cette autonomisation peuvent parfois prendre le visage d'un certain isolement voire d'un désœuvrement. Ce constat a pu être fait également lors de l'analyse de l'absentéisme d'un travailleur qui déclarait « *certaines personnes viennent chez moi tard... avec de l'alcool* ».

*>Restriction de l'accessibilité au travail*

A l'ESAT-ADASMS, ces conduites addictives ont plusieurs incidences : travailleur qui ne part pas sur les chantiers (alcoolisation à effet matinal), interdiction d'utilisation de machines et engins nécessitant une autorisation de conduite malgré les compétences validées par une formation, retrait d'une autorisation, moqueries et stigmatisation aux yeux des collègues de travail avec demandes des travailleurs concernés pour changer immédiatement d'atelier, exacerbation de troubles du comportement qui induit un climat de peur dans les ateliers avec risques plus élevés de passages à l'acte agressifs, mise en danger du travailleur et de ses collègues, absentéisme.

Des effets connexes ont pu être constatés : risque routier, perte de moyens de transport, convocations et mesures de justice, frilosité d'un transfert de responsabilité en cas de stage en matière de risques d'accident de trajet et/ou de travail.

### **1.3.2 Le repli des travailleurs en défaut et refus de soins**

Les défauts et refus de soins confinent les travailleurs au repli, à l'isolement et à toute tentative de projection sur le plan professionnel.

a) De l'impact des traitements chimiques sur le présentisme et la sécurité au travail

A l'ESAT-ADASMS, 23% des travailleurs possèdent un traitement médicamenteux (8 d'origine psychiatrique, 9 pour l'épilepsie, 1 antihormonal, 1 anticoagulant, 1 hydrocortisone, 1 lié à l'hypertension artérielle, 3 liés au sevrage alcoolique).

Des défauts d'observance de traitements épileptiques ont pu être observés, ils génèrent potentiellement des situations de mises en danger au travail. Les moniteurs d'atelier sont amenés à ne plus proposer l'activité mécanique à ces travailleurs. Des crises surviennent également au cours des transports collectifs assurés par des personnels extérieurs à l'ADASMS. Des modifications et des arrêts d'observance de traitements psychiatriques ont pu être observés à la suite d'une fin de prescription non renouvelée à temps. Ces ruptures sont repérées lorsque le mal-être est profondément installé, les cas rencontrés procèdent d'un changement brusque d'attitude avec discours dépressif et destructeur ou de toute-puissance. Des arrêts volontaires d'observance de traitements psychiatriques sont également observés dans la population des moins de 30 ans (4 cas en 2013). Un absentéisme prolongé et réfractaire de tout lien avec l'ESAT se poursuit alors par une démission de l'ESAT. Le sevrage alcoolique et les dosages proposés ont induit des états hallucinatoires (1 cas en 2013) pour lesquels une intervention d'urgence a dû être requise dans les ateliers.

b) Situations d'obésité : accès et investissement au travail dans la dignité

A l'ESAT-ADASMS, 31% des travailleurs sont en surpoids/obésité dont 3 en situation d'obésité morbide soit plus du double de la proportion en France<sup>81</sup>, dont 14,5% de la population adulte présente une situation d'obésité. 14.5% de ces travailleurs exercent sur le pôle industriel où la sédentarité est plus élevée (tâches effectuées sur poste assis).

Des situations d'endormissement sur le lieu de travail sont rencontrées en lien supposé avec un sommeil peu réparateur dû aux apnées du sommeil. Les moniteurs d'atelier sont confrontés au dilemme de la mise au travail et d'un état de fatigue qui ne permet pas cet investissement. Les tâches de travail accessibles se réduisent ou confinent à la sédentarité même sur le pôle horticole. Les vêtements de travail de certains travailleurs ne sont plus adaptés en taille et en fonctionnalité et ne garantissent donc pas la dignité à laquelle ils ont droit. Une personne n'a plus l'autonomie nécessaire en termes d'hygiène sur le lieu de travail, cette même personne demande à effectuer un stage en cuisine ce qui d'un point de vue du respect des règles HACCP<sup>82</sup> ne permet pas de répondre à sa demande, sans faire prendre un risque sanitaire non négligeable à l'ensemble de la population.

---

<sup>81</sup> Source : "Enquête épidémiologique ObEpi – Roche », 2009 - Réalisée tous les 3 ans depuis 1997, cette enquête permet de suivre l'évolution du surpoids (défini comme la situation anatomique des personnes dont l'IMC (Indice de Masse Corporelle) se trouve entre 27 et 29,9 kg/m<sup>2</sup>) et de l'obésité (au-delà de 30 kg/m<sup>2</sup>) dans la population adulte française de 18 ans et plus.

<sup>82</sup> Méthode et principes de gestion de la sécurité sanitaire des aliments

c) Refus de soins : entre respect des droits et devoir de bienveillance

Cinq travailleurs en situation de déficience intellectuelle et/ou psychique dissimulent un état de douleurs qui finit par être repéré par les moniteurs d'atelier ou l'infirmière via des mouvements ou des comportements inhabituels : fracture de côtes d'un travailleur qui est tombé dans sa douche (détectée par position continue de la main), ongle incarné sans soin depuis 6 mois nécessitant une intervention chirurgicale (détectée par boitements), varices non soignées enfermées dans un bas de contention non entretenu (détectée par odeurs nauséabondes), crise d'épilepsie au cours du trajet travail-domicile par transport collectif ayant donné lieu à la découverte d'un traitement prévu non suivi, arrêt de traitement en lien avec des troubles psychiques (détecté par état d'excitation).

>D'un point de vue psychologique, pour Didier ANZIEU<sup>83</sup>, la peau n'est pas qu'une enveloppe physiologique, elle a une fonction psychologique qui permet de contenir, de délimiter, de mettre en contact, d'inscrire. La peau, par ses propriétés sensorielles, garde un rôle déterminant dans la relation à l'autre.

>D'un point de vue psychanalytique, « la pensée occidentale a construit au cours des siècles une conception d'un sujet libre, conscient et pensant. Ce sujet fait de la résistance : [...] mi- être de raison, mi- être de l'inconscient », et à cela s'ajoute le déficit cognitif d'une personne en situation de déficience mentale. « Une conduite jugée défavorable par des acteurs de santé témoigne de la force du désir à l'œuvre dans l'agir humain ; et le désir, c'est l'envers de la raison. Le sujet résiste même à l'attention bienveillante de l'autre pour des raisons qui lui sont propres, raisons auxquelles le plus souvent lui-même n'a pas accès »<sup>84</sup>. Parmi ces raisons apparaissent les relations entretenues par le corps et le psychisme.

>Suivant l'hypothèse psychomotricienne<sup>85</sup>, « l'image du corps se met en place dès les débuts de la vie, appuyée et étayée sur le développement somatique qu'elle irrigue en retour simultanément. Cette image du corps, dans certaines maladies psychiatriques, se fige aux premiers instants de la vie (phénomène de fixation-Winnicott) ». Un besoin de médiation apparaît pour faire naître la capacité de l'image du corps à émerger à la conscience. La psychomotricité consiste à accompagner le patient sur le chemin de la prise de conscience de ses sensations corporelles (tensions, détente, chaleur, froid, toucher, douleur...), de sa capacité à lâcher prise, d'être présent à soi-même, de ses émotions<sup>86</sup>. Le prendre soin de soi, et en particulier de sa santé physique n'est donc pas une évidence, il apparaît nécessaire de prendre en compte les éventuels troubles de la représentation du corps d'origine physique et psychique voire la pathologie de l'image du corps (intégration

---

<sup>83</sup> Psychanalyste et Professeur émérite de psychologie, auteur du concept de Moi-Peau, ouvrage éponyme, Paris, Dunod, 1995

<sup>84</sup> INPES, Santé de l'Homme, Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, mai 2005, n°377, p21-22

<sup>85</sup> PIREYRE Eric, Clinique de l'image du corps, Dunod, 2011

<sup>86</sup> Décret du 6 mai 1988

morcelée, nudité libératrice d'un vécu traumatique, angoisse liée au vide symbolisé par les orifices)

*>Plus spécifiquement aux personnes en situation de handicap intellectuel et/ou psychique : des mises en échec qui ne sont plus supportées*

Le fait de ne pas pouvoir expliciter une douleur, de se renfermer totalement devant une personne étrangère, de ne pas comprendre la logique administrative qui découle de la procédure de soins bloque les professionnels de santé et leur administration.

Les relations aux services de santé doivent donc être interrogées. *Les personnes peuvent se sentir mal informées par les services d'aide, négligées par les médecins, perçues comme incapables du fait de leurs déficits cognitifs.* Cela peut se traduire par une position d'objet et non plus de sujet où la personne est exclue de la relation de soin au profit de l'aidant, par des consultations dont les conditions ne peuvent amener le dialogue (*recours à des questions fermées qui imposent le oui ou non, le fait de regarder sa montre en permanence, l'incapacité de respecter des temps de silence, le fait d'interrompre le patient, la non-réceptivité aux signes non verbaux émis par la personne*)<sup>87</sup>.

« *Les équipes hospitalières et les praticiens libéraux pris au dépourvu oscillent entre une attitude paternaliste et une attitude de rejet plus ou moins déguisée car ce public dérange cela d'autant plus quand existent des troubles du comportement eux-mêmes facilités par la nouveauté et l'étrangeté de la rencontre avec le système de santé.[...] Ceci peut aboutir à une offre de soins en mode « dégradé » c'est à dire ne faisant pas bénéficier le patient déficient intellectuel de l'état de l'art et de la science dans la mise en œuvre du traitement.[...] Le parcours de soins et de dépistage est ainsi émaillé de retards diagnostique et thérapeutique*<sup>88</sup> ».

*>Impacts sur la dimension éthique dans l'élaboration du projet professionnel*

Face aux refus de tous ordres liés à la visite de santé au travail, au temps d'accompagnement du SAMSAH, à l'hygiène corporelle, à la vie en collectivité au travail, je me suis vu procéder à des essais maladroits qui confèrent à la manipulation et à l'injonction et qui questionnent ma réflexion éthique. Je les interprète finalement comme un aveu d'« impuissance » là où l'approche associative se veut éducative et dans le respect du « principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne » (article 4 de la Charte des droits et libertés de la personne accueillie). Néanmoins, « *la question de la légitimité d'utiliser tous les moyens disponibles du fait de l'ampleur des enjeux se pose avec acuité*<sup>89</sup>. »

---

<sup>87</sup> INPES, La Santé de l'Homme, Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n°377 p4, p12

<sup>88</sup> Dr AZEMA Bernard, Dr SATGE Daniel, Les cancers chez les enfants et adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, informations CREAL-ORS Languedoc-Roussillon, n°248, mai 2013

<sup>89</sup> INPES, La Santé de l'Homme, Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, n°377 p18

### 1.3.3 Le surinvestissement au travail et les mises en danger sur le lieu de travail

Réciproquement, des travailleurs en bonne condition physique surinvestissent le travail confié au détriment de leur santé. Ce phénomène est particulièrement présent dans les activités d'entretien des espaces verts. Des travailleurs ne vont pas tenir compte de leur avancée en âge ou effectuer des choix d'activité de soutien sportif dans la continuité de ce surinvestissement avec des efforts inappropriés. D'autres vont solliciter des tâches qu'ils affectionnent mais qui semblent inadaptées à leur état de santé ou à leur passif opératoire (douleurs lombalgiques et position de conduite de tracteurs, passif opératoire de la main et travaux minutieux).

#### a) Du point de vue sociologique

*« Aucune autre technique pour conduire sa vie ne lie aussi solidement l'individu et la réalité, que l'accent mis sur le travail, qui l'insère dans la communauté humaine...L'activité professionnelle procure une satisfaction particulière quand elle est librement choisie, tant qu'elle permet de rendre utilisables par sublimation des penchants existants, des motions pulsionnelles, poursuivies ou constitutionnellement renforcées<sup>90</sup> ».*

#### b) L'intensification et l'urgence du travail

*« L'intensification est le fruit des formes modernes d'organisation du travail [...], elle va ébranler le compromis construit par chaque travailleur entre les objectifs de la production, les compétences dont il dispose et le souci de préserver sa santé. Quant à l'urgence, elle empêche de construire de bonnes conditions de travail et d'adapter son travail à ses particularités individuelles<sup>91</sup>.*

#### c) La valorisation absolue du travail

*« Il est facile de montrer par ailleurs que la reconnaissance en tant que dédommagement [...] profite essentiellement à l'accroissement de l'identité, à l'accroissement de la subjectivité, qui sont au fondement de la santé mentale et en constituent même l'armature...C'est ce que l'on essaye de discuter en clinique du travail sous le nom de « centralité du travail » à l'égard de la santé [...]»<sup>92</sup>.*

L'accompagnement de l'ESAT-ADASMS permet de valoriser les travailleurs de l'ESAT et de dynamiser leur parcours professionnel. Pour certains travailleurs, l'étayage du travail est tel (et notamment lors des saisons de vente de plants horticoles du Printemps) que la santé (douleurs, fatigue, besoin de souffler) est mise entre parenthèses soit par le travailleur lui-même soit par l'annulation des activités de soutien décidée de manière institutionnelle. Le message de l'ESAT est donc brouillé et les travailleurs de l'ESAT attendent une priorité

---

<sup>90</sup> Sous la Direction de CLOT Yves, LHUILIER Dominique, Travail et Santé – Ouvertures cliniques, Erès, Toulouse, 2011-Par DEJOURS Christophe, La clinique du travail entre vulnérabilité et domination, p133-134

<sup>91</sup> CFES, La Santé de l'Homme, Septembre-octobre 2001, n°355, p17-20

<sup>92</sup> Sous la Direction de CLOT Yves, LHUILIER Dominique, Travail et Santé – Ouvertures cliniques, Erès, Toulouse, 2011 - Par DEJOURS Christophe, La clinique du travail entre vulnérabilité et domination, p 139

absolue donnée au travail, préférant pour certains cacher des symptômes. Les personnes absentes sont repérées par les autres travailleurs comme défaillantes et non fiables. Un extrait de rapport psychologique précise<sup>93</sup> : « *L'entretien révèle de grandes difficultés concernant l'écoute de son corps, il paraît ne pas avoir conscience de ses limites corporelles. La notion du travail exprimée est très destructrice* ».

d) Impact sur la capacité à susciter un projet professionnel hors ESAT

Les travailleurs concernés sont considérés comme « *des salariés à part entière* », comme « *les piliers de l'équipe* »<sup>94</sup>. Leur statut peut faire oublier les risques potentiels ou avérés de fatigabilité excessive, d'usure professionnelle, de mises en danger, de décompensation psychologique. Certains de ces travailleurs demandent à être d'astreinte lors des congés annuels pour éviter de se retrouver seuls et en proie au désir d'alcoolisation, un lien vital est établi. Proposer à ces travailleurs un stage extérieur à l'ESAT, c'est implicitement pour un moniteur se priver d'une ressource humaine précieuse et créer de l'incertitude dans l'organisation du travail. Ce surinvestissement pose également avec acuité la vigilance qui serait nécessaire en milieu ordinaire de travail pour qu'un employeur ne puisse pas profiter de cette vulnérabilité.

\*\*\*\*\*

L'analyse de la santé de la population de l'ESAT-ADASMS menée dans le cadre des facteurs d'influence en jeu dans l'activité de travail montre l'ampleur des affections, leur cartographie et des impacts négatifs à court, moyen et long terme sur la qualité de vie au travail et les projets professionnels des travailleurs. Les problématiques de santé au travail ainsi repérées sont les conduites addictives, le défaut de soins et le surinvestissement psychologique du travail et les dorsopathies. Ceci appelle avec force que la démarche qualité institutionnelle puisse intégrer la protection de la santé au cœur de son fonctionnement.

A ce stade de la réflexion, plusieurs enjeux se dessinent : 1) Humain et Ethique : maintien dans l'activité de travail et dans la dynamique de projet professionnel, préservation de la qualité de vie au travail, introduction de la notion de choix-responsabilité et respect des choix 2) Managérial : guidance nécessaire aux professionnels visant l'harmonie des pratiques et centralité du projet professionnel des travailleurs, 3) Organisationnel : système d'information santé pérenne permettant le repérage, la hiérarchisation, l'état des lieux des ressources extérieures disponibles, et outils de communication autour des questions de santé adaptés aux personnes et favorisant leur participation aux décisions les concernant. Nous sommes cependant en présence de systèmes complexes dus à l'imbrication des sphères personnelles, sociales et professionnelles qui nécessitent une plus grande pertinence. Pour parvenir à enrichir les projets individualisés d'accompagnement dans leur

---

<sup>93</sup> SPROCATTI Virginie, Rapport psychologique de M. X pour la synthèse du 21 octobre 2013

<sup>94</sup> Propos du Moniteur d'Atelier Principal du Pôle Espaces Nature

élaboration, leur suivi et leur actualisation, la démarche de développement durable dans laquelle s'inscrit l'ESAT-ADASMS nous invite à dépasser ce que je nomme « le caractère opposable travail/santé » qui circonscrit les propositions de travail lors de l'apparition ou de l'accroissement d'un problème de santé. Adapter notre accompagnement aux besoins explicites, implicites, actuels et futurs nécessite de changer de paradigme.

## **2 Vers une dimension santé constitutive de l'accompagnement au travail**

Selon Alain Touraine, « *Le sens d'un problème social ne peut apparaître que quand est découverte la domination qui s'exerce [...], quand le problème social est reconnu comme le produit d'une aliénation*<sup>95</sup> ». Il s'agit donc de rechercher au-delà des constats et des effets, et avant de formuler des solutions, les causes potentiellement concomitantes qui concourent aux problématiques de santé repérées. Le caractère opposable travail/santé perçu précédemment s'exprime en réalité dans l'organisation interne de l'ESAT-ADASMS et auprès de ses acteurs internes ou externes.

### **2.1 La culture de la prévention santé et sécurité à l'ESAT-ADASMS et ses limites**

La culture de l'ESAT-ADASMS en matière de santé et de sécurité s'appuie tout d'abord sur un aspect réglementaire dense qui intègre 2 facettes : le caractère médico-social de l'ESAT et son statut de lieu de travail.

En interne, des moyens humains adaptés ont été ainsi mis en œuvre avec la présence d'une infirmière, d'une psychologue associative, d'une psychologue du travail ESAT-ADASMS, d'un psychiatre, d'un correspondant à la protection et la prévention des risques professionnels<sup>96</sup>. Du côté des intervenants extérieurs, l'ESAT étant un lieu de travail, il est en relation avec les acteurs sécurité et santé habituels du milieu ordinaire de travail : services de santé au travail, CARSAT, CRAM. Du point de vue strictement des ressources, les problématiques de santé décrites précédemment pourraient donc être traitées en s'appuyant sur cette équipe médicale et paramédicale voire dans certains cas, sur une demande d'orientation complémentaire à l'ESAT de type Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés (SAMSAH).

Plusieurs constats d'ordre associatif m'amènent cependant à questionner davantage ce qui se joue véritablement à l'ESAT-ADASMS en termes humains, managériaux et organisationnels, à travers ces problématiques de santé au travail.

Tout d'abord, historiquement à l'ADASMS, l'aspect santé a fait l'objet d'une approche à caractère innovant dès 1993 par l'introduction d'une activité de soutien ESAT concernant

---

<sup>95</sup> TOURAINE Alain, Pour la sociologie, Editions du Seuil, 1974

<sup>96</sup> Code du Travail, article L. 4644-1

la prévention santé, la vie affective et la sexualité ; de plus, depuis 1993, les activités physiques et sportives sont intégrées au temps de travail hebdomadaire et servent aussi de vecteurs de rassemblement à l'Association à travers une journée inter établissements et services « Voile Vélo Marche » et des compétitions organisées par la Fédération de Sport Adapté.

Une volonté associative forte sous-tend donc déjà l'approche santé et ne la réserve pas à certains professionnels de santé repérés mais l'élargit à l'ensemble des établissements et services non médicalisés.

### **2.1.1 « Santé au travail » ou enjeu de santé sur un lieu de travail protégé**

Suivant le CASF article R. 344-8<sup>97</sup>, les ESAT doivent répondre aux conditions d'hygiène et de sécurité prévues par les articles L. 4111-1 et suivants du Code du Travail.

Les ESAT sont également soumis aux règles de la médecine du travail telles que prévues aux articles L. 4622-2 et suivants du même code. De plus, les obligations de l'employeur prévues par la législation sur les accidents du travail du livre IV de la Sécurité Sociale et des textes du Code Rural et de la Pêche maritime incombent à la personne ou à l'organisme responsable de la gestion de l'établissement ou du service d'aide par le travail<sup>98</sup>.

Au-delà de l'aspect réglementaire, « *la thématique globale « santé au travail » est essentielle pour la viabilité et la pérennité des entreprises du fait du rallongement de la période de vie professionnelle et davantage encore dans les structures associatives œuvrant dans l'Economie Sociale et Solidaire ou le développement durable, du fait de la nature des activités où l'humain a une place centrale*<sup>99</sup> ». Suivant l'Accord National Interprofessionnel du 19 juin 2013, la prise en compte de la « santé au travail » constitue un autre aspect de la qualité de vie au travail.

L'acteur principal de la santé au travail, les « services de santé au travail » (et non plus « la médecine du travail » depuis la réforme de 2011<sup>100</sup>) sont orientés vers une culture de prévention. Il s'agit de prévention des risques professionnels, de bien-être au travail, d'ergonomie concertée. A cette fin, 1)° ils conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel, 2)° ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de

---

<sup>97</sup> Décret n°2006-703 du 16 juin 2006 entré en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2007

<sup>98</sup> CASF, article R. 344-15

<sup>99</sup> SYNEAS, Elaborer une démarche de prévention des risques professionnels, cahier n°35, septembre-octobre 2013

<sup>100</sup> Loi 2011-867 du 20 juillet 2011, complétée par décrets d'application n°2012-135 et n°2012-137 du 30 janvier 2012



contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs, 3) ils assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge [...].

La terminologie « santé au travail » est alors définie comme les conditions requises pour éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur emploi<sup>101</sup>.

Deux constats viennent percuter cette définition : la réalité vécue de la santé au travail à l'ESAT-ADASMS et la réalité de la population accueillie en milieu de travail protégé.

#### a) Un suivi d'aptitude par des services de santé au travail en crise

Une visite médicale par les services de santé au travail est prévue dans les règles de vie attachées au règlement de fonctionnement de l'ESAT, l'ESAT-ADASMS a ainsi conventionné avec l'Association de Santé au Travail de la Haute-Marne (ASTHM) en 2011. Le décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail précise à l'article 29 que « le médecin du travail exerce une surveillance médicale renforcée<sup>102</sup> pour [...], les travailleurs handicapés.

L'année 2013 et le premier trimestre 2014 furent marqués<sup>103</sup> par le refus de l'ASTHM d'intervenir dans l'ensemble des ESAT du département, tout d'abord « *en respect des évolutions réglementaires liées à la réforme de la médecine du travail* » (les travailleurs ESAT ne feraient plus partis des populations suivies), puis « *faute de validation des hausses de tarifs dans la convention* », enfin « *faute de médecin disponible habilité* ». L'Assemblée Générale de l'ASTHM du 26 juin 2014 a mis en évidence la cause réelle de la crise : l'exercice de médecins qui n'étaient pas qualifiés médecin du travail et/ou qui n'ont pas obtenu la qualification.

En 2014, les visites de santé ont certes repris au rythme de 18 travailleurs par jour, mais pour les travailleurs, il s'agit de se retrouver face à un médecin qui ne connaît pas l'affectation en atelier et qui ne maîtrise pas la langue française<sup>104</sup>, qui n'a aucune interaction avec les moniteurs d'ateliers pour que les problématiques concrètes du quotidien soient appréhendées. L'action de cette instance me semble tout à fait archaïque, administrée mais sans âme, faite de rendez-vous décorrélés des personnes, des lieux, des situations et dont on peut craindre que « *le maintien de l'aptitude comme procédure d'évaluation des capacités d'un individu déconnectées de leur relation au milieu de travail continue d'entraver la logique de prévention collective* ».

Cette situation n'est pas propre à l'ASTHM. Les services de santé au travail constituent encore aujourd'hui, malgré la réforme engagée en 2011, une institution en crise. Suivant

---

<sup>101</sup> Code du Travail, article L4622-2

<sup>102</sup> Définie à l'article R. 241-50 du Code du Travail

<sup>103</sup> ADASMS, Bilan d'hygiène et des conditions de travail 2013, février 2014

<sup>104</sup> Médecin d'origine roumaine

Gabriel FERNANDEZ, médecin du travail, « *les limites* [des services de santé au travail sont celles] *d'un fonctionnement centré sur la décision d'aptitude, dont le caractère prédictif en matière de santé au travail est faible et la valeur préventive quasi nulle* »<sup>105</sup>.

D'un point de vue quantitatif, il évoquait en 2009 plus de 6500 médecins et 10500 personnels non médicaux regroupés dans 943 services de santé au Travail qui assuraient la surveillance médicale de 15.3 millions de salariés du secteur industriel et commercial. D'ici à 2014, 1700 d'entre eux devaient partir en retraite, alors que seulement 370 nouveaux médecins du travail se seraient formés. Concomitamment, d'un point de vue qualitatif mais aux accents d'injonction paradoxale, les textes visant à réformer l'institution ont orienté à la hausse le temps des médecins du travail consacré aux actions en milieu de travail et ont introduit le principe de la pluridisciplinarité des actions pour pallier le déficit de temps que les médecins peuvent consacrer à connaître de près le travail des salariés...

b) Un pilotage par la DIRECCTE qui ne répond pas à l'ampleur des enjeux en matière de santé

La Haute Autorité de Santé écrivait en janvier 2009 dans la recommandation de bonne pratique intitulée "le dossier médical en santé au travail" : « *La médecine du travail est mal insérée dans le système de soins et dans le dispositif de veille sanitaire.* »

La « santé au travail » est en effet placé sous l'égide, non pas de l'Agence Régionale de Santé qui pilote le schéma régional d'organisation des soins, le schéma régional de prévention et le schéma d'organisation médico-social mais de la Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE) placée auprès du Préfet de région pour assurer le pilotage coordonné des politiques publiques du développement économique, de l'emploi, du travail, de la concurrence et de la protection des consommateurs. Dès lors, la place réelle de la santé au travail questionne dans un environnement où se concentrent l'amélioration de la compétitivité, la formation des salariés, la sécurité des consommateurs, le bon fonctionnement des marchés.

Néanmoins, conformément aux dispositions de l'article L. 1411-11 du Code de la santé Publique, un Plan Régional de Santé au Travail PRST2 2010-2014 élaboré avec divers partenaires (CARSAT, MSA, ARACT, OPPBTP, DREAL) constitue le programme de prévention des risques liés au travail en Champagne-Ardenne. Le pilotage est assuré par la DIRECCTE, l'ARS pouvant y être associé<sup>106</sup>. Ce plan est ambitieux, en revanche la question des moyens n'est pas abordée de manière pertinente car elle ne fait que citer les

---

<sup>105</sup> FERNANDEZ Gabriel, *Soigner le travail – Itinéraires d'un médecin du travail*, Erès, Toulouse, 2009, p21

<sup>106</sup> Circulaire DGT 2010/07 du 30 juillet 2010

instances responsables sans mesurer le ratio entre les besoins en ressources et les ressources existantes.

#### c) L'ESAT-ADASMS et la prévention des risques professionnels

L'ESAT a une obligation non seulement de moyens mais aussi de résultat<sup>107</sup> en matière de sécurité. La responsabilité civile pour faute inexcusable de l'employeur peut être engagée. L'ESAT-ADASMS a nommé un correspondant à la protection et la prévention des risques professionnels<sup>108</sup>. Celui-ci a notamment introduit et actualisé chaque année dans le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels<sup>109</sup> les risques professionnels des travailleurs de l'ESAT relatifs aux activités proposées ; et des fiches de sécurité au poste de travail présentant les Equipements de Protection Individuelle à utiliser sont partagées trimestriellement avec les travailleurs. Des formations aux premiers secours, à l'utilisation des extincteurs et du défibrillateur sont mises en œuvre chaque année. Une formation « gestes et postures » a intégré 12 travailleurs de l'ESAT en 2008 et 3 études de poste en ergonomie ont été réalisées en 2012<sup>110</sup>.

Les réunions du CHSCT dont la mission consiste notamment à surveiller les conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs font notamment apparaître des constats liés aux visites des établissements, des données issues du registre des soins bénins ; elles ne sont pas ou rarement investies par les partenaires ASTHM, CRAM, et CARSAT.

Les accidents de travail<sup>111</sup> ont concerné le risque routier, le risque de chute, le risque de blessure lié aux équipements techniques, le risque de violence<sup>112</sup> et les facteurs de pénibilité tels que la lombalgie. Ces accidents font l'objet de rapports circonstanciés ; en revanche, aucune analyse méthodologique des causes n'est mise en œuvre.

L'évaluation interne de 2012 n'a pu pointer ces éléments car le questionnaire<sup>113</sup> choisi interroge la santé exclusivement sous l'aspect soins. L'évaluation externe de février 2014 quant à elle souligne que « *l'ergonomie des postes de travail doit être analysée en vue d'amélioration*<sup>114</sup> ».

#### d) La spécificité santé de la population accueillie en ESAT n'est pas prise en compte

Suivant l'OMS, la santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social. Cette définition s'est à mon sens irriguée dans la définition du handicap en l'élargissant en 2005 au handicap psychique notamment. Les orientations prononcées par la MDPH participent de cette évolution, elles jouent un rôle de discrimination positive de l'état de

---

<sup>107</sup> Code du Travail, article L. 4121-1

<sup>108</sup> Code du Travail, article L. 4644-1

<sup>109</sup> Code du Travail, articles L. 4121-3, R. 4121-1 à 4

<sup>110</sup> ADASMS, Plans de formation 2008 à 2013

<sup>111</sup> ADASMS, Bilan Hygiène, Sécurité et Conditions de travail 2013, février 2014

<sup>112</sup> Violence entre usagers et violence entre usager et professionnel

<sup>113</sup> Grille CRP Consulting

<sup>114</sup> ADQ Conseil, Pré-rapport Evaluation Externe ESAT-ADASMS, juin 2014

santé sur l'employabilité ESAT. La population accueillie présente la spécificité d'être orientée en ESAT de par une problématique de santé.

Ces travailleurs ne peuvent donc être considérés, de ce point de vue, comme des salariés ordinaires en particulier dans l'approche « santé au travail ». Il ne s'agit plus tant de repérer une altération par le travail de l'état de santé mais, comme mission première, de choisir et de mettre en œuvre les conditions de travail adaptées à l'état de santé et à ses évolutions, faisant l'objet de l'orientation ESAT.

En aucun cas aujourd'hui l'état de santé intrinsèque au handicap n'est pris en compte lors des visites de santé au travail. Aucun conseil n'est délivré. Pourtant, la conjonction de cet état de santé occulté et de conditions de travail mal adaptées induit potentiellement une dégradation de cet état de santé sur le lieu de travail. L'ESAT-ADASMS fait alors face à des injonctions paradoxales<sup>115</sup>, notamment pour le port de charges lourdes, entre la médecine de famille qui rédige une ordonnance mentionnant la nécessité d'adapter le travail et la médecine du travail qui délivre une aptitude sans réserve. Aucune des visites de santé au travail en 2014 n'a soulevé de questions, de conseils ou de réserves.

A la terminologie « santé au travail » qui représente à mon sens la face institutionnelle et réglementaire minimaliste de la santé et qui consacre le caractère opposable travail/santé ; je considère que celle d'un enjeu de santé sur un lieu de travail protégé reflète davantage la réalité des populations accueillies, la dimension globale de la santé et l'essence de notre mission d'accompagnement à l'épanouissement personnel et social.

### **2.1.2 Des actions santé par le biais d'activités de soutien morcelées**

Les travailleurs présentent des difficultés à appréhender la notion de santé. Ces difficultés peuvent être nous l'avons vu précédemment d'ordre psychologique, mais aussi d'ordre organisationnel, relationnel, administratif, ou encore financier. De plus, la complexité des systèmes de santé est telle qu'elle constitue un frein dans l'environnement de la personne (diversité des structures et intervenants, diversité et complexité des obligations administratives). L'accompagnement en santé n'existe pas qu'à travers des contraintes réglementaires. L'ESAT-ADASMS a choisi de l'irriguer à travers des activités dites de soutien qu'elles soient thérapeutiques ou éducatives.

#### **a) Un soutien thérapeutique clinique insuffisant en milieu de travail protégé**

Dans leur étude sur les établissements médicosociaux, COUËPEL et al (2011) notent « *toute la difficulté rencontrée dans l'accompagnement en santé par les équipes : troubles du comportement durant les examens, faible médicalisation, absence de formation et*

---

<sup>115</sup> Courrier de Mme X, tutelle de Mme Y travailleur ESAT, juin 2014

*d'information, impréparation et désarroi devant vieillissement, absence de personnes ressources.* »<sup>116</sup>

L'ESAT-ADASMS s'appuie en interne pour l'accompagnement santé des 103 travailleurs accueillis, sur une équipe médicale et paramédicale de 0.73 ETP organisée autour d'une infirmière à 0.4 ETP, d'un psychiatre à 0.08 ETP et d'une psychologue à 0.25 ETP<sup>117</sup>.

>La psychologue intervient régulièrement auprès de 14 travailleurs au cours d'entretiens hebdomadaires ou bimensuels de 30 minutes environ ; elle anime et rédige des synthèses. Ces synthèses pour renouvellement d'orientation CDAPH (en général tous les 5 ans) ou pour bilans intermédiaires (tous les 2 ans) nécessitent une préparation rigoureuse respectant la procédure d'évaluation clinique. Lors du bilan d'activité du 1<sup>er</sup> semestre 2014, la psychologue de l'ESAT-ADASMS concluait : « *le temps de préparation et d'animation des synthèses m'empêche de développer davantage l'axe clinique au sein de l'ESAT. Un développement de l'axe clinique serait profitable aux usagers de l'ESAT* ». Ce ressenti semble similaire pour le psychiatre intervenant à l'ESAT-ADASMS auprès de 15 travailleurs.

>L'infirmière reçoit 284 visites sur une année, a accompagné 44 prises de rendez-vous et 90 rendez-vous médicaux concernant 19 travailleurs. Lors du bilan d'activité du 1<sup>er</sup> semestre 2014, l'infirmière soulignait « *un risque de mise en échec des usagers sur leur autonomisation en terme de santé ; de plus en plus de rendez-vous se font dans l'urgence car malheureusement, si je prends l'initiative, j'obtiens des rendez-vous plus rapides quand je téléphone en tant que professionnel de la santé, l'accès aux soins pour les usagers reste une difficulté* ». Les suivis sont orientés vers les addictions (avec le choix d'innovation thérapeutique tel que le traitement par le Baclofène ou l'alternative de la cigarette électronique) et l'obésité. Dans le cadre de ce dernier, l'infirmière note : « *il est difficile de conscientiser l'utilisateur à des problèmes de poids, à une diététique alimentaire et d'aborder avec eux les effets néfastes de l'obésité* ». Les notions d' « éducation alimentaire » et d' « éducation à l'autonomie pour les besoins de santé » évoqués dans la mise en œuvre du projet de soutien infirmier ne font pas en effet l'objet d'une méthodologie étayée et de supports individuels ou collectifs accessibles ; il n'y a pas eu non plus d'intervenants extérieurs à l'ESAT sur la prévention et le dépistage. Sur les 40 travailleurs requérant une vigilance particulière de l'état de santé, seuls 8 font l'objet d'un soutien infirmier régulier. Les moniteurs d'atelier qui agissent comme « des sentinelles de la santé » auprès des travailleurs alertent l'infirmière cependant l'urgence est déjà requise.

>SAMSAH : Deux travailleurs présentant des troubles psychiatriques graves et un travailleur repéré en refus de soins sont orientés et suivis par le SAMSAH associatif qui

---

<sup>116</sup> Dr AZEMA Bernard, Dr SATGE Daniel, Les cancers chez les enfants et adultes porteurs d'une déficience intellectuelle, informations CREA-ORS Languedoc-Roussillon, n°248, mai 2013

<sup>117</sup> ADASMS, tableau de répartition du personnel, février 2014

comprend une infirmière. L'aménagement de leur temps de travail articule les hospitalisations au Centre Hospitalier de la Haute-Marne de Saint-Dizier et de rares journées de travail en ESAT. Aucun partenariat n'est mis en place avec le CHHM de Saint-Dizier, le SAMSAH lui-même étant en difficulté pour bâtir une relation efficace et pérenne<sup>118</sup>. Les travailleurs en situation d'hospitalisation, notamment psychiatrique, sont en rupture de relations avec l'ESAT<sup>119</sup>.

>L'évaluation interne du soutien infirmier passe par un bilan des actions de soins infirmiers. Une grille organisationnelle pointue<sup>120</sup> sert de référentiel, elle est basée sur l'organisation et le suivi des soins. Des points améliorables d'ordre organisationnel sont identifiés mais ce mode d'évaluation ne permet pas ni de piloter la santé de la population ni de mettre en exergue des situations prioritaires, de définir des orientations et de prendre des décisions car les données de l'existant ne sont pas confrontées aux besoins de la population.

>Dans le cas de refus de soins, le soutien infirmier se retrouve tout à fait démuné et les tentatives d'approche confèrent à la soumission. « Le modèle de la « soumission librement consentie<sup>121</sup> » dérivé de la théorie de l'engagement suggérerait une efficacité entre exercice du pouvoir et manipulation. Ce type d'approche [en matière de refus de soins] ne peut constituer le fondement d'une stratégie éducative qui vise l'émergence d'hommes et de femmes libres et responsables.<sup>122</sup> »

#### b) Une activité de soutien Sports qui a conservé son caractère obligatoire

L'objectif principal de cette activité est de favoriser, sur un créneau de 1h30 à 2h sur le temps de travail, la pratique d'activités physiques et sportives pour l'ensemble des travailleurs de l'ESAT, en personnalisant l'accompagnement par un niveau de pratique adapté (loisirs, sport, championnat) et un large choix de disciplines (football, pétanque, tir à l'arc, natation, vélo, voile, randonnée, ping-pong).

Cette activité permet de faire face aux diverses situations de sédentarisation des travailleurs : ceux pour qui la position assise est indiquée au poste de travail, ceux dont l'autonomie de transport en milieu rural est faible ou inexistante, ceux pour qui une approche en club est difficile (intégration, compréhension des consignes) ou dont la démobilisation est plus rapide sans accompagnement soutenu (exemple du club de tir à l'arc de Saint-Dizier).

L'activité de soutien permet la conscientisation de son corps, l'ouverture des relations, la découverte que des moyens adaptés peuvent compenser le handicap d'origine physique. Elle possède une vertu intégrative qui permet de ne pas accentuer les clivages entre pôles

---

<sup>118</sup> Participation au bilan d'activité SAVS-SAMSAH 2013

<sup>119</sup> La continuité de ces relations fait l'objet de la recommandation ANESM, L'accompagnement à la santé des personnes handicapées, 2013

<sup>120</sup> 48 items relatifs à « une organisation qui garantit la sécurité et la qualité de la prise en charge en ce qui concerne les soins » et 83 items relatifs aux « actions soins »

<sup>121</sup> JOULE R.-V., BEAUVOIS J.-L., La soumission librement consentie, Paris, PUF

<sup>122</sup> INPES, La Santé de l'Homme, les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, mai 2005, n°377, p18

voire entre équipes sur les ateliers. Ma participation sur l'activité de soutien voile en juillet 2014 m'a permis de comprendre ce qui se jouait sur ce type d'activité : concentration, résistance à l'effort, solidarité, utilisation d'acquis scolaires sur le comptage notamment, responsabilisation (chef de tir, chef de bord), valorisation et estime de soi.

Les objectifs connexes liés à l'épanouissement social sont de participer aux compétitions dans le cadre du sport adapté, de proposer des séjours sportifs et de loisirs, d'envisager l'intégration en club hors sport adapté, de permettre la présence des moniteurs d'atelier dans l'encadrement exceptionnel des APS lors de sorties ou de compétitions, de vivre des journées « sports & loisirs » ADASMS/ASCP.

L'organisation à l'aide d'un calendrier sportif, à travers des championnats de France de sport adapté (athlétisme, football, tir à l'arc) donne du sens à l'activité et à l'engagement de la personne. Les conditions de réussite passent néanmoins par la participation effective et régulière des travailleurs aux activités sur lesquelles ils se sont engagés, grâce à un accompagnement des moniteurs d'atelier.

Le caractère obligatoire de cette activité a été choisi et mentionné dans le règlement de fonctionnement de l'ESAT mais il fait face à des exceptions au périmètre grandissant notamment pour faire face à des contraintes de travail :

>suspension de mars à mai pour les travailleurs du pôle horticole (coupure importante démobilisant certaines personnes),

>exemption de 2 personnes pour raisons médicales (l'une d'entre elles a cependant exprimé le souhait de pratiquer une activité),

>suspension lors de chantiers espaces verts d'ampleur requérant une mobilisation continue des 3 équipes sur 1 semaine,

>2 personnes réfractaires qui ne se rendent pas aux activités.

Malgré toutes les justifications de bien-être concourant à l'épanouissement personnel, ce caractère obligatoire ne respecte pas le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne constituant l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie<sup>123</sup>. Tout travailleur doit disposer ainsi du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes.

Lors du bilan de juillet 2014, l'éducateur sportif souligne : « *une réflexion est peut-être à mener sur la participation « obligatoire » des travailleurs* ». La moitié des personnes sont en effet inscrites pour les APS (sans obligation) du mois de juillet ; cette période correspondant à une découverte de l'ensemble des disciplines afin que le travailleur puisse se déterminer sur un choix d'activité pour l'année suivante.

Sur les 28 travailleurs requérant une vigilance santé particulière, il n'existe pas de spécificité de l'accompagnement APS en tant que telle. De plus, certains blocages d'ordre

---

<sup>123</sup> CASF, article L. 311-4 (Arrêté du 8 septembre 2003)

psychologique liés à la perception de l'image du corps et à l'image renvoyée à l'autre (cas rencontrés d'éléphantiasis<sup>124</sup> ou de reconstructions mammaires) ne font pas l'objet d'un appui auprès d'autres professionnels.

c) Une Activité Prévention Santé innovante mais circonscrite

L'objectif principal de cette activité est de sensibiliser les participants volontaires aux problématiques d'addiction, à la vie affective, aux problèmes d'hygiène corporelle et d'habitudes alimentaires ; et des comportements sociaux qui l'influencent.

L'infirmière anime cette activité appelée « Prévention Santé Vie Affective et Sexualité » (PSVAS) avec un moniteur d'atelier du pôle industriel volontaire.

Passer d'un accompagnement santé de type individuel à un accompagnement de type collectif permet d'entendre la préoccupation santé non plus sous le seul aspect vie privée mais faisant aussi parti du registre de la santé d'une population, celle de l'ESAT-ADASMS. L'activité PSVAS participe ainsi d'« *une santé communautaire de proximité, élaborée et pratiquée dans le cadre d'une promotion de la santé.*<sup>125</sup> », elle favorise l'acquisition d'une compétence individuelle et commune en matière de santé.

La psychologue associative me faisait part récemment que « *des participants à cette activité connaissaient en fait de longs parcours institutionnels au cours desquels des messages de prévention santé avaient été délivrés mais non intériorisés, notamment sur l'aspect contraception* ». En effet, « *dire « c'est interdit et c'est dangereux » et faire l'impasse sur ce qui rend la substance et son expérience attractive n'est pas opérant. Il s'agit d'infléchir la consommation et de déployer les protections de la réduction des risques* »<sup>126</sup>. L'aspect ludique des interventions constitue aujourd'hui le mode d'intervention qui semble le plus adapté. A l'heure actuelle, 25 travailleurs volontaires participent régulièrement à l'activité PSVAS et leur nombre est croissant chaque année.

Cette activité étant commune aux autres établissements à travers un groupe de pilotage associatif, 8 participants ESAT sont issus du foyer d'hébergement (qui a son propre groupe/thématique par trimestre) et 8 possèdent un suivi SAVS intégrant aussi cette activité. Dans les 40 personnes requérant une vigilance santé particulière, seuls 13 participent à cette activité.

Cette activité est circonscrite par le volontariat des personnes, elle ne permet pas de rallier les personnes pour lesquelles un besoin prioritaire se présente. Il n'existe pas de liens fonctionnels avec la psychologue de l'ESAT sur le cheminement des questions qui se posent aux participants à cette activité hors « *les sciences humaines nous apprennent que*

---

<sup>124</sup> Maladie dont les symptômes sont une augmentation du volume d'un membre causée par un œdème

<sup>125</sup> INPES, La Santé de l'Homme, Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé, mai 2005 n°377, p16

<sup>126</sup> Lien social, COUTERON Jean-Pierre, n°1122, 17 octobre 2013



*l'apport des connaissances ne suffit pas à modifier nos comportements. Ceux-ci sont construits par un environnement, une culture, des désirs...<sup>127</sup>. »*

A l'insuffisance de l'accompagnement clinique d'ordre quantitatif et qualitatif soulignée par les professionnels, aux questions soulevées par le caractère volontaire ou obligatoire des activités ; s'ajoutent des actions santé qui vivent finalement indépendamment les unes les autres sans faire lien entre elles, ni avec l'activité de travail. Dans ce contexte, la continuité des messages de prévention et la notion d'état de santé prioritaires n'est pas intégrée.

### **2.1.3 Les attitudes clivées de professionnels au regard de la santé et de la sécurité**

Les professionnels de l'ESAT-ADASMS sont constitués de 58% d'Educateurs Techniques Spécialisés détenteurs du DEETS (2 moniteurs d'ateliers 1ère classe et 4 moniteurs d'atelier principaux), de 4 moniteurs d'atelier 2ème classe détenteurs d'un diplôme de l'enseignement technique de niveau V, d'un jeune de moins de 25 ans embauché dans le cadre d'un emploi d'avenir avec parcours prévisionnel de formation de type CQFMA<sup>128</sup>.

Selon le référentiel métier, l'ETS accompagne et aide une personne à s'insérer dans un univers professionnel technique et social, développe une relation éducative personnalisée en s'appuyant sur une activité technique et professionnelle qui permette la construction identitaire, structure l'environnement technique en fonction de la spécificité du handicap ou des difficultés rencontrées par les personnes.

En revanche, il n'existe pas de diplôme ou de formation obligatoire pour exercer la fonction de moniteur d'atelier même si des centres de formation proposent une formation spécifique de niveau V, à l'issue de laquelle le professionnel obtient un certificat de qualification aux fonctions de moniteur d'atelier (CQFMA)<sup>129</sup>. Selon la convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées<sup>130</sup>, le moniteur d'atelier 2ème classe est « responsable de l'encadrement de travailleurs handicapés dans les activités d'atelier. Il est responsable de la production à réaliser, de ses délais et de son contrôle ». Ses fonctions consistent également à assurer un accompagnement éducatif des personnes qu'il encadre et à les faire progresser dans leurs compétences et connaissances professionnelles.

Les notions de santé et de sécurité n'apparaissent pas dans ces cursus DEETS et CQFMA, elles sont laissées à la seule appréciation personnelle des moniteurs suivant leur parcours professionnel et leurs représentations en matière de santé et de sécurité.

---

<sup>127</sup> Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine Nancy-Université, module santé publique, « *Education et Promotion pour la Santé* », année universitaire 2011-2012

<sup>128</sup> Certificat de Qualification aux Fonctions de Moniteur d'Atelier (CQFMA)

<sup>129</sup> Réforme en cours du diplôme : au niveau national, les référentiels relatifs au CQFMA sont à l'étude afin que cette certification puisse être reconnue par la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et inscrite au Répertoire National des Certifications Professionnelles

<sup>130</sup> CCN 66 du 15 mars 1966

Selon Thierry BRAGANTI<sup>131</sup>, « *la plupart des ETS en formation entretiennent un rapport problématique aux enseignements théoriques, une relation sinon conflictuelle du moins délicate au savoir livresque. Cette difficulté à conceptualiser la pratique est en partie liée à une vision essentialiste de l'univers social dans lequel les choses vont de soi et à une posture relativiste qui veut que toute action éducative étant soumise à une multitude de paramètres, il est impossible de dégager des invariants* ». Cette posture génère à mon sens des discours dichotomiques permettant de simplifier, du point de vue des professionnels, les modes d'intervention requis. Voici 3 types de clivages qui induisent une intervention en tensions, de l'impuissance voire du renoncement de la part des professionnels.

a) Le handicap psychique, « l'affaire du sanitaire »

Lors des entretiens individuels menés auprès des moniteurs d'ateliers dans ma phase de prise de poste, le « handicap psychique » a donné lieu à des propos saisissants qui ne peuvent rester sans impact sur l'accompagnement quotidien des personnes accueillies.

Un premier entretien a clairement fait ressortir une vision manichéenne de la population entre les personnes déficientes intellectuelles dites « *les gentils* » et les personnes en situation de handicap psychique dites « *les méchants* ». Cette dichotomie était relayée par une nostalgie « *des paradis perdus de la déficience mentale* ».

L'échange sollicité avec le psychiatre associatif m'a orienté vers le concept d'isomorphisme<sup>132</sup> pour expliquer ce positionnement. Les psychoses rencontrées dans les troubles psychiques liés à la maladie mentale font état de ce clivage entre bons et mauvais. Inconsciemment, les moniteurs au contact quotidien de cette population développeraient cette même approche d'une situation qui leur pose problème. Les voir différents d'eux-mêmes constituerait un ressort psychologique pour se protéger de ce qui pourrait leur arriver. L'isomorphisme est perçu par ce psychiatre comme un risque avéré. Cette approche clivée touche également les modes d'intervention nécessaires concernant ces 2 populations : « l'éducatif pour la déficience mentale, la psychiatrie pour la maladie mentale ». L'un des moniteurs évoque les moyens pléthoriques en infirmiers psychiatriques qui seraient présents dans un ESAT spécialisé dans le handicap psychique<sup>133</sup>, d'autres soulèvent la question de la bienveillance lorsque l'on confronte des personnes déficientes à des populations dont l'instabilité et les passages à l'acte entraînent un climat de peur. Une formation sur le handicap psychique a eu lieu en 2012, les retours sont contrastés avec des professionnels qui ne trouvent pas dans ces formations les « recettes » applicables. Dans ce cas de figure, le handicap psychique vu sous l'aspect santé mentale est synonyme pour certains professionnels d'une « étrangeté étrangère » à la mission d'un ESAT. Suivant Patrick ALARY, Président de la Commission scientifique de la Fédération d'aide à la santé

---

<sup>131</sup> Thierry BRAGANTI, cadre pédagogique, responsable de formation ETS à l'IRTS de Champagne-Ardenne, co-auteur de Educateur Technique Spécialisé : Formation, Diplôme, Carrière, ASH Etudiants, 2011

<sup>132</sup> Isomorphisme du grec : isos « égal » et morphos « forme », étymologiquement « même forme »

<sup>133</sup> ESAT du Meix Tiercellin

mentale Croix-Marine, « *les effets de stigmatisation se ressentent aujourd'hui car les malades psychiques restent inquiétants et présentés sous des dehors dangereux. Les pathologies psychiques sont clivantes et la coopération doit toujours être travaillée. La qualité des relations entre services soignants et médico-sociaux est une garantie de continuité du cadre de prise en charge face à la discontinuité des pathologies*<sup>134</sup> ».

b) La santé, « perturbatrice de l'organisation du travail »

La santé est perçue au quotidien par les professionnels sous plusieurs aspects : handicap psychique, somatisation, fatigabilité, dégradation de l'état de santé. Les moniteurs sont amenés à s'exprimer sur ce thème de la santé lors de l'élaboration des graphes d'état lors des synthèses. Il s'agit alors parfois de reconsidérer l'affectation dans un atelier plutôt qu'un autre avec l'idée d'un risque concernant la sécurité de la personne.

Les autorisations d'absence (prévues dans le règlement de fonctionnement de l'ESAT) accordées par la Direction de l'ESAT aux travailleurs pour se rendre à des rendez-vous médicaux sont perçues comme des temps chômés préjudiciables au bon déroulement de l'organisation de la production.

Elles sont aussi et surtout, en l'absence d'outils visuels adaptés, un constituant supplémentaire de la charge mentale forte des professionnels pour mémoriser le lieu d'activité à un instant t de chacun des travailleurs d'un pôle donné, et organiser les postes de travail en fonction. Le travailleur peut ainsi être à l'infirmerie, en congés, en activité de soutien, en sortie exceptionnelle, en absence injustifiée, en rendez-vous médical avec l'infirmière, en rendez-vous via le SAVS ou le SAMSAH, en formation, en stage intra en cuisine, en prestation extérieure, en stage en milieu ordinaire de travail, ou en entretien chez la psychologue...

Dans ce contexte, un rendez-vous médical est un x<sup>ième</sup> facteur à intégrer pour organiser le travail. L'état de santé et les actions en santé introduisent de multiples micro-changements qu'il convient de gérer dans un contexte d'atelier de production où la planification logistique, l'engagement délai auprès des clients, la conformité des produits restent les attendus d'une entreprise même en milieu de travail protégé.

c) La sécurité, « entre maîtrise des risques et fatalité »

Selon la définition du dictionnaire Robert, la fatalité est dans une de ses acceptions « *une suite de coïncidences fâcheuses et inexplicables* ». Selon Romain ROLLAND, il s'agit surtout de « *l'excuse des âmes sans volonté* ».

« *D'un point de vue systémique, on peut considérer qu'un risque se compose d'une situation redoutée (danger), d'une situation espérée (souhait), d'une cible (dont la situation sera impactée, améliorée ou dégradée), d'un déclencheur (ou cause) qui va lancer la*

---

<sup>134</sup> Lien social, n°1133, 23 janvier 2014

*dynamique de changement ou d'évolution, et d'éléments interactifs qui amènent, favorisent ou empêchent l'évolution de la situation initiale vers l'une ou l'autre des 2 alternatives : redoutée ou espérée<sup>135</sup> ».*

L'ESAT-ADASMS applique nous l'avons vu précédemment les obligations réglementaires en termes de sécurité ce qui recoupe les formations, les affichages, les contrôles, le dialogue social avec le CHSCT. Le fait d'avoir répondu à tous ces aspects techniques donne le sentiment d'une maîtrise du risque ; lorsque l'accident apparaît malgré toutes les dispositions prises, il ne pourrait s'agir que de la Fatalité et de sa victime : l'Homme de bonne volonté, coupable par là-même.

Ainsi, à chaque accident de travail, un rapport circonstancié est établi pour répondre aux contraintes administratives de déclaration à la CARSAT. L'aspect comportemental des protagonistes ne fait cependant l'objet d'aucune analyse ni d'aucune action. Pourtant, selon Jacques PIGNAULT et Jean MAGNE, « *les leviers à actionner pour ramener les risques d'erreurs à un niveau acceptable relèvent des comportements individuels de chacun et des pratiques de management<sup>136</sup> [de l'organisation] ».*

\*\*\*\*\*

Parce que « *la vie est un continuum, et la personne humaine une dans son corps, son histoire et son vécu<sup>137</sup>* », il s'agit d'impulser en milieu protégé de travail une dimension santé constitutive et non plus duale du travail, dont la résultante serait une amélioration de la qualité de vie au travail.

Pour que l'effort demandé au travailleur en ESAT dans la construction d'une identité professionnelle puisse prendre toute l'ampleur souhaitée, la dimension globale de la santé nécessite - dans des espaces-temps rendus cohérents - une approche personnalisée qui tienne compte des identités, des représentations voire des pathologies à l'œuvre en matière de représentation du corps, et une approche collective propice à développer de réelles compétences en matière de santé.

A l'ESAT-ADASMS, « *se joue une autre conception du travail comme il se joue une autre conception de la santé. Non seulement un travail qui ne détruit pas la santé, mais un travail qui participe à l'épanouissement de la santé dans toutes ses dimensions<sup>137</sup>* ».

Le projet constitue une réelle opportunité de réactiver les chantiers d'amélioration de l'accompagnement des projets professionnels au sein de notre démarche qualité à travers une démarche qui se veut globale afin de répondre à un enjeu de santé sur un lieu de travail protégé. Cette démarche assurerait les liaisons et la continuité des actions de santé avec

---

<sup>135</sup> PIGNAULT Jacques, MAGNE Jean, Gestion des risques et culture de sécurité – le facteur humain au bénéfice de l'organisation, Dunod, 2014

<sup>136</sup> PIGNAULT Jacques, MAGNE Jean, Gestion des risques et culture de sécurité – le facteur humain au bénéfice de l'organisation, Dunod, 2014

<sup>137</sup> CFES, La Santé de l'Homme, BRIXI Omar, Vers un statut de sujet même au travail, n°355, Septembre 2001, p38

priorisation de certains chantiers en regard des problématiques santé prédominantes en termes de gravité ou de récurrence. Sa visée intégrative et décloisonnante auprès des professionnels permettrait une réappropriation des rôles, des missions, une prise de conscience des représentations et des comportements induits.

## **2.2 Induire une démarche de « Promotion de la Santé » en milieu de travail protégé**

Les constats et les analyses qui précèdent viennent éclairer la nécessité de conduire un changement suivant une ampleur et une typologie qui correspondent aux besoins identifiés et à l'identité associative.

Ce changement procéderait ainsi d'une dimension santé élargie, positivée et intégrative.

Il devra permettre dans un cadre éthique défini de renforcer la participation des travailleurs, leur rôle d'acteur en santé en favorisant non seulement les connaissances mais aussi les aptitudes et les pratiques ; et de toucher des personnes habituellement en marge sur l'aspect santé en travaillant la notion de choix-responsabilité.

Il devra soutenir et faciliter les modes d'intervention éducative des professionnels par une dynamique d'échanges, d'analyse et de proposition, et des liens fonctionnels entre professionnels au bénéfice d'un accompagnement global tiré par la qualité de vie des travailleurs.

Il sera irrigué par un recentrage du construit organisationnel sur les personnes accueillies et leur projet professionnel, sur l'adaptation des conditions de travail à leur état de santé et à ses évolutions.

Il nécessitera des appuis extérieurs dans le domaine du sanitaire notamment, des étayages méthodologiques issus du milieu ordinaire avec des supports adaptés, et des partenariats ressources.

Il sera basé sur un système d'observation qui puisse rendre compte des priorités, des évolutions, et sera évaluable de manière pertinente.

Il ne s'agit « *pas seulement des moyens pour atteindre une meilleure efficacité mais [d'] un processus de développement qui permette à la communauté de mieux s'organiser même si les solutions retenues échappent aux professionnels<sup>138</sup>* ».

Ce processus de changement favorisera le développement réciproque des compétences des travailleurs et des professionnels en matière de santé, et des accompagnements collectifs permettant d'améliorer la santé de la population par la réduction des risques.

Il conduira à un passage de l'aptitude au travail à la prévention des risques en matière de santé et de sécurité ; à un passage de l'état de santé déterminant négatif du travail à une santé ressource à préserver pour mener à bien son projet professionnel.

---

<sup>138</sup> Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine Nancy-Université, module santé publique, « *Education et Promotion pour la Santé* », année universitaire 2011-2012

Il sera l'angle durable sous lequel les questions de densification du vieillissement et des troubles psychiques pourront être abordées en échappant à une approche trop catégorielle.

### **2.2.1 La pertinence du concept de « Promotion de la Santé »**

Le concept de « Promotion de la Santé » est défini par l'OMS comme « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur santé*<sup>139</sup> », la santé étant définie elle-même comme « *un état de bien-être physique, mental et social.* » La Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986, texte fondateur du concept, invite à 6 axes : 1-l'individu considéré dans son intégralité (une santé engendrée et vécue là où l'individu travaille), 2-une action santé intersectorielle (le secteur de la santé ne peut à lui seul assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé), 3-une dimension de la qualité de vie (la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine, des conditions de travail sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables), 4-une approche socio-écologique à l'égard de la santé (protection des milieux naturels, écologie) : « *le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel*», 5-le développement individuel et social (accès total et permanent à l'information, acquisition de connaissances), 6-l'éducation pour la santé (bien-être et autonomie, qui comprend l'éducation thérapeutique du patient, se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques)

Ce concept de Promotion de la Santé réunit donc en son sein toutes les facettes du changement nécessaire dessiné auparavant et épouse la démarche socio environnementale dans laquelle l'ESAT-ADASMS est engagée (*Annexe n°13*).

#### a) Une dimension adaptée aux enjeux et responsabilités

La démarche de Promotion de la Santé participe d'une approche systémique qui répond aux échanges réciproques observés entre travail et santé, et dont la portée est bien supérieure à la somme des 6 actions qui la constitue, ce qui permet de faire tendre l'organisation ESAT-ADASMS dans un état stable recherché : la qualité de vie au travail. En termes de responsabilités, elle permet de réinscrire le rôle de l'ESAT-ADASMS comme garant de la sécurité et de la protection de la santé ; elle « *crée les conditions d'un accompagnement des usagers individualisé et qualité respectant leur consentement libre et éclairé*<sup>140</sup> ».

---

<sup>139</sup> OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986

<sup>140</sup> Référentiel CAFDES issu du Décret n°2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale et modifiant le code de l'action sociale et des familles

En termes de communication, l'appellation « Promotion de la Santé » possède l'avantage d' « *un concept générique susceptible de traduire une [future] compétence distinctive*<sup>141</sup>. »

b) Son rôle facilitateur dans l'environnement professionnel des travailleurs

En introduisant une dimension santé constitutive et non plus opposable au travail, la Promotion de la Santé ouvre à mon sens de nouvelles perspectives liées aux projets professionnels. Là où ils représentaient seulement la variable d'ajustement de l'état de santé des personnes, ce qui correspond déjà à une certaine adaptation nécessaire de l'accompagnement ; la Promotion de la Santé se saisit des projets professionnels comme véritable contributeur de la santé des travailleurs et de leur épanouissement professionnel. Ce sont alors de nouvelles propositions, étayages et supports qui vont émaner de ce concept : travail sur les environnements freins, travail sur la convergence des soutiens, augmentation du champ des possibles.

c) Un cadre évaluatif opérationnel adapté à la culture associative

Tous les engagements forts de l'ADASMS s'appuient sur un cadre méthodologique précis dont les résultats sont évaluables. La démarche de Promotion de la Santé possède ce cadre. La qualité des actions en Promotion de la Santé s'appuie en effet sur un guide d'autoévaluation défini pour et par des associations<sup>142</sup>.

5 grands thèmes ensuite déclinés par critères puis attendus sont mobilisés : 1) La dynamique associative garantit un cadre favorable pour le développement d'actions de qualité en promotion de la santé, 2) Une action qui s'inscrit dans une logique de promotion de la santé et qui s'appuie sur les principes et les valeurs spécifiques à cette approche, 3) Une action basée sur une analyse de situation globale, structurée et formalisée, 4) Une action planifiée sur la base d'un ensemble cohérent d'objectifs définis, de méthodes argumentées et de ressources identifiées, 5) L'animation et la gestion de l'action s'appuient sur des méthodes, des compétences et des responsabilités déterminées qui permettent la réalisation effective et optimale de l'action.

Ce cadre évaluatif du pilotage me permet à ce stade, non seulement d'envisager le mode d'évaluation du projet, mais avant tout de disposer d'un cahier des charges de conception du projet et ainsi de l'intégrer dans l'élaboration du futur projet d'établissement ESAT-ADASMS. Les risques liés à l'évaluation de l'efficacité de l'action ne doivent cependant pas être omis car « *le monde médical européen passe ainsi d'une éthique déontologique et individuelle (fondée sur la règle et le devoir), habituelle dans les pays latins et où la décision médicale échappe à toute contrainte économique, à une éthique téléologique et collective (fondée sur le résultat), devenue dominante dans les pays du Nord ou aux Etats-*

---

<sup>141</sup> LEFEVRE Patrick, Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale, Paris, Dunod, 2011, 3<sup>ème</sup> édition, p284

<sup>142</sup> INPES, Comment améliorer la qualité de vos actions en promotion de la santé, septembre 2009

*Unis, et où l'évaluation économique constitue un paramètre de son processus de décision ». Il s'agira donc de savoir « valoriser les effets non marchands d'une action de santé comme la capacité de travail préservée [...] »<sup>143</sup>.*

## **2.2.2 La pierre angulaire du futur Projet d'Établissement ESAT-ADASMS**

Le Projet d'établissement occupe une place centrale et formalise à mon sens les liaisons indispensables entre toutes les sources d'amélioration identifiées<sup>144</sup> afin de donner la meilleure visibilité possible aux professionnels, aux partenaires, aux autorités et aux travailleurs. Un cycle de 5 ans s'achève avec l'évaluation externe de février 2014, le futur projet d'établissement nécessite une nouvelle dynamique qui fasse sens, qui génère un enthousiasme renouvelé pour chacune des parties prenantes de l'ESAT-ADASMS.

### **a) La vision pour et avec les travailleurs**

La démarche holistique (axe 1 de la Promotion de la Santé) génère la capacité de faire des liens travail/santé qui favorisent la demande de soutien personnalisée sous cet angle et d'accroître la réceptivité aux actions intersectorielles menées (axe 2 de la Promotion de la Santé) comme l'activité PSVAS et les interventions des partenaires SAVS, SAMSAH et professionnels de santé. L'approche socio-écologique (axe 3 de la Promotion de la Santé) génère une prise de conscience de son environnement et l'importance de prendre soin de son environnement dans la recherche d'une qualité de vie au travail (axe 4 de la Promotion de la Santé). Le développement individuel et social (axe 5 de la Promotion de la Santé) passe par l'expression des problèmes par les intéressés eux-mêmes : « *prendre conscience d'un problème, le nommer, le formuler, en parler, c'est déjà contribuer à sa solution*<sup>145</sup>. » et par des repères pour construire un esprit critique et laisser chacun décider s'il peut ou souhaite des changements qui contribueront à ce qui serait « une meilleure santé ». Ce sont les objectifs dédiés à l'éducation pour la santé (axe 6 de la Promotion de la Santé). Le projet réaffirme le rôle d'acteur de sa santé<sup>146</sup> qui permet d'être en capacité de s'interroger et de questionner pour réduire les risques et/ou éviter les comportements à risque ; d'apprendre et de développer des compétences en santé et ainsi se préparer à affronter les différentes étapes de la vie.

Le risque identifié est que le projet ne renforce davantage la préoccupation santé existante chez certains travailleurs et ne parviennent pas à sensibiliser ceux qui en sont le plus

---

<sup>143</sup> MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, Santé et Economie en Europe, PUF, Paris, Septembre 2013 (7ème édition), p40, p46

<sup>144</sup> Données de sortie des bilans semestriels, compte-rendu des groupes de travail, évaluation interne, évaluation externe,

<sup>145</sup> Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine Nancy-Université, module santé publique, « *Education et Promotion pour la Santé* », année universitaire 2011-2012, p52

<sup>146</sup> La loi HPST article 84 introduit le rôle d' « acteur de sa santé » par l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour les personnes atteintes de maladie chronique, le but étant « d'acquérir et/ou de maintenir les compétences dont les personnes ont besoin pour gérer au mieux sa santé ».



éloignés. Le projet devra cependant garantir le libre choix des prestations, la confidentialité et le partage des informations dans le respect des règles éthiques et déontologiques. En effet, « *l'éducation pour la santé s'autorise des incursions dans l'intimité des êtres, elle affiche des ambitions et des prétentions : elle s'oblige de ce fait à rendre compte de ses résultats, de ses processus, des ressources qu'elle mobilise ou revendique, des libertés qu'elle prend ou sur lesquelles elle empiète au nom du bien commun.*<sup>147</sup> »

#### b) La vision pour et avec les professionnels

La démarche holistique (axe 1 de la Promotion de la Santé) invite à une action de santé intersectorielle (axe 2 de la Promotion de la Santé) permettant de créer les conditions requises afin que les professionnels puissent mieux s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles quant à l'accompagnement de la santé des personnes handicapées. La dimension de la qualité de vie (axe 3 de la Promotion de la Santé) passe pour les professionnels par le fait de se sentir soutenus par des actions continues et des ressources compétentes. L'approche socio-écologique (axe 4 de la Promotion de la Santé) permet de donner du sens aux orientations stratégiques prises en matière de production-commercialisation. Elle intègre non seulement la dimension financière mais aussi des choix de développement durable. « *La précision des concepts économiques s'impose comme un véritable enjeu de santé*<sup>148</sup> ». Le développement individuel et social des travailleurs (axe 5 de la Promotion de la Santé) constitue un levier supplémentaire à activer afin de plus et de mieux responsabiliser les travailleurs, d'élargir leurs actions au domaine organisationnel. L'Éducation pour la Santé (axe 6 de la Promotion de la Santé) permet de « *s'éloigner d'une pratique descriptive, directive et planifiée de changements de comportements et d'habitudes de vie au profit d'une approche plus inductive* ». « *Une intervention en éducation pour la santé intègre le temps de comprendre, d'analyser la situation de santé des personnes. Elle place les professionnels dans une attitude plus compréhensive, sans vouloir inculquer tout de suite de nouveaux conseils ou de nouveaux savoirs*<sup>149</sup> ».

Le risque identifié est que le rôle d'acteur des travailleurs en matière de sécurité puisse brouiller le rôle du moniteur et l'acceptabilité des consignes données. Le projet devra également faire « *accepter que les voies choisies [par les TH] ne soient pas nécessairement les leurs, que viser le bien-être n'est pas synonyme de modes de vie sains*<sup>150</sup> » dans le respect des valeurs qui fondent la démarche de Promotion de la Santé.

---

<sup>147</sup> BRIXI Omar, GAGNAYRE Rémi, LAMOUR Patrick, Eduquer pour la santé autrement-Propositions en appui aux pratiques alternatives à l'œuvre, Editions Le Manuscrit, 2008

<sup>148</sup> CFES, La Santé de l'Homme, « *Produire sans détruire la ressource humaine* », n°355, septembre-octobre 2001, p32-34

<sup>149</sup> BRIXI Omar, GAGNAYRE Rémi, LAMOUR Patrick, Eduquer pour la santé autrement-Propositions en appui aux pratiques alternatives à l'œuvre, Editions Le Manuscrit, 2008

<sup>150</sup> OMS, Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986

### c) La vision pour et avec les partenaires

La démarche holistique (axe 1 de la Promotion de la Santé) permet de « *servir les intérêts de la santé [...], ce qui dépasse le mandat exigeant de la prestation de soins*<sup>150</sup> ». L'action de santé intersectorielle (axe 2 de la Promotion de la Santé) permet une culture coopérante qui envisage que des professionnels du médico-social accompagnent les professionnels de santé pour l'application du droit des malades<sup>151</sup> dans la pratique quotidienne et soient considérés comme « *des associés égaux*<sup>150</sup> ». La dimension de la qualité de vie (axe 3 de la Promotion de la Santé) invite à « *une relation soignant/soigné basée sur la confiance, l'estime et le respect réciproque où l'information sur les droits des usagers constitue une priorité pour l'équilibre de cette relation*<sup>152</sup> ». L'approche socio-écologique (axe 4 de la Promotion de la Santé) permet de se sentir concernés par les conditions d'accessibilité de tous ordres que l'on propose aux personnes en situation de handicap et de démultiplier les occasions de renforcer la mixité sociale. Le développement individuel et social (axe 5 de la Promotion de la Santé) permet de faciliter le relationnel avec la population en situation de handicap. L'Education pour la Santé (axe 6 de la Promotion de la Santé) est un garant d'une démarche qui se veut solide et reconnue.

Le risque identifié est celui du positionnement des acteurs, en particulier celui de créer une nouvelle opportunité de « *légitimité accrue du pouvoir médical pour étendre son influence à tous les domaines de la vie*<sup>153</sup> » Le projet devra donc garantir le respect du travail de l'autre et des zones de négociation. « *Il faut composer avec une temporalité différente entre les professionnels. Le temps du soin n'est pas celui du social. Le rythme de la personne n'est pas celui des institutions*<sup>153</sup> »

### **2.2.3 Des orientations stratégiques basées sur un développement systémique des compétences**

Le choix d'engager l'ESAT-ADASMS dans une démarche de Promotion de la Santé et d'en faire la clef de voûte du futur projet d'établissement nécessite des orientations stratégiques afin que la démarche ne soit pas perçue en saturation dans un contexte où le portage associatif d'actions est déjà dense, afin qu'elle ne soit pas perçue en rupture là le changement recherché s'inscrit dans l'amélioration.

Pour cela, le choix de l'angle « acquisition de compétences » déjà bien appréhendé par les travailleurs (réseau Différent et Compétent) et les salariés (dynamique de formation) me paraît judicieux. De plus, l'approche systémique va répondre à un besoin de dialectique là où les clivages divers ont cours (travail/santé, déficience intellectuelle/handicap psychique).

---

<sup>151</sup> Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

<sup>152</sup> Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Défenseur des Droits, Usagers de la santé : votre santé, vos droits, 2014

<sup>153</sup> DELON Laëtitia, Travail social et psychiatrie-quelle coopération ?, Lien social n°1133, 23 janvier 2014

Il s'agit donc de mettre en œuvre des acquisitions commune et/ou collective de compétences entre travailleurs et salariés.

a) Le développement des compétences qui favorisent l'autonomie et la responsabilité en santé/sécurité

La recommandation de l'ANESM publiée en juillet 2013 et intitulée « L'accompagnement à la santé des personnes handicapées » précise : « *les structures qui ne sont pas médicalisées sont elles aussi confrontées à des problématiques de santé nécessitant une conception plus large du soin et une approche inclusive visant l'autonomie des personnes* » (Annexe n°14). La 1<sup>ère</sup> compétence sur laquelle il est nécessaire de travailler concerne la prévention des risques professionnels (axe 3 de la Promotion de la Santé) car elle est liée à une obligation de résultat en matière de sécurité. Qu'il s'agisse des travailleurs ou des professionnels, le risque prégnant sur le lieu de travail concerne les atteintes péri-articulaires<sup>154</sup>. Les formations traditionnelles comportent un facteur limitant (apprentissage de gestes stéréotypés en fonction d'une situation donnée).

L'adaptation de la production à l'homme et l'évolution prévisible des populations nous incitent à rechercher une autre forme complémentaire de prévention où sont recherchées « *des pistes d'amélioration dans les domaines organisationnels, techniques et humains aux situations de travail établies ou à venir nécessitant de la manutention manuelle, des déplacements avec ou sans port de charges, des gestes répétitifs, des postures contraignantes, des efforts importants*<sup>155</sup> »

La formation-action « Prévention des Risques liés aux Activités Physiques » (PRAP) va s'appuyer sur le 1<sup>er</sup> acteur de la prévention : le travailleur lui-même et va permettre d'« *augmenter le pouvoir d'agir des travailleurs afin de réduire le caractère pathogène de certaines dimensions de l'organisation du travail*<sup>156</sup> ». Réciproquement, en habilitant pour chaque entreprise un formateur PRAP chargé de déployer la démarche, la formation-action PRAP « *doit permettre de développer l'autonomie de l'entreprise en matière de prévention des risques liés aux activités physiques*». <sup>157</sup>

Un certificat « acteur PRAP » a été pensé pour officialiser la reconnaissance de cette nouvelle compétence auprès des travailleurs et moniteurs participant à la formation-action. Ce certificat reconnu va « *permettre à chacun d'acquérir les compétences lui permettant d'être acteur de la prévention dans toute entreprise ou établissement*» et d'acquérir une compétence santé/sécurité transférable tout au long de son parcours professionnel. Ainsi, un travailleur en prestation extérieure dans une entreprise ou chez un particulier, en stage, en contrat de mise à disposition dans une entreprise peut exercer un regard critique sur sa

---

<sup>154</sup> DIRECCTE Champagne-Ardenne, Séminaire régional des préventeurs, Troyes, Octobre 2007

<sup>155</sup> INRS, Document de référence PRAP, v4, janvier 2013 ; p6

<sup>156</sup> Sous la Direction de CLOT Yves, LHUILIER Dominique, Travail et Santé – Ouvertures cliniques, Erès, Toulouse, 2011 - Par Michel VEZINA, Santé mentale au travail : répondre à des besoins humains fondamentaux

<sup>157</sup> INRS, Document de référence PRAP, v4, janvier 2013, p9

propre prévention. Le moniteur chargé de son suivi en insertion peut alors lui aussi échanger avec l'employeur sur l'aménagement nécessaire du poste de travail. Il est également escompté que les réflexes de prévention pris au travail puissent avoir une incidence au niveau personnel.

La 2<sup>ème</sup> compétence sur laquelle il est nécessaire de travailler concerne le choix-responsabilité. « *La Promotion de la Santé représente une stratégie de médiation entre les personnes et leur environnement, alliant choix personnel et responsabilité sociale afin de créer un futur plus sain*<sup>158</sup>. L'éducation pour la santé (axe 6 de la Promotion de la Santé) « *s'intéresse aux attitudes et aux comportements de santé, aux modes de vie actuels ou potentiels des individus et rassemble des approches qui ont pour but d'aider, de motiver et d'informer la population à maintenir et à améliorer sa santé*<sup>159</sup>. »

Pour les professionnels, il s'agit d'acquérir une nouvelle grille de lecture des comportements qui font problème à travers le référentiel de compétences en éducation pour la santé. « *Dans le cadre de son activité professionnelle, seul ou en équipe, l'intervenant en éducation pour la santé mobilise des ressources pluridisciplinaires et met en place des actions ou des projets éducatifs pour aider des personnes ou des groupes à prendre conscience des postures ou des attitudes favorables à leur santé, ainsi qu'à s'approprier des techniques et des démarches en vue d'agir sur leur mode de vie et leur environnement*<sup>160</sup> ».

#### b) Le développement des compétences qui favorisent le bien-être psychique et social dans un environnement de travail

Selon Gérard ZRIBI<sup>161</sup>, les métiers d'ETS et de moniteurs d'atelier requièrent de nouvelles compétences. « *L'environnement économique a changé et les structures ont dû adapter leurs productions. Les ateliers en milieu ouvert, avec des prestations de service type espaces verts, sont de plus en plus nombreux. Par ailleurs, le rapport travailleur-encadrant s'est transformé. Les personnes en situation de handicap ont acquis de nouveaux droits, notamment depuis la loi du 11 février 2005, ce qui demande de nouvelles aptitudes de la part des professionnels. Enfin, le nombre de personnes en situation de handicap psychique ou atteintes de troubles de la personnalité a augmenté, ce qui complexifie la prise en charge*<sup>162</sup> ». La 3<sup>ème</sup> compétence sur laquelle il est nécessaire de travailler concerne les compétences psychosociales (axe 5 de la Promotion de la Santé) c'est à dire « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement*

---

<sup>158</sup> Référentiel de compétences en Education Pour la Santé, mars 2013, p13

<sup>159</sup> OMS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 21 novembre 1986

<sup>160</sup> Référentiel de compétences en Education Pour la Santé, version synthétique, septembre 2012, p5

<sup>161</sup> Président de l'Association Nationale des directeurs et cadres des ESAT (ANDICAT)

<sup>162</sup> Direction[s], 06/04/2011

*approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement*<sup>163</sup>. »

Les 10 compétences identifiées consistent à : savoir résoudre les problèmes/savoir prendre les décisions, avoir une pensée créative/avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer son stress/savoir gérer ses émotions. Ces compétences sont essentielles pour les travailleurs confrontés à une mixité de population parfois déroutante, et pour les professionnels eux-mêmes confrontés à des risques psychosociaux.

### c) Le développement des compétences qui favorisent la convergence des actions et des acteurs

Il s'agit ici de penser la convergence par l'orientation de la stratégie de production/commercialisation de l'ESAT-ADASMS vers des activités concourantes en matière de santé (axe 4 de la Promotion de la Santé). L'ESAT-ADASMS est tenu auprès de la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) de respecter la réglementation du Code rural et les évolutions récentes en matière d'utilisation des produits phytopharmaceutiques dans le cadre de ses activités maraîchères et d'entretien des espaces. Ces produits peuvent pénétrer dans l'organisme comme tous les produits chimiques par les voies respiratoires, la bouche ou la peau ; toute exposition à ces produits est considérée comme dangereuse pour la santé même avec de très faibles niveaux d'exposition. La 4<sup>ème</sup> compétence consistera notamment à garantir une cohérence des approches : préservation de la biodiversité (projet Educaflora) et réduction de l'exposition des populations aux produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (approche « Ecophyto 2018 »)

Le Document Unique de Délégation du 11 mars 2013 m'amène à intégrer pleinement dans ce projet une des missions figurant au référentiel de compétences<sup>164</sup>, celle de la coordination avec les institutions et intervenants extérieurs : « *le Directeur est en relation avec les établissements médico-sociaux et les établissements de soins du département et de la région afin de développer des projets communs voire des complémentarités et de permettre d'assurer les réponses les plus adaptées aux besoins des usagers* ».

Guy LE BOTERF attire notre attention sur les précautions à prendre en matière de convergence des contributions des acteurs : « *une fois les contributions en place, l'injonction de convergence multidisciplinaire ne pourra mener à l'efficacité escomptée. En revanche, créer un réseau pour une problématique donnée permet le postulat de l'interdisciplinarité*<sup>165</sup> ». La 5<sup>ème</sup> compétence consistera à savoir hiérarchiser et prioriser des

---

<sup>163</sup> OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies, 1993

<sup>164</sup> Issu de l'annexe 1 de l'Arrêté du 05/06/2007

<sup>165</sup> LE BOTERF Guy, Travailler en réseau et en partenariat – Comment en faire une compétence collective, Eyrolles, 3<sup>ème</sup> édition, 2013

thématiques ciblées en matière de prévention santé et de constituer des réseaux santé interdisciplinaires dédiés (axe 2 de la Promotion de la Santé).

### **2.3 Un réseau d'actions collectives à construire**

Les conceptions politiques en matière de santé ont déjà intégré le concept de Promotion de la Santé. La Promotion de la Santé est en effet une des composantes importantes de la Santé Publique et se traduit par des dispositifs et des enveloppes financières régionales fléchés au sein du volet « prévention et promotion de la santé » du Schéma Régional de Prévention (SRP). Cela constitue une réelle opportunité d'inscrire le projet d'un établissement médico-social tel que l'ESAT-ADASMS dans un cadre innovant répondant à sa mission d'intérêt général et d'utilité sociale et de développer qualitativement son offre de services.

Les faibles ressources présentes sur le territoire de santé et les problématiques auxquelles elles sont confrontées induisent en revanche des comportements de repli et constituent aujourd'hui une moindre capacité de mobilisation. Cependant, la recherche et à travers elle, les pôles de compétences constituent des ressources méthodologiques et des espaces d'échanges et de médiation utiles entre acteurs en prévention et en éducation pour la santé.

#### **2.3.1 Les opportunités d'un développement qualitatif basé sur une vision partagée**

La loi « Hôpital Patient Santé Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009 a créé les ARS et réintégré le secteur médico-social au secteur de la santé. Suivant le HCSP, la santé ne peut se circonscrire au champ sanitaire; un changement de perspective est nécessaire : « *[la promotion de] la santé ne peut être assurée par les seuls établissements hospitaliers, elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie<sup>166</sup>* ». Le projet de l'ESAT-ADASMS se veut promoteur de cette approche au-delà des strictes actions médico-sociales pour lesquelles l'ESAT est missionné, tout en requérant les dispositions nécessaires à la mise en œuvre, à la pérennisation et à la transférabilité de sa démarche.

##### **a) Des axes d'amélioration issus du cycle évaluatif**

Le pré-rapport d'évaluation externe reçu le 23 juin 2014 fait apparaître des améliorations souhaitables<sup>167</sup> en rapport avec les notions de santé et de sécurité. Il s'agit :

- de visualiser explicitement les dangers aux postes de travail et les messages de prévention en hygiène et sécurité,
- d'intégrer à la réflexion des MA le médecin du travail dans la recherche de solutions pour adapter les postes de travail,
- de déployer des outils de repérage et d'analyse des situations difficiles et subies sans stigmatiser les groupes de population concernés,

---

<sup>166</sup> LAFARGE Eric, DEBIEVE Hélène, NICOLLET Zhou, Aide-mémoire Santé Publique, Dunod, Paris, 2013

<sup>167</sup> ADQ Conseil, Pré-Rapport d'évaluation externe ESAT « Les Ateliers de l'Héronne », juin 2014, p63, p65, p68, p73, p87, p93, p105, p109

- de donner des repères communs à l'ensemble des acteurs de la prise en charge,
- d'intégrer la recommandation de l'ANESM sur « l'accompagnement à la santé de la personne handicapée dans le projet de l'ESAT,
- de poursuivre le travail de coopération avec le secteur sanitaire et de favoriser la formalisation des partenariats au moyen de conventions,
- d'identifier des indicateurs de fragilité et de modifications notables permettant le repérage de signes d'alerte,
- d'étoffer le dispositif de prévention par des partenaires orientés « prévention santé eu travail »,
- d'améliorer les situations de circulation, de stockage, de systèmes d'intervention d'urgence à proximité des chaudières et du local phytosanitaire,
- d'analyser les risques et incidents.

Le développement qualitatif souhaité par l'ESAT-ADASMS à travers la démarche qualité déployée depuis près de 11 ans est dorénavant sous-tendue par un cycle évaluatif interne et externe prévu à l'article L. 312-8 du CASF. Le projet de « Promotion de la Santé au service des projets professionnels » permet de répondre de manière prioritaire « *au nœud de tension le plus fort*<sup>168</sup> ». En s'inscrivant comme pierre angulaire du nouveau projet d'établissement, il permet de faire coïncider les horizons temporels du projet, du projet d'établissement et de la prochaine évaluation interne (dont un des 4 grands domaines précisés par l'ANESM est « la promotion de la qualité de vie, de l'autonomie, de la santé et de la participation sociale »), ce qui renforce le caractère engageant de la démarche.

#### b) Un CPOM basé sur la stratégie nationale de santé et les schémas régionaux du PRS

L'Agence Régionale de Santé est l'autorité de contrôle et de tarification des ESAT soumis aux obligations du Code de l'action sociale et des familles. Les plans et schémas régionaux relatifs aux PRS (SROS-SROMS-SRP), au PRSE et au PRST constituaient déjà une approche imbriquée des parcours de santé (*Annexes n°15*). La « Stratégie Nationale de Santé » (SNS) lancée en septembre 2013 par l'actuelle Ministre des Affaires Sociales et de la Santé vient asseoir une action interministérielle coordonnée (axe 2 de la Promotion de la Santé).

Dans ce contexte, le CPOM inter établissements IME-ESAT signé avec l'ARS a pris fin en décembre 2013. L'objectif est de se servir de la perspective du CPOM 2<sup>ème</sup> génération en 2015 comme outil de développement qualitatif de l'offre de services de l'ESAT-ADASMS. Le dialogue de gestion avec l'ARS devra ainsi s'appuyer sur une fiche action<sup>169</sup> « Promotion de la Santé au service des projets professionnels » argumentée reprenant notamment les éléments contextuels porteurs de la SNS (*Annexe n°16*).

---

<sup>168</sup> Recommandation ADQ Conseil, évaluateur externe ADASMS, 2014

<sup>169</sup> ANESM, RPBB, Elaboration, rédaction et animation du Projet d'établissement ou de service, janvier 2012, p67

### c) Un appel à projet annuel « Promotion de la Santé » en région Champagne-Ardenne

Un appel à projet « Promotion de la Santé » est lancé annuellement dans chaque région. Cette opportunité constitue en quelque sorte un « mode dégradé » possible si la fiche-action du CPOM n'est pas retenue, le financement se faisant exclusivement sur des projets annuels ce qui reste peu adapté au caractère innovant d'une telle démarche.

Répondre à cet appel à projet comporte un risque d'inéligibilité car les actions en matière de promotion de la santé pourraient être considérées comme intégrables dans la dotation globale octroyée par l'ARS<sup>170</sup>.

Cependant, répondre à cet appel à projet constitue déjà en soi une manière de tester la robustesse de ce projet. Il s'agit notamment de clarifier le public cible, le territoire d'intervention, les modalités d'intervention, les partenaires financiers et les partenaires opérationnels pour réaliser le projet. Il est ainsi spécifié que « *tous les partenariats opérationnels doivent être formalisés (engagement écrit ou convention)*<sup>171</sup> ».

### **2.3.2 Des capacités de mobilisation disparates sur le territoire**

L'option stratégique de développement qualitatif inscrite au cœur de ce projet nécessite une forme de partenariat intersectoriel (axe 3 de la Promotion de la Santé).

Il s'agit donc d'effectuer en premier lieu un repérage précis des forces en présence, de leur positionnement, du niveau de concordance possible des objectifs, de la nature des intérêts qui les animeraient dans cette collaboration ou des éventuels points de conflit.

#### a) Le territoire partenarial adapté

Le territoire de santé (*Annexe n°2*) constitue théoriquement l'espace de référence pour l'analyse des besoins de santé de la population et l'organisation des moyens dédiés à la santé : activités de santé publique, soins, équipements, établissements de santé, prise en charge et accompagnement médico-social, soins de premiers recours. Il est également le lieu d'exercice de la « démocratie sanitaire<sup>172</sup> », la conférence de territoire participant à l'émergence du projet territorial de santé. La région Champagne-Ardenne est constituée de 2 territoires, le territoire Nord composé des départements des Ardennes et de la Marne et le territoire Sud composé des départements de l'Aube et de la Haute-Marne.

La situation géographique de la population de l'ESAT dont les 2 centres de gravité sont Montier en Der et Saint-Dizier (Haute-Marne) rend difficile l'approche par le territoire de santé sud car les pratiques de soins sont élargies à la Marne et même à la Meuse. Le projet doit donc faire l'objet d'un choix judicieux du périmètre partenarial utile, correspondant en premier lieu à la mobilité personnelle des travailleurs de l'ESAT afin de garantir la plus

---

<sup>170</sup> ARS Champagne-Ardenne, Direction de la Santé publique, Cahier des charges Appel à projets 2014 « Prévention et promotion de la santé », p7, p14

<sup>171</sup> ARS Champagne-Ardenne, Direction de la Santé publique, Cahier des charges Appel à projets 2014 « Prévention et promotion de la santé », p7, p14

<sup>172</sup> TABUTEAU Didier, Démocratie sanitaire-Les nouveaux défis de la politique de santé, Odile Jacob, septembre 2013, p237 à 251



grande autonomie possible. Le « Pays nord haut-marnais » (*Annexe n°2*) semble être le territoire partenarial adapté.

b) Le panorama des acteurs santé du pays nord haut-marnais

*1-Les Services d'Accompagnement Médico-Sociaux pour Adultes Handicapés du GAP*

Leur mission est définie suivant le décret n°2005-223 du 11 mars 2005 Art. D. 312-155-10 et 11 du CASF : Les SAMSAH prennent en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent, en sus des interventions mentionnées dans le cadre d'un SAVS, et dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager : 1) Des soins réguliers et coordonnés, 2) Un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert et tout ou partie des prestations suivantes, 3) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre, et 4) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Il existe 2 SAMSAH dans le nord Haute-Marne. L'un d'entre eux est un service de l'ADASMS qui intervient sur Montier en Der et Saint-Dizier, il comportait 2 places jusqu'en 2012 et l'agrément est passé à 12 places en 2013. Le second fait parti de l'Association Le Bois l'Abbesse (membre du GAP), il dispose de 12 places avec un rayonnement sur le nord Haute-Marne. A l'ESAT-ADASMS, 3 travailleurs ont une orientation et un suivi SAMSAH associatif ; il n'y a pas de travailleurs ESAT de Bois l'Abbesse qui possèdent une orientation SAMSAH<sup>173</sup>. De par les liens existants entre Directions d'établissements et services ADASMS, le SAMSAH représente un acteur charnière du projet. De par son appartenance au GAP, le SAMSAH de Bois l'Abbesse peut être intéressé et partie prenante dans la démarche.

*2-Un pôle de psychiatrie adulte (Saint-Dizier) en retrait*

L'organisation sectorielle de la psychiatrie permet à une même équipe d'assurer les soins, la prévention et la réinsertion sociale de la population habitant dans le secteur concerné.

Le secteur de Saint-Dizier<sup>174</sup> est celui qui gère les habitants du nord Haute-Marne. Il existe un pôle intersectoriel de psychiatrie et 2 structures d'hospitalisation complète : l'Hôpital André Breton et le centre de soins la Fabrique du Pré à Saint-Dizier.

Les relations avec le Centre Hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) situé à Saint-Dizier et duquel dépend le secteur de psychiatrie adulte de Saint-Dizier se trouvent affectées par la situation singulière de l'ESAT-ADASMS qui est doté d'un psychiatre salarié à 0.08 ETP grâce à la mutualisation du poste sur les 2 autres structures du GAP.

Lors de situations de crise où l'ADASMS fait appel au secteur psychiatrique de Saint-Dizier, il est renvoyé que l'association possède les ressources propres pour intervenir.

---

<sup>173</sup> Rencontre annuelle inter-établissements adultes GAP, juillet 2014

<sup>174</sup> DREES, Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale, avril 2011

Cette situation tendue est à relativiser sur 2 points. D'une part, elle semble liée essentiellement à des relations interpersonnelles entre praticiens, et l'Association Bois l'Abbesse a cependant réussi à signer une convention avec le secteur psychiatrique infanto-juvénile ; d'autre part les structures psychiatriques ont besoin d'établissements comme les ESAT pour activer leurs démarches de réinsertion sociale à travers des stages<sup>175</sup> notamment.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) pourrait être saisie pour signifier la nécessité d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et engager une réflexion réciproque.

### *3-Des Professionnels de santé peu nombreux mais impliqués*

En Champagne-Ardenne, les données relatives aux médecins généralistes exerçant à titre libéral sont préoccupantes avec une densité largement inférieure à la moyenne nationale et une profession vieillissante. Les densités en infirmiers libéraux, en masseurs-kinésithérapeutes, en chirurgiens-dentistes et pharmaciens d'officine sont elles aussi largement inférieures aux moyennes nationales<sup>176</sup>.

L'offre de soins hospitalière est constituée du Centre hospitalier Geneviève De Gaulle Anthoiz, de la clinique François 1<sup>er</sup> de Saint-Dizier et de 3 Hôpitaux locaux à Montier en Der, Wassy et Joinville. L'infirmière de l'ADASMS a cependant constitué un panel d'acteurs médicaux et paramédicaux dans l'ensemble des disciplines sur Montier en Der et Saint-Dizier qu'il sera souhaitable de consulter et de rassembler autour de ce projet.

### *4-Des réseaux de santé opérationnels sur des problématiques dédiées<sup>177</sup>*

>ADDICA est un réseau de santé composé de médecins généralistes et spécialistes, de pharmaciens, d'éducateurs, de travailleurs sociaux, il a vocation à développer une prise en charge globale et cohérente de personnes rencontrant des difficultés de deux ordres : des problèmes de dépendance et des difficultés d'accès aux soins à cause d'une situation de précarité.

>CARÉDIAB est un réseau de santé composé de médecins généralistes et spécialistes, d'infirmier(e)s, de pharmaciens, de diététicien(ne)s, de podologues, de psychologues, d'éducateurs, de travailleurs sociaux, et de représentants des associations de patients. Il a vocation à développer une prise en charge globale et cohérente de personnes atteintes de diabète dans la région.

>ONCOCHA est le réseau régional de cancérologie. Il vise à améliorer pour les patients de la région Champagne-Ardenne atteints de cancer ou soumis à des facteurs de risque : l'équité en matière de prévention, l'égalité en matière d'accès au dépistage et aux soins, la continuité, la coordination et la graduation des soins, la qualité et la sécurité des soins.

---

<sup>175</sup> En 2014, 5 demandes ont été faites auprès de l'ESAT-ADASMS

<sup>176</sup> ARS, PRS 2012-2016, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), p9 à 11

<sup>177</sup> ARS, PRS 2012-2016, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS), p12 à 14

>SPORT SANTE BIEN-ÊTRE qui dépend de la DRJSCS a pour but de rendre possible la réalisation d'une activité physique régulière, adaptée, sécurisante et progressive, pour toute personne sédentaire, porteuse ou non d'une pathologie chronique ou d'un handicap physique, mentale ou sociale. Les objectifs du réseau sont de fédérer et coordonner les acteurs du projet, d'élaborer et d'expérimenter des outils collaboratifs, de proposer un parcours de soins coordonné, de mettre en place des formations complémentaires pour les professionnels de la santé et du sport, de favoriser l'accessibilité aux offres d'activités physiques adaptées.

L'existence de réseaux proximaux, la présence de travailleurs sociaux et l'intégration du handicap mental dans le réseau sport santé bien-être me confortent dans l'appui réel que ces réseaux peuvent constituer pour le projet et l'adhésion possible des professionnels de l'ESAT-ADASMS.

#### *5-L'Association de Santé au Travail Haut-Marnaise et les autres acteurs de prévention santé/sécurité auxquels l'ADASMS est affilié*

Suite à des conditions d'exercice de la médecine du travail non réglementaires et à l'insuffisance des ressources techniques (3.8 médecins du travail pour 30 502 personnes dont 7460 suivis médicaux renforcés), la DIRECCTE de Champagne-Ardenne a procédé le 1<sup>er</sup> juin 2014 au retrait d'agrément de l'association ASTHM conformément aux dispositions du code du travail. Un recours par voie judiciaire est demandé par les 2 administrateurs nommés en juin 2013 auprès du tribunal administratif<sup>178</sup>. L'enjeu de l'ASTHM est de sauvegarder l'association. Dans ce contexte, l'ADASMS a choisi de renouveler son adhésion sur les visites de santé au travail et non pas sur le volet conseil et accompagnement. Il s'agit donc pour mener à bien ce projet de se tourner vers d'autres acteurs de la prévention santé et sécurité (CARSAT, Mutuelle) tout en continuant d'informer l'ASTHM des actions menées.

La CARSAT comporte 3 missions de service dont la prévention des risques professionnels dans les entreprises afin de contribuer à réduire le nombre et la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi qu'à améliorer les conditions de travail.

Le groupement mutualiste « Harmonie Mutuelle » auquel l'ADASMS est affilié mène une démarche active de prévention santé destinée à sensibiliser le grand public en organisant régulièrement des animations et/ou des ateliers de prévention et promotion de la santé : équilibre alimentaire, accidents de la vie courante, développement de l'enfant, ...

La situation préoccupante de l'ASTHM nous amène à ne pas attendre mais à rechercher d'autres partenaires susceptibles d'apporter au projet l'éclairage et les ressources nécessaires.

---

<sup>178</sup> Assemblée Générale ASTHM du 26 juin 2014 à Chaumont

La situation des acteurs santé dans le nord haute marne est fortement contrastée, la capacité de mobilisation semble à priori moyenne. Cependant, le choix d'une forme de partenariat adaptée, l'utilisation d'un vecteur tel que la Recherche et d'une structure mobilisatrice telle qu'une plateforme-ressource peut à mon sens attirer des contributions et renforcer la validité du projet aux yeux des éventuels protagonistes.

### **2.3.3 La Recherche en santé et sécurité et un Pôle de compétences mobilisable**

Qu'il s'agisse de la Recherche ou de Plateforme-ressource, les orientations stratégiques de ces acteurs convergent dans le sens donné par le projet de l'ESAT-ADASMS :

*« La recherche devrait contribuer à un changement de paradigme en santé et sécurité au travail amenant à considérer le travail non plus comme un facteur de risque pour la santé, mais comme une source de dynamisme et d'autonomie, permettant de vieillir en bonne santé et d'être inséré socialement. Cela se traduira par une étroite coopération entre la SST et la GRH, et par un rapprochement entre la SST et les soins de santé<sup>179</sup> ».*

*« Des pôles régionaux de compétences en Promotion de la Santé ont été spécifiquement mis en place en 2005, ils ont vocation à offrir des services en Promotion de la Santé à tout acteur institutionnel ou associatif intervenant dans ce champ. [...] Ces pôles de compétences représentent un appui majeur auprès des acteurs associatifs dont ils doivent assurer la professionnalisation et aider à l'amélioration de la qualité de leurs projets<sup>180</sup> ».*

Ces acteurs dont la logique est tout à fait en phase avec la démarche de l'ESAT-ADASMS sont incontournables pour la réussite du projet de l'ESAT-ADASMS.

#### **a) L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)**

L'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail est une association loi de 1901, créée en 1947 sous l'égide de la CNAMTS<sup>181</sup>. L'INRS fait partie du réseau européen PEROSH (Partenariat pour la recherche européenne en sécurité et santé au travail) visant à renforcer et coordonner les activités de recherche-développement en santé et sécurité au travail. Il agit suivant 3 axes majeurs : 1) Anticiper : l'INRS identifie à travers ses travaux les dangers et met ainsi en évidence les risques professionnels qu'ils pourraient représenter pour les salariés, 2) Sensibiliser et informer : l'INRS conçoit de nombreux produits d'information afin de sensibiliser et d'informer les entreprises et tous ceux qui sont concernés par les problématiques de prévention, 3) Accompagner : l'INRS aide les entreprises à résoudre les problèmes auxquels elles sont confrontées en matière de santé et de sécurité. Pour cela, il

---

<sup>179</sup> PEROSH, Lieux de travail durables-Priorités pour la recherche européenne en santé et sécurité au travail à l'horizon 2020, Paris, 2013

<sup>180</sup> INPES, Cahier des charges des plateformes-ressources en EPS/PS, procédure 2013-2015

<sup>181</sup> L'action de la CNAMTS est relayée par le réseau régional de l'Assurance maladie risques professionnels (15 CARSAT, CRAMIF et 4 CGSS)

apporte aux acteurs de la prévention assistance, formation et information. C'est dans ce cadre que des contacts seront pris sur l'aspect prévention des risques professionnels.

#### b) Un retour d'expérience lié à une action santé intersectorielle en ESAT

Un programme pilote de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac en ESAT a été mis en place par 2 opérateurs de santé publique (GEFLUC LR et Pôle Prévention Epidaure) dans le cadre d'un projet scientifique financé par l'INca et l'ARS Languedoc-Roussillon. Ce programme (conférences-débats, groupes de sevrage avec utilisation de substituts, affiches d'information adaptées, questionnaires) a été construit avec l'aide de 2 ESAT auprès de 31 ESAT volontaires de la région<sup>182</sup>.

Des freins ont été identifiés : le scepticisme des professionnels doutant d'une réelle demande des travailleurs, la modification de l'organisation du travail pour permettre la participation des travailleurs aux différents groupes, les représentations-habitudes et modes de vie des acteurs (image d'inefficacité, importance des effets secondaires notamment en cas de comorbidités).

L'auteur souligne que pour inscrire l'action dans le temps, il est indispensable que les institutions bénéficient des leviers et/ou financements nécessaires à la mise en œuvre d'actions quotidiennes, en accord avec les plans de lutte contre les addictions.

Ce retour d'expérience somme toute assez rare me permet en premier lieu d'entrevoir le champ des possibles en matière d'action intersectorielle, même si le territoire et ses acteurs sont différents. Ensuite, il me permet d'envisager un témoignage tangible et justement désintéressé auprès des acteurs du pays nord haut-marnais. Enfin, il ose énoncer les freins et les risques ce qui accroît la capacité d'anticipation de l'ESAT-ADASMS dans la conception du projet.

#### c) Un pôle de compétences régional en éducation pour la santé

Le Pôle de compétences en éducation pour la santé de Champagne-Ardenne est une plateforme ressources qui réunit des acteurs clés dans le champ de la prévention et la promotion de la santé tels que : l'Agence Régionale de Santé, la Région Champagne Ardenne, la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale, l'Association Nationale en Alcoologie et en Addictologie, la Mutualité Française de Champagne Ardenne, et la Maison de la Nutrition.

Cette plateforme est pilotée régionalement par l'Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé et ses Comités Départementaux d'Education pour la Santé (CODES). L'ESAT est déjà en relation avec le CODES 52 à travers l'activité de soutien PSVAS pour l'aide à la conception de séquences ludiques de prévention santé. Des premiers contacts ont été pris également lors de l'appel à projet 2014 « Promotion de la Santé ». L'intérêt manifesté par la chargée de mission lors de la présentation du projet et

---

<sup>182</sup> La santé en action, n°426, décembre 2013

les propositions d'échanges qui en découlent me donnent à voir l'adéquation du projet aux besoins identifiés.

\*\*\*\*\*

Il s'agit d'induire une démarche de Promotion de la santé en milieu de travail protégé afin de donner une clarté et une cohérence globale à des actions jusqu'à présent morcelées, repliées sur elles-mêmes ou circonscrites, et qui deviendront par ce projet un véritable maillage « *répondant à la diversité des situations rencontrées, à la prévalence des risques, à l'accompagnement des prises de risques et refus de soins*<sup>183</sup> ».

La pertinence et la cohérence de la démarche, sa déclinaison possible dans le projet d'établissement à travers des orientations stratégiques ciblées rendent compte du caractère faisable du projet.

Des zones d'incertitude quant au positionnement des acteurs internes et la capacité mobilisatrice à priori mitigée des acteurs du territoire constituent des obstacles surmontables, grâce au soutien de viviers actifs en termes de prévention et de promotion de la santé et parce que « *le champ de la santé et de la sécurité constitue un lieu privilégié de dialogue et de dialogue social*<sup>184</sup> ».

### **3 Piloter l'engagement de l'ESAT dans une démarche de Promotion de la Santé**

« *La vertu de l'engagement, c'est d'empêcher l'existence dans le cercle des fatalités*<sup>185</sup> ».

Mes convictions et ma responsabilité de Directrice m'amènent à prendre toutes les dispositions en suffisance et en qualité pour améliorer notre accompagnement (*Annexe 17*) et rendre durable ses effets. Cet engagement doit être fort, construit, irrigué et fédérateur au bénéfice de la population sur le territoire.

L'objectif général de ce projet est de « soutenir les projets professionnels des travailleurs de l'ESAT-ADASMS par le maintien et l'amélioration d'une composante santé intrinsèque au travail, à travers une démarche de Promotion de la Santé qui favorise le rôle d'acteur des travailleurs, l'acquisition de compétences, et la mise en œuvre de réseaux d'action collective en prévention et en éducation pour la santé ».

Ce projet de changement étant déduit et proactif ; j'ai choisi au regard du croisement des éléments de contexte explicités précédemment de piloter ce changement de manière incrémentale et concomitante<sup>186</sup>, sur des modes de management à la fois concertatif et

---

<sup>183</sup> ANESM, RBPP, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, juin 2013

<sup>184</sup> INRS, Politique de maîtrise des risques professionnels – valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention, 2003

<sup>185</sup> BOUQUET Brigitte, Ethique et Travail social - Une recherche du sens, Paris, Dunod, 2012, 239p, p210

<sup>186</sup> En opposition à séquentiel

participatif suivant les cas de figure, et de veiller à « *l'enthousiasme nécessaire à l'action, au surcroît d'énergie nécessaire à l'exécution des projets*<sup>187</sup> ».

### **3.1 Les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la démarche**

Le lancement de ce projet nécessite de respecter quelques incontournables : l'adoubement du projet par le sommet stratégique ADASMS, une certaine sérénité issue d'espaces de dialogue avec les professionnels, les travailleurs et d'une assise organisationnelle, enfin de dispositions permettant de faire face aux ajustements qui seront nécessaires.

#### **3.1.1 Un engagement fort, construit et fédérateur**

##### **a) Garantir l'adhésion associative au projet**

Ce projet se veut épouser les valeurs associatives et proposer un changement nécessaire de l'accompagnement qui fasse appel à des ressources externes notamment.

En tant que Directrice d'établissement, il m'appartient donc de présenter à la Direction Générale l'ensemble des aspects qui fondent la nécessité, la faisabilité et l'opérationnalité de ce projet. Cette première forme stratégique de communication devra démontrer toute la pertinence des objectifs en regard du diagnostic réalisé, la maîtrise de l'architecture des propositions, et transmettre l'âme du projet.

A l'issue de cette première phase, la programmation du projet c'est-à-dire son lancement, sa temporalité, son jalonnement devra être contractualisée ; cet acte fonde la reconnaissance d'une marge de manœuvre et « *confère au projet sa matérialité en le faisant sortir du domaine des idées pour l'ancrer quelque part dans l'espace*<sup>188</sup> ».

##### **b) Evaluer les ressources nécessaires au projet**

L'objectif général du projet étant défini ainsi que les objectifs spécifiques qualitatifs (chapitre 2.2.2), l'évaluation des ressources liées à la mise en œuvre du projet passe par la définition d'objectifs opérationnels quantitatifs mesurables liés aux orientations stratégiques définies au chapitre 2.2.3 et suivant les 3 axes : prévention des risques, éducation pour la santé, et stratégie environnementale de production/commercialisation.

>*Objectif opérationnel n°1* : Mettre en place un programme PRAP (4x3h30 pour chaque groupe avec un intervenant interne habilité par l'INRS « formateur PRAP ») pour 10 groupes de 5 travailleurs et 5 moniteurs du pôle industriel en 2015, et pour 10 groupes de 5 travailleurs et 6 moniteurs des pôles horticole et Espaces Nature en 2016. A la fin du programme, 80% des travailleurs seront en capacité d'identifier les risques d'une situation de travail donnée.

---

<sup>187</sup> ANTUNES Christine, KORDA Christophe, KORDA Philippe, De la stratégie à l'action – Comment mettre les équipes en mouvement, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2011

<sup>188</sup> BOUTINET Jean-Pierre, Anthropologie du projet, PUF, Paris, 1990

>*Objectif opérationnel n°2* : Mettre en place au dernier trimestre de l'année 2015 une formation de 2x2 jours à destination de 15 professionnels intervenant sur l'ESAT-ADASMS autour de la thématique « Education pour la Santé » basé sur le référentiel de compétences en éducation pour la santé et avec 2 intervenants spécialisés du Pôle de Compétences en Education pour la Santé. A la fin de la formation, 90% des professionnels formés seront en capacité de lister 2 des 5 fonctions du référentiel avec les finalités pour les travailleurs et les compétences requises pour tenir la fonction.

>*Objectif opérationnel n°3* : Faire participer en 2014 les 2 animateurs de l'activité de soutien « bien-être au travail » à l'atelier « Addictions à travers les compétences psychosociales » (une demi-journée) animé par le Pôle de Compétences en Education pour la Santé. Une restitution orale avec synthèse écrite sera réalisée par les professionnels formés auprès de l'ensemble des professionnels de l'ESAT lors d'une réunion d'ordre général ESAT 2014. 3 séances d'activités de soutien « bien-être au travail » (1h30 par séance) du 1<sup>er</sup> trimestre 2015 seront consacrées à l'acquisition de compétences psychosociales auprès des travailleurs.

Faire participer 5 moniteurs issus de l'ensemble des pôles à l'atelier « Compétences psychosociales » au deuxième trimestre 2015. A la fin de l'année 2015, 20% des travailleurs et 50% des moniteurs seront en capacité de lister 6 des 10 compétences identifiées. En 2016, les séances « compétences psychosociales » seront élargies à l'ensemble des travailleurs et moniteurs ; à la fin de l'année 2016, 80% des travailleurs et 100% des moniteurs seront en capacité de lister 6 des 10 compétences identifiées.

>*Objectif opérationnel n°4* : Fin 2014 et début 2015, consacrer 2 rencontres du Groupe technique « Activité Commerciale » à la stratégie environnementale vers des activités concourantes en matière de santé ; mettre en œuvre 3 visites externes permettant de bénéficier de retours d'expérience. Fin 2015, aucun traitement phytopharmaceutique n'aura été prodigué en interne et auprès des particuliers ; la démarche sera étendue aux collectivités publiques fin 2016 et aux sociétés privées fin 2017 avec des alternatives orientées vers la restauration de la biodiversité (jachères fleuries, maraîchage bio...).

>*Objectif opérationnel n°5* : Rencontrer à partir de fin 2014 et jusqu'à fin 2015 l'ensemble des acteurs de santé et de l'insertion professionnelle intervenant sur le territoire nord haut-marnais soit 14 institutions et 11 professionnels de santé libéraux. A la fin de l'année 2015, 9 thématiques seront chacune reliées à un panel d'acteurs dont les degrés de mobilisation et les rôles possibles seront identifiés. En 2016, 9 réseaux d'action collective seront constitués avec formalisation du partenariat.

#### c) Restituer les résultats de la phase diagnostic

Une première étape de mobilisation sera organisée en restituant les résultats de la phase diagnostic (chapitres 1.3 et 2) à l'ensemble des personnes qui ont été sollicitées : moniteur, infirmière, psychiatre, psychologues. L'accent sera mis sur la nécessité de produire des



améliorations. Un entretien collectif permettra de recueillir simultanément les différentes opinions, de recueillir les éventuels désaccords et de dégager des consensus et des recommandations. Une analyse plus fine de certaines situations pourra être envisagée.

Des synthèses simples, lisibles et accessibles aux différentes parties prenantes de l'organisation dont les Administrateurs, les Instances Représentatives du Personnel, le Conseil de Vie Sociale seront rédigées en commun afin de favoriser et d'élargir l'appropriation du projet.

#### d) Transmettre l'inflexion de Promotion de la Santé par le Projet d'établissement

Je considère qu'un des actes fondateurs est de faire évoluer le projet d'établissement. Selon l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002, le projet d'établissement doit « *définir les objectifs de l'établissement, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement* ».

Les 3 grands axes du Projet d'établissement en matière de reconnaissance de compétences, de formation professionnelle et d'insertion resteraient les mêmes. Cependant le diagnostic santé de la population sera introduit, l'environnement santé facilitateur ou frein mis en évidence, les ressources internes et externes mobilisables mis en valeur et articulées ; les fondements de la Promotion de la Santé seront explicités, les évolutions attendues des postures d'accompagnement seront précisées. Trois types d'actions de prévention des risques, d'éducation à la santé, et de stratégie environnementale de production/commercialisation seront proposées où les notions travail et santé sont intimement liées et s'enrichissent l'une l'autre grâce à l'intervention de ressources extérieures qui font tiers. Ainsi avec ce projet, il s'agit de redonner corps aux 3 axes de référence, de garantir la continuité d'action avec un fil conducteur «compétence». Je tiens également à faire sens avec la démarche d'amélioration continue qui comprend les évaluations interne et externe menées en 2012 et 2014. Ainsi, la démarche de Promotion de la Santé inscrite au Projet d'établissement sera introduite auprès des professionnels comme étant une réponse <sup>EE189</sup> possible aux axes d'amélioration concernés.

Pour mener à bien ce travail, je m'appuierai sur le groupe de pilotage « Bilans et Projets d'Etablissement » dont la dimension pluridisciplinaire est intéressante dans la perspective d'une approche santé élargie, et sur les recommandations <sup>EE</sup> de bonnes pratiques de l'ANESM «Elaboration, rédaction et mise en œuvre d'un projet d'établissement » et « Accompagnement à la santé de la personne handicapée ». Je soumettrai au Directeur Général, animateur de ce groupe, la mise en place d'un sous-groupe temporaire spécifique ESAT évalué à 4 mois dont la mission serait d'élaborer et de rédiger la réactualisation du

---

<sup>189</sup> EE pour Evaluation Externe : signalétique permettant de repérer que l'action proposée répond aux remarques effectuées lors de l'Evaluation Externe des 19 et 20 février 2014 (pré-rapport ADQ Conseil du 26 juin 2014)

projet d'établissement de l'ESAT, de la présenter au groupe de pilotage, lequel serait chargé de vérifier la cohérence avec le Projet associatif. Ce sous-groupe serait composé de la Directrice de l'ESAT, de la psychologue associative (pilote du groupe médical et paramédical et garante du référentiel MEC), des 3 moniteurs principaux d'atelier, du moniteur principal chargé du soutien et de l'insertion professionnelle, et d'un représentant des travailleurs.

Une synthèse facile à lire et à comprendre <sup>EE</sup> sera présentée aux représentants des travailleurs membres du CVS et le lien sera établi avec la charte des droits des personnes accueillies.

Une synthèse du projet appelée discours général sera présentée en réunion thématique ESAT « Projet d'Etablissement ESAT » regroupant l'ensemble des salariés et en présence de la Direction Générale, de la Conseillère technique et de la psychologue associative.

En tant que Directrice récemment en poste, cet acte fondateur et participatif m'inscrit dans un positionnement de leader là où les premiers temps de la prise de poste peuvent confiner à la compréhension et à la maîtrise d'aspects plus gestionnaires.

e) Présenter la démarche auprès de l'Autorité de Contrôle et de Tarification

Profitant de la démarche de rédaction du CPOM seconde génération en 2014, je propose de rédiger une synthèse en 3-4 pages exposant le projet sous la forme d'une fiche-action avec les motivations et enjeux, les objectifs et mission, le groupe projet, sous la responsabilité de, les personnes/services et organismes concernés, le public visé, le territoire, le nombre de personnes accueillies, les modalités d'accompagnement, l'organisation et le fonctionnement, la méthodologie et la planification, l'évaluation, les moyens mobilisés, les moyens nouveaux nécessaires, les partenaires associés.

Cette synthèse sera réalisée en s'inspirant du « dossier de demande de financement d'un projet en prévention et promotion de la santé<sup>190</sup> » et sera présentée lors d'une prochaine rencontre avec l'ARS à la fin de l'année 2014 dans le cadre de la négociation du second CPOM.

f) Répondre à l'Appel à Projet de l'ARS CA « Prévention et promotion de la santé »

Les orientations du volet prévention et promotion de la santé font partis du Schéma Régional de Prévention, elles font le lien avec les volets populationnels du SROMS concernant les populations handicapées notamment.

Répondre à l'appel à projet « Prévention et Promotion de la Santé » reconduit chaque année permettra de solliciter une demande de financement annuel du projet pour le lancement du projet et son renouvellement.

Ce nouveau conventionnement permettrait d'assurer un financement complémentaire si ce projet n'est pas retenu et inscrit dans le CPOM 2ème génération.

---

<sup>190</sup> ARS Champagne-Ardenne, Appel à projet 2014

Pour préparer cette réponse, une équipe constituée du DG, de la Direction de l'ESAT, du Chef de service administratif et financier, de la psychologue associative sera chargée de défendre la candidature ADASMS en associant les parties prenantes ; une analyse partagée de la situation favorisera ainsi une plus grande implication dans la suite du projet. Le concours du Pôle de Compétences sera sollicité sur l'aspect méthodologique.

### **3.1.2 Une méthodologie qui assure la maîtrise organisationnelle**

La maîtrise des situations que va entraîner le projet de changement est fondamentale, les acteurs doivent être outillés méthodologiquement et le formalisme nécessaire au cadencement, à la réalisation, au suivi et à l'évaluation des actions mises en œuvre doit être piloté.

#### **a) Anticiper les risques, traiter les problèmes**

L'enthousiasme qui résulte du lancement d'un projet en général ne doit pas faire oublier que le risque est une composante de tout projet, et que les risques « menaces » principaux peuvent être diminués voire éliminer afin de limiter certains impacts négatifs c'est-à-dire les événements indésirables pour les travailleurs de l'ESAT.

L'anticipation des risques principaux sera réalisée au moment de l'actualisation du projet d'établissement à travers 1 rencontre non directive de type « brainstorming »<sup>191</sup> cependant guidée au besoin par une liste de questions support qui permettra d'aborder les diverses catégories de risques. Cela permet de créer un terrain propice à la mise en évidence des inquiétudes légitimes des professionnels, d'entraîner l'équipe à la résolution de problèmes et de renforcer sa cohésion.

L'anticipation des risques n'exclut pas l'apparition de problèmes qui seront rencontrés au cours de ce projet. Ces problèmes ne doivent pas être perçus comme des échecs mais comme des aléas qu'il convient de dépasser par des stratégies d'ajustement.

Ces 2 outils de résolution forgent le caractère participatif du projet et une maturité relationnelle des professionnels à travers la responsabilisation et la confiance octroyées. Leur force réside dans les actions menées, le suivi de la réalisation des actions prévues et les décisions d'ajustement. Un groupe de pilotage projet sera donc constitué (Direction de l'ESAT, Psychologue associative, Educateur Sportif, Moniteur principal chargé du soutien et de l'insertion professionnelle) et se réunira 1 fois tous les 2 mois afin de rendre compte à la Direction Générale de l'avancement de ce projet.

#### **b) Concevoir la stratégie de communication adaptée**

Selon Henry MINTZBERG<sup>192</sup>, la communication est l'une des 3 dimensions fondamentales du travail de dirigeant avec l'activité de décider (diriger les actions) et l'activité de relier

---

<sup>191</sup> Anglicisme signifiant remue-méninges, technique de résolution créative de problème sous la direction d'un animateur

<sup>192</sup> Universitaire canadien en sciences de gestion, auteur internationalement reconnu d'ouvrages de management

(diriger les personnes). La démarche de Promotion de la Santé confère à la communication organisationnelle un rôle d'autant plus déterminant qu'elle a pour mission le développement individuel et social des travailleurs, celui de leur rôle d'acteur en matière de santé, et la qualité de vie au travail. La communication institutionnelle va devoir quant à elle relever le challenge de l'action intersectorielle et du mode d'intervention en réseau. J'ai donc choisi, outre la création et la mise à jour d'outils de communication traditionnels, de baser la stratégie de communication du projet sur l'investissement des espaces et du temps comme vecteurs de la qualité de vie au travail, sur l'implication et l'accessibilité aux informations et à travers les supports, et sur le repérage d'une compétence distinctive « promotion de la santé » qui facilite l'intérêt et la participation.

>*L'investissement des espaces et du temps* : La matérialisation et la gestion des espaces de communication dédiés aux travailleurs et des lieux de détente seront renforcées et modernisées à l'occasion du projet. La serre de vente ouverte au public verra son espace d'affichage investi afin de refléter de manière pédagogique la démarche globale de Promotion de la Santé de l'ESAT-ADASMS. Les mises à jour seront effectuées par des travailleurs volontaires responsabilisés.

>*L'implication et l'accessibilité aux informations et dans les supports* : La participation des travailleurs volontaires sera sollicitée notamment dans le cadre de l'activité de soutien informatique afin de participer à la réalisation de maquette facile à lire et à comprendre. Pour les professionnels, des synthèses visuelles seront utilisées lors des réunions institutionnelles afin de mieux situer les actions de l'ESAT et la place du projet dans l'ensemble.

>*Le repérage d'une compétence distinctive qui facilite l'intérêt et la participation* : Les résultats intermédiaires du projet feront l'objet d'un affichage. L'onglet ESAT du site internet ADASMS sera totalement refondu. La temporalité de cette action est liée à l'adoption d'une charte graphique et à la rénovation globale du site <sup>EE</sup> en 2015. En complément, des dépliants seront conçus et remis aux partenaires et clients.

#### c) Concevoir un cadre évaluatif continu et pérenne

Le cadre évaluatif a été initié sur le thème de l'accompagnement en santé au travers du diagnostic (chapitres 1.3 et 2.1). Il se poursuit par la mise en place d'un tableau de bord des objectifs opérationnels qui découlent directement du projet, de ses indicateurs d'évaluation<sup>193</sup> qualitatifs et quantitatifs, et des résultats attendus. Le cadre évaluatif porte ainsi sur l'état préalable au projet, sur la réalisation et sur les conséquences du projet.

>*L'évaluation du pilotage (indicateurs d'effectivité des actions)* :

-Réalisation de l'autoévaluation suivant le Cahier des Charges de Promotion de la Santé,

---

<sup>193</sup> Issu de l'AAP « Prévention et Promotion de la Santé 2014 » et des échanges amorcés avec le pôle de compétences en éducation pour la santé (juin-juillet 2014)

-Retours qualitatifs du sous-groupe de travail ESAT sur l'actualisation du projet d'établissement (respect du calendrier des rencontres, respect du délai de présentation du projet actualisé au GP, qualité des échanges)

- Liste unique des risques et problèmes à jour (100% des actions identifiées),

-Echéances respectées et compte-rendu diffusé des réunions du comité de pilotage.

>*L'évaluation des résultats (indicateurs d'efficacité et d'impact)* : obtention des certificats acteurs PRAP, réalisation du plan de formation.

La visibilité de l'amélioration passe par l'utilisation post-projet d'une évaluation comparative utilisant les mêmes outils qu'avant le lancement du projet (grille de positionnement en santé et sécurité au travail, TF et TG des accidents du travail) et par des outils de communication mis à jour périodiquement.

La pérennisation de la démarche passe par l'adaptation du référentiel (grille CRP) en vue de la prochaine évaluation interne. Elle passe également par l'intégration de nouveaux indicateurs de pilotage issus du projet et de sa dimension environnementale au sein d'un observatoire stratégique ESAT rassemblant des indicateurs de qualité d'accompagnement (concrétisation des projets professionnels), des indicateurs sociaux (comportementaux et de climat social), des indicateurs d'activité (économiques et commerciaux), et des indicateurs stratégiques (masse salariale, installation réussie de projets innovants).

#### d) Planifier et piloter les délais du projet dans un contexte multi projets

La maîtrise de la planification devra reposer tout d'abord sur une temporalité et une progressivité appropriées. Cela signifie prendre en compte des situations de santé prioritaires, le changement de dirigeance en janvier 2015, la capacité de mobilisation des équipes, ma propre capacité à gérer le temps en conciliant les activités courantes et les activités de management projet (*Annexe 18*). Par ailleurs, l'ESAT-ADASMS se trouve dans une configuration multi projets avec le projet Educaflore qui nécessite d'arbitrer en permanence l'urgent et le stratégique. La démarche de Promotion de la Santé permet d'établir une certaine synergie entre ces 2 projets majeurs : Educaflore et le Soutien des projets professionnels par le maintien et l'amélioration de l'état de santé. Le jalonnement du projet, c'est-à-dire ses différentes étapes et les liaisons entre elles, doit donc pouvoir s'insérer dans un macro planning de l'activité ESAT-ADASMS comprenant les activités courantes et les actions en faveur du projet Educaflore. La complexité réside alors dans le respect et le pilotage des délais définis, ceux-ci devront donc donner lieu à une revue hebdomadaire et à des moyens visuels percutants.

### **3.1.3 Le sens des actions et la convergence des acteurs**

Une approche holistique du changement organisationnel m'amène à associer tous les contributeurs du projet pour favoriser leur concentration sur le but à atteindre et éviter ainsi les phénomènes de dispersion, pour favoriser leur réactivité et éviter ainsi les phénomènes

d'agitation. Devant la complexité du projet à laquelle il faut s'attendre à travers des variables interdépendantes, des critères en tension, des stratégies d'acteurs, de grandes quantités de données, la multidisciplinarité ; l'intelligence collective et la cohésion sont nécessaires.

a) Co-construire avec les travailleurs de l'ESAT

Il s'agit tout d'abord de rencontrer les représentants des usagers au CVS lors d'une rencontre préparatoire à un prochain CVS, de leur expliquer la démarche de Promotion de la Santé, d'où elle vient, ce qu'elle peut apporter en matière de projet professionnel pour les travailleurs, comment elle contribue à renforcer leurs droits et la qualité de notre accompagnement ; et de recueillir leurs remarques, leurs questions, leurs souhaits. Leur communication au sein de l'ESAT sera facilitée par les synthèses FALC préparées ensemble. La participation des travailleurs ne s'arrête pas à l'accès total et permanent à l'information. D'autres formes sont à investir comme l'actualisation en version accessible des documents contractuels de l'accompagnement (livret d'accueil, règlement de fonctionnement et règles de vie après soumission au CVS), ou comme l'implication avec les professionnels dans la réalisation de supports (affichage de la démarche en serre de vente, synthèses FALC) qui marquent le franchissement d'un cap, celui de la co-construction et qui favorisent leur expression et leur rôle d'acteur prôné par la Promotion de la Santé. Enfin, la présence des travailleurs aux instances représentatives sera renforcée en invitant les travailleurs à participer au CHSCT<sup>EE</sup>.

b) Articuler les différentes dimensions du management des ressources humaines

Ce projet constitue une évolution de la mission des professionnels vers une certaine transformation du fonctionnement de l'ESAT-ADASMS par la reconfiguration de l'accompagnement en santé et l'augmentation des objectifs de performance qualitative en matière d'élaboration et de suivi des projets professionnels. Plusieurs dimensions du management sont donc à articuler, celle des équipes et de la gestion des activités courantes, celle des projets et de leurs contributeurs, et enfin celle qui va s'attacher à la thématique de la santé et de la sécurité au travail. La Promotion de la Santé s'adresse en effet à tous les acteurs en présence en matière de santé et de sécurité, y compris les professionnels.

*>Management des équipes et management de projet*

Des professionnels sont sollicités dans le cadre du projet, leur rôle doit être explicité à l'ensemble des équipes. Le démarrage d'un projet est donc l'occasion de revisiter les outils stratégiques du management des équipes. Les fiches de poste manquantes seront donc créées, le rôle-clé du MAP chargé du soutien et de l'insertion professionnelle sera clarifié. Des facteurs endogènes d'évolution seront pris en compte comme le départ en retraite d'une monitrice du pôle industriel fin 2014 et celui du psychiatre associatif. Il s'agit aussi d'anticiper l'indisponibilité projet des ressources à travers une vision synthétique de la charge de travail.

### > *Management de la santé et de la sécurité au travail*

La Promotion de la Santé apporte l'inflexion utile à un véritable management de la santé et de la sécurité au travail qui permet l'appropriation de tous. Cette inflexion débutera par une réunion à thème avec l'appui du guide INRS «Santé et Sécurité au travail : qui fait quoi ? » et l'intervention de l'Adjoint technique en charge de la sécurité. Ceci permettra d'introduire les actions PRAP/Education pour la Santé/Stratégie commerciale concourant en matière de santé et un nouvel acteur en la personne de l'Educateur Sportif.

### c) Organiser les interfaces avec les partenaires internes

Avant d'aborder une phase de mise en réseau, il est nécessaire à mon sens de « s'habituer ensemble ». Cela passe par le fait de s'informer réciproquement des modes de fonctionnement, des problématiques, des questionnements. La transversalité de l'organisation ADASMS doit donc être vécue à toutes les occasions possibles.

L'action intersectorielle portée par la Promotion de la Santé se décline donc déjà en interne en participant aux bilans des autres établissements et services, en prenant connaissance des rapports d'activité, des actualisations de projet d'établissement, en construisant ensemble le plan d'amélioration suite aux évaluations externes. L'inflexion Promotion de la Santé sera ainsi partagée et suscitera la dynamique d'échanges et de propositions.

### d) Sensibiliser les partenaires externes

Le projet offre l'opportunité et la volonté de revisiter l'Autre, de comprendre son langage, de construire des représentations partagées avant d'envisager des coopérations. « *Chaque partenaire apprend en prenant en compte le point de vue de l'autre, en s'y confrontant, et en étant ainsi conduit à préciser son projet, ses intentions, ses critères de valeur, ses préférences*<sup>194</sup>. »

> *Les mandataires judiciaires à la protection juridique des majeurs protégés* (familles, UDAF, APAJH) seront rencontrés et les interactions dans le domaine de la santé seront identifiées. La Directrice de l'APAJH qui siège au CVS me faisait part récemment d'un projet d'aide à l'arrêt du tabac avec la Médecine Préventive qui n'avait pas pu aboutir ; je saisirai cet écueil pour favoriser l'intérêt de notre démarche de Promotion de la Santé.

> *Le Service Départemental d'Aide à l'Insertion Professionnelle (SDAIP)* avec lequel l'ESAT est conventionné sera sensibilisé et associé, notamment au travers du groupe technique bimestriel « insertion professionnelle », aux actions de Promotion de la Santé menées par l'ESAT-ADASMS.

> *Le Pôle Régional de Compétences en Education Pour la Santé* est une plateforme-ressource financée par l'ARS et l'INPES que je compte solliciter pour aborder les étapes de ce projet et mieux l'articuler avec les besoins et ressources du territoire. Je prendrai donc contact avec le référent méthodologique du département.

---

<sup>194</sup> LE BOTERF Guy, Travailler en réseau et en partenariat-Comment en faire une compétence collective, Paris, Eyrolles, 3<sup>ème</sup> édition, p79

Une formation en méthodologie de projets en éducation pour la santé sera suivie par la psychologue associative en charge du Groupe de pilotage « Promotion de la Santé » et la Direction de l'ESAT. Celle-ci permettra de concevoir une démarche d'éducation pour la santé en collaboration avec d'autres acteurs professionnels de la région, et ainsi prendre connaissance d'une communauté d'expériences régionales.

>Les contacts seront pris avec l'INRS afin que la Direction Générale ADASMS et la Direction de l'ESAT puissent participer à la formation « Assurer les conditions de réussite d'une formation-action PRAP en entreprise ou en établissement ». Celle-ci permettra de mieux appréhender le rôle du futur formateur PRAP au sein de l'établissement et les conditions de réussite de son action.

### **3.2 La conduite du changement en Promotion de la Santé au service des projets professionnels**

L'approche interprétative<sup>195</sup> de la planification stratégique enseigne que l'infléchissement stratégique intervient quand les nouvelles données peuvent s'intégrer aux anciennes, les modifier, et leur apporter une dissonance acceptable et heuristique. Pour rendre acceptable la nouvelle signification « Promotion de la Santé », il s'agit de négocier une interprétation positive « au service des projets professionnels ». J'ai choisi en conséquence d'agir sur 2 versants : la cohérence, par l'imbrication à l'existant et l'ouverture, par la mise en œuvre d'actions nouvelles.

#### **3.2.1 La cohérence par l'imbrication à l'existant**

##### **a) Donner un nouvel élan au Groupe de Pilotage Projet Professionnel Individualisé (PPI)**

Le nouvel élan consiste à décentrer le groupe de pilotage du fonctionnement organisationnel (outils Différent et Compétent, passeport formation, dispositif d'alternance) vers les projets professionnels des travailleurs ; et de faire prendre conscience d'outils manquants pour répondre ou exploiter de manière satisfaisante les problématiques connexes freins ou facilitatrices (aspects financiers, habitat, santé) qui entourent ces projets professionnels.

##### **b) Réaliser la jonction entre Projet Professionnel et Promotion de la Santé**

Il s'agit alors de faire part au groupe PPI d'une des composantes connexes « santé » à travers le diagnostic réalisé dans le cadre de ce projet, et de prendre connaissance de réalisations faites par d'autres établissements issues de la Recommandation de bonnes pratiques professionnelles « L'accompagnement à la santé de la personne handicapée ».

---

<sup>195</sup>WEICK Karl E., un des théoriciens les plus renommés mondialement de la théorie des organisations. L'objet de ses recherches porte sur l'élaboration du sens au sein des organisations. Son approche de l'organisation est processuelle, l'organisation se construisant, pour Weick, dans l'interaction.



La présence des moniteurs principaux et du moniteur chargé de l'activité de soutien « bien-être au travail » à cette rencontre sera décisive.

c) Faire évoluer le référentiel MEC et ses outils pour enrichir les PIA

Le cadre méthodologique est indispensable à l'harmonisation et à la pérennisation des pratiques. La possibilité d'évolution d'un référentiel est un gage de sa capacité auto-évaluative et de son ouverture à un contexte changeant. Une analyse des PIA est déjà engagée sur l'ensemble des établissements et services, elle m'amène à envisager une prochaine évaluation qualitative de 20 projets individualisés d'accompagnement de travailleurs identifiés prioritaires en termes de problématiques santé avec la psychologue associative et le moniteur référent chargé du suivi de projet, et d'en faire ressortir la diversité et la nature des propositions d'action y compris en matière de santé. Cette approche « autodiagnostic » permettra une meilleure appropriation du besoin de changement.

Avec la psychologue associative et l'infirmière, il s'agira alors de planifier des temps de travail pour élaborer une proposition d'évolution du référentiel notamment sur l'item « santé physique » actuel du graphe d'état des travailleurs, sur l'aide à la pertinence des observations en matière d'imbrication travail/santé, sur le panel des actions santé possibles, sur l'agencement de la trame du PIA. Notre travail sera présenté à l'ensemble des Directions d'établissements et services lors d'une rencontre planifiée en Groupe de Pilotage MEC ; cette présentation donnera lieu à une décision de mise en place soit partielle soit unilatérale, à une modification du système d'information GISU (à inscrire à l'ordre du jour du groupe technique « infonet ») et à un temps de formation des moniteurs amenés à utiliser ces outils. L'évolution de la forme du PIA sera présentée aux représentants des travailleurs membres du CVS.

d) Faire évoluer l'activité de soutien ESAT « PSVAS » vers « bien-être au travail »

Il s'agit là de se saisir des données de sortie du bilan semestriel ESAT et de l'évaluation interne pour insuffler à l'activité de soutien PSVAS de l'ESAT une teneur et des objectifs qui répondent à l'articulation travail/santé. Le projet d'établissement ESAT exposera donc les nouveaux objectifs formulés à cette activité : retrouver une autorisation de conduite, pouvoir passer un CACES, savoir occuper les temps de pause, pas de « super héros ».

La suggestion de participation à l'activité « bien-être au travail » sera encadrée. Un travailleur qui participe à cette activité verra sa synthèse enrichie des outils MEC dédiés à cette activité. L'activité de soutien « bien-être au travail » en relation avec l'activité « informatique » sera mobilisée sur des travaux de mise en accessibilité de documents comme « oser parler à son médecin » issus de la Haute Autorité de Santé et « le guide pratique des usagers, votre santé, vos droits » issu du Défenseur des Droits et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Ces documents FALC seront libres de consultation et disponibles pour tous dans l'espace affichage des travailleurs.

e) S'appuyer sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé dans la prise en charge paramédicale

Dans l'idée d'une organisation apprenante<sup>196</sup>, je suggère auprès du groupe technique paramédical, pour appuyer les interventions de l'infirmière intervenant à l'ESAT, de s'approprier les recommandations de bonnes pratiques professionnelles issues de la HAS dans les domaines suivants :

-« Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours », Octobre 2013

-« Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours », Septembre 2011

-« Douleur chronique : reconnaître le symptôme douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient », Décembre 2008

Les rapports médicaux sollicités lors des synthèses et bilans intermédiaires CDAPH seront ainsi objectivés par des données précises qui respectent à la fois la confidentialité et le partage utile des informations et caractérisent davantage la criticité des situations rencontrées.

f) Faciliter le rôle préventif des services de santé au travail

Les visites de santé au travail seront préparées. Les travailleurs pourront ainsi se présenter à l'aide d'un document écrit avec photos explicitant leurs conditions de travail (moyen de transport utilisé domicile-travail, machines et engins utilisées, poste assis/debout...). Ce document existe sous une forme simplifiée dans le cadre des livrets de reconnaissance des compétences. Le contenu dorénavant nécessaire sera donc précisé au référent Différent & Compétent. Pour les personnes ne s'étant pas inscrite dans le dispositif, le document sera préparé par le moniteur-référent du travailleur concerné. Ces fiches personnalisées seront archivées dans la base de données TH.

En cas de demande issue de la médecine de ville, l'information sera transmise au médecin du travail via le rapport médical renseigné par l'infirmière. Une fiche « santé au travail » FALC sera élaborée et explicitera le rôle du médecin du travail.

g) Baser l'activité de soutien « Activité Physique et Sportive » sur le volontariat

Cette inflexion du caractère obligatoire vers le caractère volontaire aura lieu après la mise en place de la démarche globale de promotion de la santé. Le règlement de fonctionnement sera révisé avec les représentants des usagers au CVS. Chaque travailleur sera reçu individuellement par l'Educateur Sportif afin de faire le point sur sa motivation, ses éventuelles appréhensions et, à l'aide du PIA, en quoi l'activité physique et sportive lui est nécessaire. Son engagement sur l'activité se traduira par une signature.

---

<sup>196</sup> L'Organisation apprenante désigne, selon les travaux de Chris Argyris et de Peter Senge, l'ensemble des pratiques et des dispositions que met en œuvre l'entreprise pour rester en phase avec son écosystème.

Un suivi des inscriptions et du présentisme sera demandé à l'Educateur Sportif lors des bilans semestriels. L'historique des participations figurera dans la base de données TH.

### **3.2.2 L'adaptation par la mise en œuvre d'actions nouvelles**

#### **a) Mettre en œuvre la formation-action Prévention des Risques liés aux Activités Physiques (objectif opérationnel n°1<sup>197</sup>)**

Le principe de base est que le travailleur est le mieux placé pour parler de son travail et des difficultés rencontrées. L'accompagnement de l'équipe ESAT consiste à aller au-devant des travailleurs et à faire émerger l'expression de la réalité du travail et d'améliorations possibles des conditions de travail. L'éducateur sportif sera formé par l'INRS pour dispenser la formation « acteur PRAP » auprès des travailleurs et moniteurs.

Pour favoriser l'engagement, une présentation PRAP sera effectuée à l'ensemble des travailleurs et leur inscription sera recueillie par la Conseillère technique associative en charge de la mise en place et du suivi des formations salariés et travailleurs. Le plan de formation 2015 intégrera la formation-action PRAP.

Le DUERP sera actualisé avec les actions et les acteurs PRAP au cours de séances collectives rassemblant le moniteur d'atelier principal et les travailleurs formés. L'obtention du certificat « acteur-PRAP » sera insérée dans le Compte Personnel de Formation<sup>198</sup> des travailleurs et dans la base de données TH. L'avancée de ces travaux sera remontée lors des CHSCT.

#### **b) Développer collectivement les compétences psycho-sociales (objectif opérationnel n°3<sup>199</sup>)**

Afin de mieux appréhender les fondements psychosociaux des comportements liés à la santé et les modèles de prévention, des ateliers découverte d'outils pédagogiques sur les compétences psychosociales proposés par l'IREPS CA seront investis par le moniteur chargé de l'animation de l'activité de soutien « bien-être au travail » et l'infirmière.

En 2014, l'ESAT-ADASMS participera à un premier atelier « addictions à travers les compétences psychosociales ». Ces ateliers viendront renforcer les compétences des professionnels dans l'animation des groupes en utilisant différentes techniques d'animation suivant l'objectif recherché<sup>200</sup> dans le cadre d'une future action d'éducation pour la santé.

Un groupe de travail élargi sera chargé de rédiger un questionnaire destiné aux travailleurs et basé sur la méthode des abaques de Régnier. Les affirmations seront construites sur les liaisons possibles entre santé/sécurité et travail. Ce questionnaire sera bâti sur les situations rencontrées par les professionnels et devra favoriser l'appropriation du règlement

---

<sup>197</sup> Objectif opérationnel décrit en page 64

<sup>198</sup> Loi n°2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

<sup>199</sup> Objectif opérationnel décrit en page 65

<sup>200</sup> CRES Languedoc-Roussillon, Techniques d'animation en éducation pour la santé, janvier 2009 : certaines de ces techniques ne font pas appel au langage écrit

de fonctionnement et des règles de vie ESAT sur les thèmes de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail. Le moniteur chargé du soutien et de l'insertion professionnelle qui assure également les formations CACES, et l'éducateur sportif en charge de l'activité PRAP feront donc partis de ce groupe de travail. Une restitution aura lieu aux membres du CHSCT. Ce questionnaire sera utilisé lors de la phase d'admission d'un nouveau travailleur à l'issue de sa période d'essai afin d'orienter les moniteurs dans l'élaboration du projet individualisé d'accompagnement. Il pourra également faire partie de la démarche de présentation des activités de soutien et aider les travailleurs à se déterminer au mois de juillet sur les activités de soutien du semestre. Il sera enfin proposé aux travailleurs identifiés dans le cadre de ce projet lors de l'actualisation de leur PIA.

c) Mettre en place un programme d'Education pour la Santé (objectif opérationnel n°2<sup>201</sup>)

Afin de permettre aux professionnels de mieux aider des personnes à prendre conscience des postures et des attitudes favorables à leur santé ainsi qu'à s'approprier des démarches en vue d'agir sur leur mode de vie, le référentiel de compétences en éducation pour la santé<sup>202</sup> sera utilisé lors d'une réunion à thème avec l'aide d'un intervenant IRPES comme support pour aider les professionnels à repérer et à analyser des situations qui pourront donner lieu à une action éducative pour maintenir et préserver sa santé, à proposer une aide individualisée permettant une prise de conscience et un engagement éventuel dans une démarche d'éducation pour la santé adaptée à la situation.

Il s'agit en premier lieu que les professionnels puissent questionner leur propre rapport à la santé, puis qu'ils situent les enjeux d'éducation pour la santé au regard de leur terrain d'intervention professionnelle et enfin, qu'ils ajustent leur compréhension des problématiques en tenant compte des situations concrètes et de leurs représentations.

A l'issue de cette présentation, une formation en Education pour la Santé sera mise en place puis un programme « CAP Santé » intégrant les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques pour maintenir et améliorer sa santé sera construit avec les travailleurs identifiés dans le cadre de ce projet et volontaires pour cette démarche, et un intervenant du SAMSAH. La co-construction de ce programme consistera à faire tester des outils issus de la démarche « comportements psychosociaux liés à la santé » aux travailleurs et recueillir leur avis sur ce qu'ils ont apprécié, si c'est utile, comment cela leur parle. Ce programme alors formalisé sera proposable par les moniteurs référents à la Direction de l'ESAT lors de l'actualisation des PIA.

---

<sup>201</sup> Objectif opérationnel décrit en page 64

<sup>202</sup> Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, septembre 2012 (décret n°2006-57 du 16 janvier 2006 relatif aux programmes d'éducation pour la santé)

d) Définir et mettre en œuvre une stratégie de production/commercialisation au bénéfice de la santé environnementale et de la protection des milieux naturels (objectif opérationnel n°4<sup>203</sup>)

> *Transformer le caractère expérimental du projet Educaflora qui consiste à protéger la biodiversité végétale locale en une filière de production et de commercialisation visant l'essaimage maîtrisé<sup>204</sup> de ces espèces*

Des visites d'entreprises qui pratiquent déjà la multiplication et la commercialisation d'espèces végétales à l'échelle industrielle seront organisées (une expérience française à travers la société Nungesser et une expérience allemande à travers la société Rieger Hoffmann) afin de déterminer les moyens de production adaptés et pouvant être utilisés par les travailleurs. Pour financer ces investissements, les fonds leader du FEADER seront sollicités.

La communication externe sera soutenue par la presse locale associée aux grands jalons du projet et par la restitution de l'avancement du projet auprès du groupe de travail « Végétal Local ». L'ouverture au public d'un jardin pédagogique à vocation conservatoire sera mise en exergue ainsi que l'organisation de journées de récolte afin de sensibiliser la population locale au sens donné à cette démarche à travers des actions et des rencontres. Ces journées favoriseront les rencontres inter-établissements et la mixité sociale.

Les compétences spécifiques développées par les travailleurs feront l'objet de l'élaboration d'un référentiel de compétences qui sera présenté puis retravaillé avec les CFPPA en vue d'une qualification.

> *Renoncer à l'utilisation des produits Cancérogènes, Mutagènes et Reprotoxiques et des produits phytopharmaceutiques en général*

Le groupe technique « Activité Commerciale » se verra transformé en « Développement économique Durable ». Il aura pour objectif premier de repérer l'utilisation de produits CMR sur l'ensemble des 3 Pôles (action 13 du PRSE 2 de Champagne-Ardenne), de faire l'état des lieux quantitatif et qualitatif de l'utilisation des produits phytopharmaceutiques <sup>EE</sup>, de rechercher et de synthétiser les données pertinentes utiles concernant des solutions alternatives efficaces (action 13 du PRSE 2 de Champagne-Ardenne). Ce groupe technique s'appuiera sur les Fiches d'Aide au Repérage (FAR) et des Fiches d'Aide à la Substitution (FAS) publiées par l'INRS<sup>205</sup>.

En 2015 aura lieu l'arrêt des traitements chez les particuliers et en interne avec action de sensibilisation pour réduire les apports des particuliers eux-mêmes (action 6 du PRSE 2 de Champagne-Ardenne). En 2016 aura lieu l'arrêt des traitements auprès des collectivités

---

<sup>203</sup> Objectif opérationnel décrit en page 65

<sup>204</sup> Le projet Educaflora contient en son sein l'obtention d'un label « Végétal local » garantissant le respect d'un cahier des charges déterminé pour le respect des semences végétales sauvages.

<sup>205</sup> Fiches établies par la CNAMTS, l'INRS et un groupe d'ingénieurs-conseils, contrôleurs de sécurité et conseillers médicaux des CARSAT, CRAM et CGSS

publiques en restant vigilant sur les appels d'offre qui intègre la prestation phyto dans l'ensemble des prestations de tonte et de débroussaillage. En 2017 aura lieu l'arrêt des traitements pour les sociétés privées en veillant aux contrats en cours.

Une note d'information ESAT officialisera la décision prise et ces modalités.

> *S'orienter vers le maraîchage bio*

En parallèle, des contacts seront pris par le Moniteur d'Atelier Principal du Pôle Horticole et l'Adjoint technique chargé de la démarche commerciale avec d'autres ESAT pratiquant déjà la culture bio. La formation au maraîchage bio sera ajoutée aux plans de formation salariés et travailleurs 2015. Une étude sera réalisée afin de vérifier le retour sur investissement de cette nouvelle activité. La restitution de cette étude s'effectuera dans le cadre du Groupe Technique « Développement économique Durable ».

e) Diffuser la pratique du « prendre soin de son environnement »

La visée de protection de l'environnement initiée par les activités horticoles et d'entretien des espaces nature doit pouvoir s'irriguer dans l'environnement le plus proche des travailleurs, celui de leur milieu direct de travail. Il s'agit donc de consacrer du temps et des séquences éducatives au rangement, à l'ordre, à l'entretien et à la propreté des espaces (lieux de détente, lieux de stockage, lieux de production) et des matériels. C'est dans ce sens que les moniteurs d'atelier seront mobilisés.

f) Mailler les activités pour soutenir les projets professionnels

Le sens des activités de soutien doit être réaffirmé afin d'échapper à des risques occupationnels. Le rôle transversal du Moniteur Principal chargé du soutien et de l'insertion professionnelle nécessite cependant d'être appuyé. Une rencontre avec les animateurs des 5 activités et le Moniteur Principal chargé du soutien et de l'insertion professionnelle aura lieu en fin d'année lors de la remise des bilans annuels rédigés par chacun. Les objectifs généraux seront retravaillés en explicitant la notion de « soutien aux projets professionnels », et les objectifs opérationnels pour l'année suivante feront l'objet d'une concertation.

Chaque activité de soutien sera explicitée suivant une fiche signalétique commune précisant toutes les modalités suivant l'hexamètre de Quintilien<sup>206</sup>. Une brochure des activités de soutien en mode facile à lire et à comprendre et disponible dans l'espace de communication avec les travailleurs sera créée par les animateurs de ces activités afin de faire comprendre par des mots et une iconographie simples le contenu et les apports de ces activités. Elle sera mise à disposition des travailleurs et ajoutée au livret d'accueil ESAT-ADASMS.

Les préparations des synthèses feront l'objet d'un rapport « activité de soutien » suivant la méthodologie MEC, supervisé par le Moniteur Principal chargé du soutien et de l'insertion

---

<sup>206</sup> Questionnement systématique et exhaustif sous la forme Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Combien ? Et pourquoi ? (QQOQCCP)

professionnelle. Les synthèses devront pouvoir poser la question de la pertinence d'une proposition d'activité de soutien repérée à un travailleur donné. Cette proposition étayée sera transmise au travailleur lors de la restitution de la synthèse. Le choix des activités en général s'effectuera donc dans un cadre repéré.

Une rencontre avec l'ensemble des animateurs sera mise en œuvre aux mois de juillet lors du bilan semestriel et permettra de faire du lien entre les activités et de mettre à profit des compétences repérées des travailleurs pour les réinvestir dans l'activité de production.

g) Créer une section « Sport-Santé » à l'ESAT

Le développement de la condition physique est indispensable pour démarrer l'activité de travail. Le but de cette section sera de proposer une activité aux personnes atteintes ou à risques de pathologies chroniques (HTA) ou cardiaques, aux personnes en situation d'obésité et aux personnes vieillissantes. Espace-temps de médiation, l'objectif sera de prendre conscience de son corps et de ses évolutions et du bien-être possible. Il sera demandé à l'Educateur Sportif à l'origine de cette idée de concevoir et de rédiger le projet de section « sport-santé » qui servira d'outil de communication en interne et en externe avec une synthèse FALC. Sur cette base, le projet sera expliqué aux travailleurs et aux moniteurs.

h) Accompagner les professionnels de santé face au handicap

Le réseau relationnel des professionnels de santé de l'infirmière sera investi avec elle lors d'une conférence organisée par l'ADASMS qui leur permettra d'exprimer leurs conditions d'exercice et leurs questionnements. La démarche de Promotion de la Santé sera alors abordée comme un vecteur de rassemblement et un panel d'outils facilitateurs dans la rencontre travailleurs-secteur sanitaire.

i) Formaliser la guidance des professionnels

Un protocole de soutien infirmier devra être rédigé avec l'aide de la Conseillère technique afin de répondre à une certaine harmonisation des pratiques et à la visibilité des types d'action envisageables ; de même qu'un guide des « comportements problème » (refus de soins, addictions...) à l'intention des moniteurs d'atelier.

j) Intégrer les Services Généraux dans la démarche

La dimension de la qualité de vie des travailleurs à l'ESAT-ADASMS doit s'irriguer sous tous les aspects. Il s'agit aussi bien de l'activité productive en tant que telle que de la restauration, de la lingerie, de l'administratif, de l'entretien des locaux, de la maintenance. Les professionnels des services généraux ne sont pas issus du secteur éducatif et ils accueillent des travailleurs ou les reçoivent en stage ; il s'avère nécessaire de leur apporter une guidance pour que les services qu'ils apportent ne soient pas réduits à une prestation mais intègrent la dimension souhaitée par l'ESAT-ADASMS. La démarche de Promotion de la Santé expliquée aux travailleurs et aux services généraux favorise un respect mutuel et

la recherche de solutions centrées sur le bien-être des travailleurs dans le cadre de leur activité de travail.

### **3.2.3 Le pilotage d'un processus « projet professionnel »**

La démarche de Promotion de la Santé rassemble une diversité et une densité d'actions, d'acteurs et de suivis qui doivent induire des effets positifs sur les projets professionnels des travailleurs au regard des interactions santé/travail ayant pu être identifiées. Ce projet complexe et sa pérennisation appellent les moyens de corréler des facteurs de santé et des facteurs liés aux projets professionnels. Le pilotage de la démarche ne pourra donc se limiter aux indicateurs d'effectivité et d'efficacité des actions menées en matière de Promotion de la Santé ; il nécessite une perspective qui permette d'évaluer les impacts sur les projets professionnels.

#### **a) Définir collectivement le processus « projet professionnel »**

La lisibilité des actions menées est un combat auquel une Direction d'établissement ou de services doit s'atteler en permanence pour maintenir la cohésion de ses équipes et la cohérence de son action. Considérer l'ensemble des actions de Promotion de la Santé précédemment évoquées comme favorisant l'élaboration, la réalisation, le suivi ou l'enrichissement des projets professionnels revient à considérer l'ensemble des projets professionnels comme un processus sur lequel l'ESAT-ADASMS doit se concentrer au regard de sa mission.

Cette approche conceptuelle issue de la norme ISO 9000 version 2008 et qui ne fait pas aujourd'hui partie de la démarche qualité ADASMS, permet de se recentrer sur le cœur de l'accompagnement : l'aide et le soutien par le travail ; cette approche devra ainsi être partagée lors d'une réunion du groupe de pilotage « démarche qualité ». Le processus « projet professionnel » de l'ESAT-ADASMS pourra alors être défini avec la Conseillère Technique animatrice de ce groupe et le Moniteur Principal chargé du soutien et de l'insertion professionnelle.

#### **b) Evaluer les impacts du projet sur le processus**

Pour évaluer les effets produits par la démarche de Promotion de la Santé sur le processus projet professionnel, je considère que le document de consensus de Göteborg<sup>207</sup> qui structure l'Evaluation des Impacts sur la Santé est une base intéressante et pragmatique. L'évaluation des Impacts sur le Processus Projet Professionnel (EI3P) consistera à recenser et à noter suivant leur importance les critères d'influence en jeu dans les projets professionnels.

---

<sup>207</sup> Le consensus de Göteborg (1999) définit l'Evaluation des Impacts sur la Santé comme « une combinaison de processus, méthodes et outils qui permettent de juger d'un programme ou d'un projet quant à leurs effets potentiels sur la santé d'une population et à la distribution de ces effets à l'intérieur de la population ».



La démarche de Promotion de la Santé vise une action sur l'intérêt pour le travail, la capacité de travail, le bien-être au travail, les risques au travail, les comportements au travail, les accidents de travail, les compétences, les PIA, l'offre de formation, l'offre de stages, la préparation au départ de l'ESAT, les départs de l'ESAT.

#### c) Capitaliser l'expérience acquise

Le pilotage du processus passe par la création des conditions requises pour l'amélioration continue de la satisfaction des travailleurs. Le recueil et la traçabilité de l'ensemble des outils mis en place, des évaluations effectuées, des aléas rencontrés et de leur analyse feront l'objet en fin de projet de 2 rencontres « retour d'expérience » où chacun des protagonistes en interne et en externe pourra s'exprimer sur les satisfactions retirées, les difficultés rencontrées et les causes identifiées.

Les données de sortie serviront de modélisation possible soit à un futur projet mené par l'ADASMS, soit à un projet similaire mené par un autre établissement. Elles garantissent le caractère transférable du projet.

### **3.3 Les déploiements de la démarche de Promotion de la Santé**

En référence aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles « Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT », la démarche de Promotion de la Santé doit pouvoir faciliter les transitions tout au long du parcours de la personne en situation de handicap aussi bien entre structures médico-sociales qu'entre milieu protégé et milieu ordinaire. Cette action multisectorielle et transdisciplinaire permettra de favoriser des solutions de proximité et la vie sociale des personnes, sans les rendre dépendants d'une structure en particulier.

#### **3.3.1 Des réseaux d'action collective au service du déploiement thématique**

La 1<sup>ère</sup> thématique traitée au cours de la mise en œuvre du projet est celle des addictions, D'autres thématiques nécessitent d'être travaillées et toutes requièrent la combinaison des interventions des professionnels de l'ESAT et de celles des partenaires.

Constituer un réseau d'action collective à chacune de ces thématiques constitue le 5<sup>ème</sup> objectif opérationnel<sup>208</sup> du projet. Il s'agit d'ouvrir l'ESAT-ADASMS à des coopérations ciblées répondant aux besoins de la population et favorisant leur autonomie en se rapprochant de l'ensemble des acteurs du Pôle de compétences en Education pour la Santé : IREPS, ANPAA, Maison de la Nutrition, MSA, en faisant appel à d'autres intervenants extérieurs dans les domaines de la prévention. Pour la thématique ergonomie<sup>EE</sup>, il s'agira de mobiliser le volet « conseil et accompagnement »<sup>209</sup> de l'équipe pluridisciplinaire ASTHM en sollicitant l'intervention d'un Conseiller en Prévention

---

<sup>208</sup> Objectif opérationnel décrit en page 65

<sup>209</sup> Lié à l'adhésion de l'employeur à l'ASTHM

ergonome de formation (Habilitation IPRP «Intervenants en Prévention des Risques Professionnels» délivrée par la CRAM, l'OPPBTB et l'ARACT). Pour la thématique « Addictions », seront mobilisés le médecin addictologue du CHG de Saint-Dizier, l'A.N.P.A.A. Champagne-Ardenne (liens CSAPA, CAARUD), l'IREPS, l'INRS et le réseau ADDICA. Pour la thématique « Obésité », seront mobilisés la Maison de la Nutrition de Champagne-Ardenne, la diététicienne intervenant sur les foyers de l'ADASMS. Pour la thématique « Défaut et refus de Soins », la MDPH sera mobilisée autour des rapports établis par les intervenants médicaux et paramédicaux de ADASMS, un programme d'Education Thérapeutique du Patient pourra être suggéré. Pour la thématique « Handicap et Psychiatrie », seront mobilisés le GAP autour d'une convention psychiatrie, le CREAHI et d'autres ESAT autour de la thématique de bienveillance de population mixte (handicap intellectuel et psychique). Pour la thématique « Vieillesse », des liens seront établis avec des structures d'accueil temporaire et la CARSAT.

Ces partenariats opérationnels seront formalisés par des engagements écrits ou des conventions.

### **3.3.2 La transversalité au service du déploiement intra-associatif**

Les autres établissements et services de l'ADASMS seront associés aux présentations plénières de la démarche (ARS, AG ADASMS, CVS, Groupe de Pilotage Projets et Bilans, Groupe de pilotage Projet Professionnel Personnalisé, Groupe de pilotage Démarche Qualité).

Sous l'impulsion de la Direction Générale, une réunion cadres hebdomadaire qui réunit les Directeurs d'établissements et services et les chefs de service IME, Foyers et Services d'Accompagnement pourra être consacrée à cette inflexion donnée à l'accompagnement des populations accueillies à l'ESAT-ADASMS.

Ceci permettra de retravailler avec les éducateurs spécialisés l'accueil des jeunes de l'IME, l'accueil des jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, et l'accueil des personnes du foyer de vie.

Le Groupe de Pilotage inter-établissements Prévention Santé Vie Affective et Sexualité sera progressivement tourné vers un Groupe de Pilotage « Démarche Promotion Santé » à travers le partage d'expérience de l'ESAT-ADASMS dans son environnement de travail.

### **3.3.3 La transférabilité au service du déploiement externe**

La démarche de Promotion de la Santé parvenue à un stade de maturité jugé suffisant par la Direction Générale ADASMS, se fera connaître auprès des instances dans lesquelles l'ESAT-ADASMS est déjà représenté : Groupement des Associations Partenaires Val & Der, Comité d'Entente Régionale (CER), Association Nationale des Directeurs d'ESAT (ANDICAT) afin de susciter auprès des pairs l'intérêt, le partage et le cheminement de la réflexion.

Une des facettes du projet concernant la protection des milieux naturels (projet EDUCAFLORE) fera l'objet d'un dépôt de marque auprès de l'Institut National de la Propriété Intellectuelle (INPI) afin que d'autres ESAT puissent se lancer avec l'appui d'un cadre méthodologique contraignant mais facilitateur.

Enfin, je suis convaincue que notre démarche de Promotion de la Santé en milieu de travail protégé gagnerait à être labellisée dans la mesure où elle a un caractère innovant et reproductible, et que l'implication des travailleurs fait partie de l'ADN du projet. La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) et les conférences de territoire sont les lieux privilégiés d'échange de la démocratie sanitaire en régions. Les CRSA lancent depuis 2011 un label « Droits des usagers de la santé » qui « inscrit la promotion des droits des usagers dans la logique de parcours de vie et de santé [...] <sup>210</sup>». Je rechercherai une inscription de l'ESAT-ADASMS à l'obtention de ce label à plusieurs titres :

- en participant à ce type de challenge, les équipes sont mobilisées autrement autour du thème des droits des usagers. Il s'agit d'un outil au service de la dynamisation des professionnels,

- l'inscription et la labellisation participent d'un outil de communication externe qui va faire connaître le projet auprès d'instances régionales décisionnelles en matière de santé,

- le label étant attribué sur la base d'un cahier des charges national, l'inscription et le retour de la Commission spécialisée des droits des usagers de la CRSA CA nous permettra d'être évalué par un tiers sur les conditions créées pour l'exercice d'un des droits liés à la Charte des droits des personnes accueillies : le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne accueillie (CASF article L. 311-4, annexe de l'arrêté du 8 septembre 2003, article 4). Il s'agit alors d'une manière dynamique de revisiter les droits des personnes accueillies.

Une autre étape consisterait à inscrire l'ADASMS dans une nouvelle représentation externe en siégeant en commission spécialisée de la CRSA et en proposant la candidature d'un représentant travailleur ESAT à la CRUQPC.

---

<sup>210</sup> ARS et CRSA Champagne-Ardenne, « la démocratie sanitaire en Champagne-Ardenne », Avril 2013

## Conclusion

Prendre un poste de Direction d'un Etablissement et Service d'Aide par le Travail, c'est tout d'abord aller à la rencontre de la diversité. Les personnes accueillies sont à la fois homme/femme, citoyens, parfois parents, parfois patients, et acteurs économiques en milieu de travail protégé.

Cette pluralité des contextes m'engage à « rassembler toutes les pièces du puzzle ESAT » et à relier les professionnels, les actions et les acteurs du territoire afin de faire émerger les projets professionnels qui permettront l'épanouissement individuel et social de chaque travailleur.

« *Les logiques de construction ont [cependant] la fragilité des propositions complexes qui appellent un effort pour penser l'action en articulant les registres<sup>211</sup>* ». La démarche de Promotion de la Santé m'est apparue comme le fil d'Ariane permettant une construction solide, stabilisante et fédératrice, respectueuse des valeurs qui fondent l'association ADASMS.

La loi du 11 février 2005 revisitée par la Promotion de la Santé réaffirme ainsi l'égalité des droits et des chances *par l'acquisition de compétences en matière de santé, la participation par le fait d'être un acteur du progrès économique et social à part entière, la citoyenneté par un travail rémunéré, une protection sociale permettant de se soigner et un rôle de préservation des ressources dont celle de sa propre santé.*

Engager l'ESAT dans cette démarche de Promotion de la Santé m'apparaît comme source de pertinence et de cohérence. Pour conduire ce changement, il m'a semblé important de veiller au dépassement des représentations, au croisement des savoirs, à l'ajustement du nouveau à l'existant, au développement collectif des compétences, et à œuvrer à la centralité du projet professionnel des travailleurs d'ESAT.

« *Parce qu'aider une organisation à changer, c'est d'abord bien la connaître, ensuite lui proposer un futur souhaitable, ne jamais lui mentir sur elle-même comme sur son environnement et permettre à chaque membre d'assumer sa place<sup>212</sup>* » ; j'ose croire dans cette forme d'adaptation et d'amélioration de l'accompagnement des travailleurs où tout reste à construire certes, mais où rien n'aura pas été tenté.

---

<sup>211</sup> BOUQUET Brigitte, Ethique et travail social – une recherche du sens, Dunod, Paris, 2012, p212

<sup>212</sup> BOURRIAUD Jean-Pierre, Askoria, Module MGRH 2014, la gestion du changement, p59



---

# Bibliographie

---

Voici les thèmes visités à travers ce mémoire :

## Action sociale

- *Code de l'Action Sociale et des Familles*, Dalloz, 8<sup>ème</sup> édition, 2012
- BARREYRE Jean-Yves et BOUQUET Brigitte, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Bayard Travail social, Paris, 2005
- JAEGER Marcel, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, Paris, 3<sup>ème</sup> édition, 2012
- Lien social, *Travail social et psychiatrie – quelle coopération*, n°1133, 23 janvier 2014

## Développement et environnement

- ILLICH Ivan., *La convivialité*, Seuil, 1973
- Commission mondiale sur l'environnement et le développement de l'ONU, BRUNTLAND Gro Harlem, *Our Common Future*, 1987

## Droits

- ONU, *Déclaration Universelle des Droits de l'Homme*, 10 décembre 1948
- ONU, *Déclaration des droits des personnes handicapées Résolution 3447 adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies*, 9 décembre 1975
- Décret n°2009-565 du 20 mai 2009 sur la formation, la reconnaissance des savoir-faire et des compétences et la valorisation des acquis de l'expérience
- Décret n°2010-356 du 1er avril 2010 publiant la Convention internationale du 30 mars 2007 relative aux droits des personnes handicapées
- Décret n°2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation et modifiant le CASF et le code de la Sécurité Sociale
- [Site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Défenseur des Droits, *Usagers de la santé : votre santé, vos droits*, 2014

## Education pour la Santé

- INPES, La santé de l'homme, *Les ancrages théoriques de l'éducation pour la santé*, n°377, Mai-Juin 2005

- BRIXI Omar, GAGNAYRE Rémi, LAMOUR Patrick, *Eduquer pour la santé autrement-Propositions en appui aux pratiques alternatives à l'œuvre*, Editions Le Manuscrit, 2008
- CRES Languedoc-Roussillon, *Techniques d'animation en éducation pour la santé*, janvier 2009
- INPES, La santé de l'homme, *S'informer, se documenter en éducation et promotion de la santé*, n°410, Novembre-Décembre 2010
- Comité consultatif pour l'élaboration des programmes de formation en éducation pour la santé, *Référentiel de compétences en éducation pour la santé*, mars 2013

## **ESAT**

- Décret n°2006-703 du 16 juin 2006
- Circulaire DGAS/3B/2008/259 du 1er Août 2008 relative aux ESAT et aux personnes handicapées qui y sont accueillies
- DGCS, *rapport OPUS 3 d'Appui des services de l'Etat à la modernisation et au développement des ESAT dans leurs missions médico-sociale et économique*, novembre 2009
- Direction[s], 6 avril 2011
- ZRIBI Gérard, *L'avenir du travail protégé-Les ESAT dans le dispositif d'emploi des personnes handicapées*, Rennes, EHESP, 2012
- 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*, mai 2013
- Arrêtés du 22 avril 2013 fixant les tarifs plafond de référence et les dotations régionales limitatives
- Arrêtés du 30 avril 2014 fixant les tarifs plafond de référence et les dotations régionales limitatives

## **ESAT-ADASMS**

- Projet ADASMS 2008-2013
- ADASMS, Bilan 2013 Hygiène, Sécurité et Conditions de travail
- ADASMS, tableau de répartition du personnel, février 2014
- Projet d'Etablissement ESAT 2008-2013
- Réactualisation 2014 du Projet d'Etablissement ESAT
- Rapports d'activité 2012 et 2013
- Comptes administratifs ESAT 2013
- Bilans ESAT du 19 juillet 2013 du 24 janvier 2014 et du 25 juillet 2014,
- EGU Béatrice, Document de rentrée ESAT, 6 septembre 2013
- EGU Béatrice, Planning des accueils en stage à l'ESAT-ADASMS

- FAILLAT Christelle, Bilans annuels des formations des travailleurs ESAT-ADASMS, 2009 à 2014
- Convention ADASMS-Association de Santé au Travail de la Haute-Marne
- Convention 2013-2015 ADASMS-Muséum National d'Histoire Naturelle
- Convention ADASMS-Etablissement Public Territorial de Bassin Grands Lacs de Seine du 22 novembre 2013
- GAP Groupe Soins, Etudes santé 2008 à 2012
- Dialogue de gestion ARS-ADASMS de Septembre 2013
- GAP Groupe des Directeurs, Fiches-action CPOM
- Evaluation interne ESAT
- ADQ Conseil, Pré-rapport d'évaluation externe ESAT « Les Ateliers de l'Héronne », juin 2014
- Contribution à l'étude CREAHI « *Enquête avancée en âge dans les ESSMS* », mai 2014
- RICHIER José, Mémoire CAFDES, *Engager l'ESAT dans un processus d'apprenance, avec le milieu ordinaire, pour développer des démarches conjointes de professionnalisation*, 2012

#### **Ethique**

- BOUQUET Brigitte, *Ethique et travail social – une recherche du sens*, Dunod, Paris, 2012

#### **Lois**

- Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- [Site www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail

#### **Management**

- ANTUNES Christine, KORDA Christophe, KORDA Philippe, *De la stratégie à l'action – Comment mettre les équipes en mouvement*, Paris, Dunod, 2<sup>ème</sup> édition, 2011
- RANCHON Henry, *Construire votre management d'équipe*, ESF, Paris, 3<sup>ème</sup> édition, 2012

#### **Métiers**

- Décret n°2007-577 du 19 avril 2007 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale



- LEFEVRE Patrick, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 3<sup>ème</sup> édition, 2011
- Sous la Direction de BATIFOULIER Francis, « *Manuel de direction en action sociale et médico-sociale* », Paris, 2011
- BRAGANTI Thierry, MATHIEU-FRITZ Alexandre, *Educateur Technique Spécialisé*, Editions ASH, Collection ASH Etudiants, 2011

### **Participation**

- ANESM, Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles, *La participation des usagers dans les établissements relevant de l'addictologie*, Avril 2010
- Lien Social et Politiques, *Services Publics à la carte ? Le choix comme valeur sociale*, 2011

### **Politiques Publiques**

- ARS Champagne-Ardenne, Projet Régional de Santé 2012-2016
- ARS Champagne-Ardenne, Schéma Régional d'Organisation Médico-sociale (SROMS)
- ARS Champagne-Ardenne, Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2016 – Volet ambulatoire
- ARS Champagne-Ardenne, Schéma Régional de Prévention (SRP) 2012-2016 – Volet prévention et Promotion de la Santé et Focus Santé Environnement
- TOURAINE Marisol, *Stratégie Nationale de Santé*, 23 septembre 2013
- [Site www.social-sante.gouv.fr](http://www.social-sante.gouv.fr)
- ARS Champagne-Ardenne, Rapport d'Orientation budgétaire 2014
- GADREAU Maryse, BATIFOULIER Philippe, BUTTARD Anne, DOMIN Jean-Paul, *Santé et Politiques Sociales : entre efficacité et justice*, Paris, Editions Eska, 2011
- TABUTEAU Didier, *Démocratie Sanitaire – Les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Septembre 2013
- ARS Champagne-Ardenne, Direction de la Santé publique, *Cahier des charges Appel à projets 2014 « Prévention et promotion de la santé »*, mai 2014

### **Population**

- OMS, Bureau régional de l'Europe, définition de la déficience intellectuelle
- [Site www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)
- UNAFAM, CNSA, UNCCAS, UNA, *L'accueil et l'accompagnement de personnes en situation de troubles psychiques*, Février 2008, p10
- [Site www.unafam.org](http://www.unafam.org)
- B. AÏT-ALI, G. LESIEUR, *Guide pratique pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques*, Octarès Editions, 2008

- PEDERIVA Pierre, Mémoire CAFERUIS, *Accompagner l'arrivée de troubles psychiques dans l'unité d'enseignement d'un IME*, Février 2011
- CREAL-ORS Languedoc-Roussillon, Dr AZEMA Bernard, Dr SATGE Daniel, *Les cancers chez les enfants et adultes porteurs d'une déficience intellectuelle*, n°248, mai 2013
- GUILLAUME Séverine, *Rapport d'activité 2013 du SDAIP axe 2*, 21 janvier 2014
- CROIX-ROUGE Française, *Stratégie 2015*
- Sous la Direction d'Alain BLANC, *Les travailleurs handicapés vieillissants*, PUG Collection Handicap Vieillesse Société, Octobre 2008
- Sous la Direction de Gérard ZRIBI, *Le vieillissement des personnes handicapées*, Presses de l'EHESP, Rennes, 2012

### **Prévention**

- INRS, *Politique de maîtrise des risques professionnels – valeurs essentielles et bonnes pratiques de prévention*, 2003
- INRS, *Document de référence PRAP*, v4, janvier 2013
- SYNEAS, *Elaborer une démarche de prévention des risques professionnels*, cahier n°35, septembre-octobre 2013
- PIGNAULT Jacques, MAGNE Jean, *Gestion des risques et culture de sécurité – le facteur humain au bénéfice de l'organisation*, Dunod, 2014

### **Promotion de la Santé**

- OMS, *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé*, 21 novembre 1986
- INPES, *Comment améliorer la qualité de nos actions en promotion de la santé*, Septembre 2009

### **Psychomotricité et image du corps**

- ANDRE P., BENAVIDES T., *Psychomotricien, psychomotricité : un métier, une pratique*, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, n°1, 1993
- COSTE Jean-Claude, *La psychomotricité*, PUF, 1994 (5<sup>ème</sup> Edition)
- PIREYRE Eric, *Clinique de l'image du corps*, Dunod, 2011

### **Réseau**

- LE BOTERF Guy, *Travailler en réseau et en partenariat – Comment en faire une compétence collective*, Eyrolles, 3<sup>ème</sup> édition revue et argumentée, Paris, 2013
- INPES, *Education pour la Santé*, n°359 *Santé mentale – Des partenariats et des actions à promouvoir*, Mai-Juin 2002

### **Santé**

- OMS, *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé*, New York, 19-22 juin 1946

- ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*, Juillet 2013
- [Site www.who.int](http://www.who.int) (OMS)
- OMS, *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM-10)
- DREES, *Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale*, avril 2011
- MAJNONI D'INTIGNANO Béatrice, *Santé et Economie en Europe*, PUF, Paris, Septembre 2013, 7<sup>ème</sup> édition

### **Santé et Travail**

- CFES, *La santé de l'homme, Travail : la santé impossible ?*, n°355, Septembre-Octobre 2001
- Décret n°2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail
- FERNANDEZ Gabriel, *Soigner le travail – Itinéraires d'un médecin du travail*, Erès, Toulouse, 2009
- Plan Régional Santé au Travail Champagne-Ardenne (PRST2) 2010-2014
- Sous la direction de CLOT Yves, LHUILIER Dominique, *Travail et Santé – Ouvertures cliniques*, Erès, Toulouse, 2011
- SYNEAS Cahiers, *dossier spécial Santé au Travail*, n°35, septembre-octobre 2013
- Code du Travail
- PEROSCH, *Lieux de travail durables – Priorités pour la recherche européenne en santé et sécurité au travail à l'horizon 2020*, Paris, 2013

### **Santé Publique**

- Ecole de Santé Publique, Faculté de Médecine Nancy-Université, module santé publique, *Education et Promotion pour la santé*, année universitaire 2011-2012
- E. LAFARGE, H. DEBIEVE, Z. NICOLLET, *Aide-mémoire Santé Publique*, Dunod, Paris, 2013

---

## Liste des annexes

---

- Annexe n°1 : Organigramme de l'ESAT-ADASMS  
Annexe n°2 : Inscription de l'ESAT-ADASMS sur les territoires  
Annexe n°3 : Projet « EDUCAFLORE »  
Annexe n°4 : Populations accueillies à l'ESAT-ADASMS  
et flux sur le territoire

### Panorama des projets professionnels des travailleurs de l'ESAT-ADASMS

- Annexe n°5 Typologies des projets professionnels  
exprimés par les travailleurs

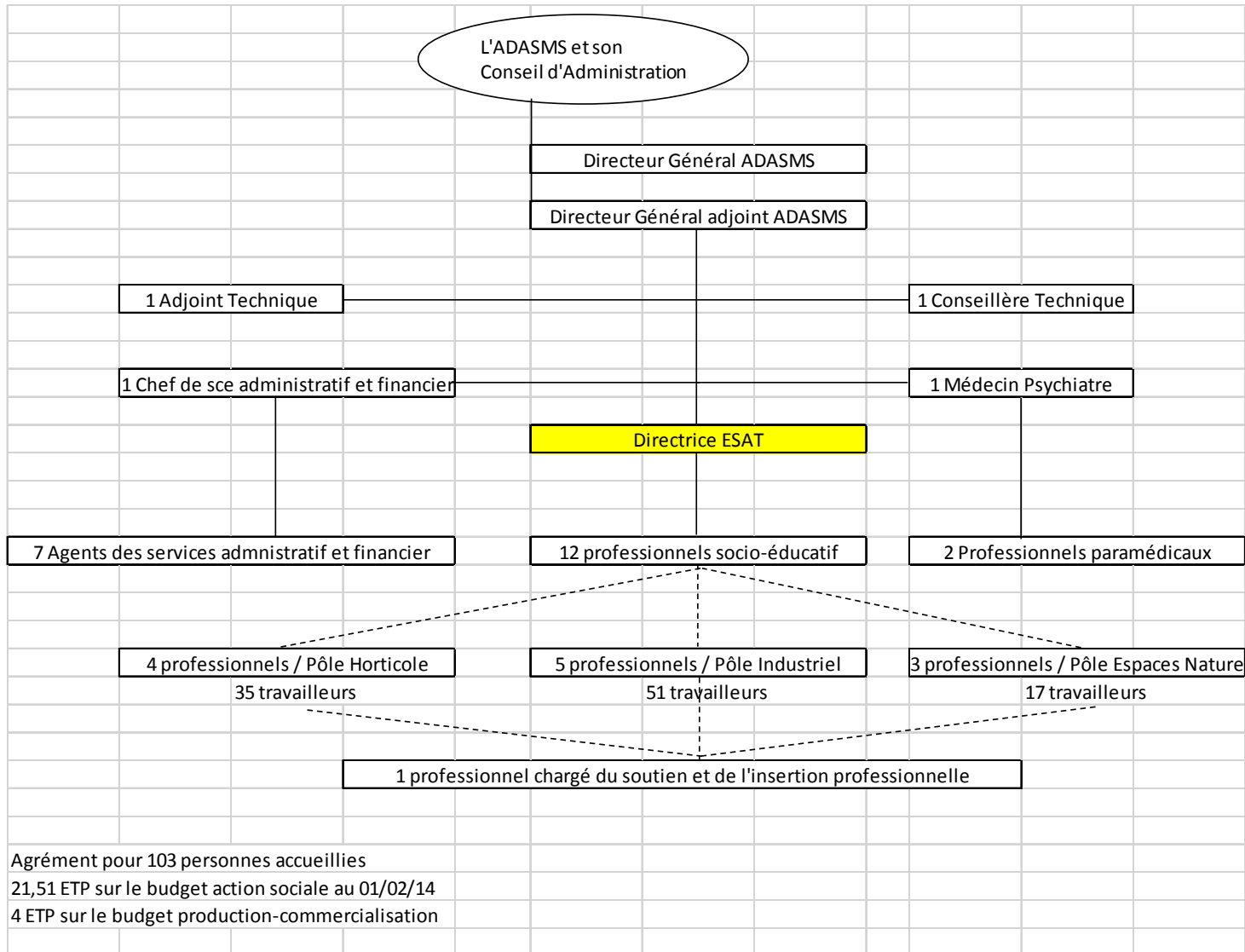
### Panorama santé des travailleurs de l'ESAT-ADASMS

- Annexe n°6 Cumul des affections et facteurs de risque santé  
Annexe n°7 Etude de prévalence des affections et facteurs de risque  
Annexe n°8 Cartographie des facteurs de risque

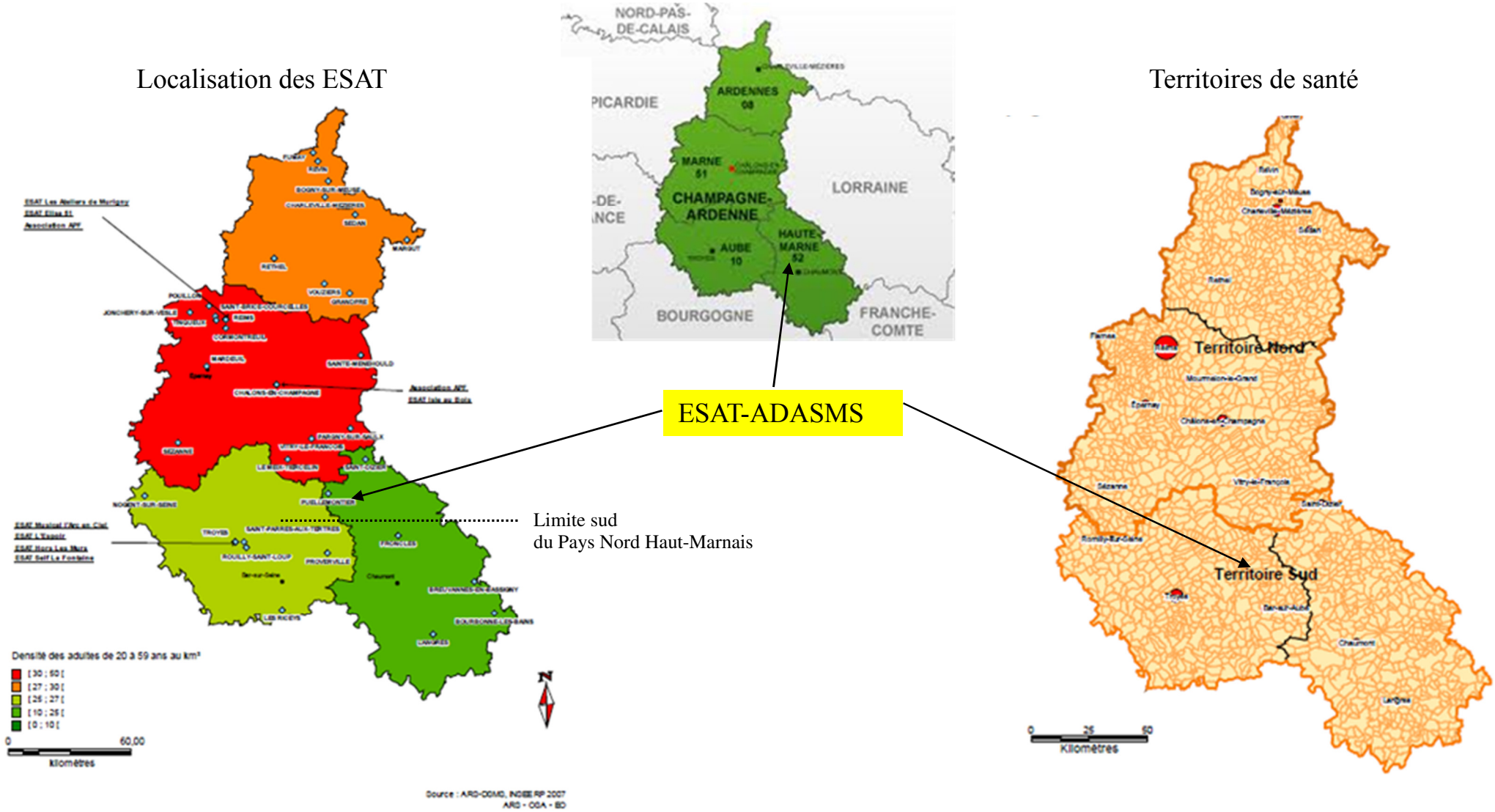
### Corrélation santé/projet professionnel à l'ESAT-ADASMS

- Annexe n°9 Corrélation entre cumul des affections santé et part des  
projets professionnels affectés  
Annexe n°10 Part de projets professionnels affectés en lien avec une  
problématique de santé  
Annexe n°11 Thématiques santé en lien direct avec les projets  
professionnels affectés  
Annexe n°12 Méthodologie utilisée pour l'analyse des données santé et  
projet professionnel  
Annexe n°13 Texte fondateur de la Promotion de la Santé  
et congruence ADASMS  
Annexe n°14 Lien avec Recommandations ANESM  
Annexes n°15 Convergence avec objectifs des schémas SROMS, SROS,  
SRP, et des plans PRST, PRSE  
Annexe n°16 Implication dans la Stratégie Nationale de Santé  
Annexe n°17 Apports opérationnels de la démarche de Promotion de la  
Santé dans l'accompagnement des projets professionnels  
Annexe n°18 Programme d'engagement de l'ESAT-ADASMS dans la  
démarche de Promotion de la Santé

## Annexe 1 : Organigramme de l'ESAT-ADASMS



## Annexe n°2 : Inscription de l'ESAT-ADASMS sur les territoires



## Annexe n°3 : Projet EDUCAFLORE

Le Pays du Der  
Communauté de Communes du Pays du Der  
1 Rue des Ponts  
B.P. 1  
52220 MONTIER EN DER CEDEX  
Tél : 03.25.55.98.28  
Fax : 03.25.04.92.21  
Mail : [ccpays-du-der@wanadoo.fr](mailto:ccpays-du-der@wanadoo.fr)  
Site : [paysduder.fr](http://paysduder.fr)

Educaflora  
Espèces végétales indigènes



### « *Conservation et utilisation durable d'espèces végétales indigènes* pour développer des filières locales »

#### Contexte :

La préservation de la biodiversité est un engagement du Grenelle de l'environnement et s'inscrit dans les politiques publiques de développement intégré conduites par l'Etat en lien avec les collectivités locales. Soucieux d'engager leur territoire dans une démarche d'aménagement durable de l'espace, de nombreux acteurs haut-marnais (l'ADASMS - Association Dervoise d'Action Sociale et Médico-sociale, la Sous-Préfecture de Saint-Dizier, la CCPD - Communauté de Commune du Pays du Der, le Groupe d'Action Locale Rives de Marne en Champagne, la Ville de Saint-Dizier...) se sont rassemblés pour porter l'initiative *EDUCAFLORE* visant à mettre en valeur les espèces sauvages et à les intégrer au sein d'une filière horticole. Dans ce contexte, Le Conservatoire Botanique National du Bassin Parisien a été sollicité comme expert partenaire majeur de ce projet de valorisation du patrimoine naturel.

Lauréat de l'appel à projets de la stratégie nationale de la biodiversité lancé par le Ministère de l'environnement et du développement durable, l'ADASMS porte ce projet avec l'appui de la CCPD.

#### L'organisation du fonctionnement et de l'investissement :

Le démarrage du projet *EDUCAFLORE* repose sur la subvention octroyée par Ministère de l'environnement et du développement durable dans le cadre de l'appel à projet de la stratégie nationale de la biodiversité (70 000€) et la capacité d'autofinancement de l'ADASMS.

En revanche, son développement impose d'autres sources de financement. C'est à ce titre que l'ADASMS et la CCPD ont décidé de conjuguer leurs dynamismes pour une cause commune. Ainsi l'ADASMS assurant la mise en œuvre du projet dans le cadre des charges de fonctionnement et la CCPD portant les investissements, elles sollicitent conjointement des demandes de financements auprès de l'Union Européenne (Fonds Feader, du Conseil Régional, du Conseil Général de la Haute-Marne et du GIP).

#### Les réalisations :

Le projet *EDUCAFLORE* a vocation à atteindre les objectifs opérationnels suivants :

- la préservation et la mise en culture d'espèces végétales indigènes à travers la création et la diffusion de mélanges végétaux composés d'espèces indigènes locales afin par exemple de revégétaliser les espaces dégradés, à maintenir l'équilibre de nos écosystèmes et à valoriser notre patrimoine naturel s'étendant de la Champagne-Ardenne en phase 1, au Bassin d'agrément du CBNBP en phase 2,
- la culture d'espèces végétales indigènes locales en vue de la création de filières horticoles, la première étant implantée à Puellémontier sur le site de l'ADASMS. Ce qui permettra la mise en multiplication de ces espèces tout en développant une logique de commercialisation s'adressant par diffusion en réseau aux structures de travail protégé,
- La sensibilisation au patrimoine végétal, à travers la création d'un Jardin de Conservation

(jardins de la Sous-Préfecture à Saint-Dizier) et d'un jardin pédagogique (site de l'ADASMS à Puellémontier). De même, par la diffusion de mélanges de plantes indigènes, le projet EDUCAFLORE vise à sensibiliser à la richesse de nos territoires, à diffuser des valeurs propres au développement durable et de l'écocitoyenneté tout en englobant une dimension éthique associative et propre au secteur du travail adapté.

Ainsi, tel que préconisé dans le cadre de la stratégie nationale du Développement Durable, **EDUCAFLORE** concourt pleinement à une société de la connaissance.

**Les résultats :**

Les résultats du projet escomptés devront s'inscrire dans les 3 axes suivants :






- la mise sous protection de certaines espèces locales indigènes en voie de raréfaction voire de disparition en aménageant un espace nécessaire à leur survie,
- la mise en place de cultures d'espèces locales indigènes et la mise en vente des productions de semences dans une logique d'élaboration de produits naturels certifiés, l'ouverture vers de nouveaux marchés en lien avec la biodiversité, l'ingénierie écologique, la mise en valeur d'un savoir-faire de l'activité horticole de l'ADASMS et des travailleurs handicapés de son ESAT,
- l'ouverture au public d'un jardin de conservation et d'un jardin pédagogique permettant de s'informer et d'être sensibilisé au respect, à la protection et à la conservation des espèces, la mise à disposition d'une information en matière environnementale sur la préservation et la conservation des espèces locales indigènes, la transmission d'un savoir-faire et de valeurs liées à l'écocitoyenneté, l'action sociale, le travail ...

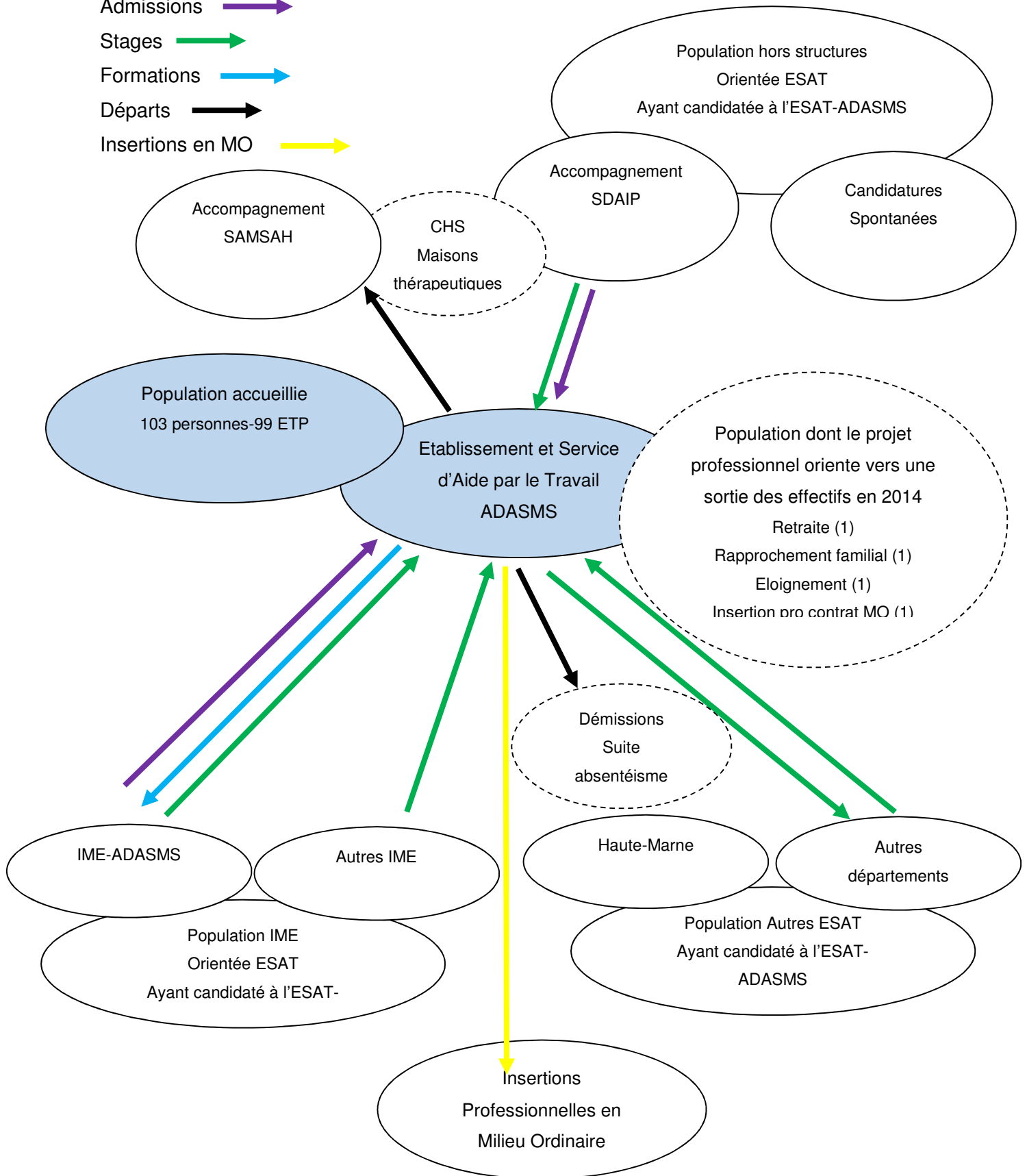
***La visée finale de ce projet est de servir à la fois des objectifs environnementaux mais aussi humains et financiers en améliorant la qualité de vie de tous.***



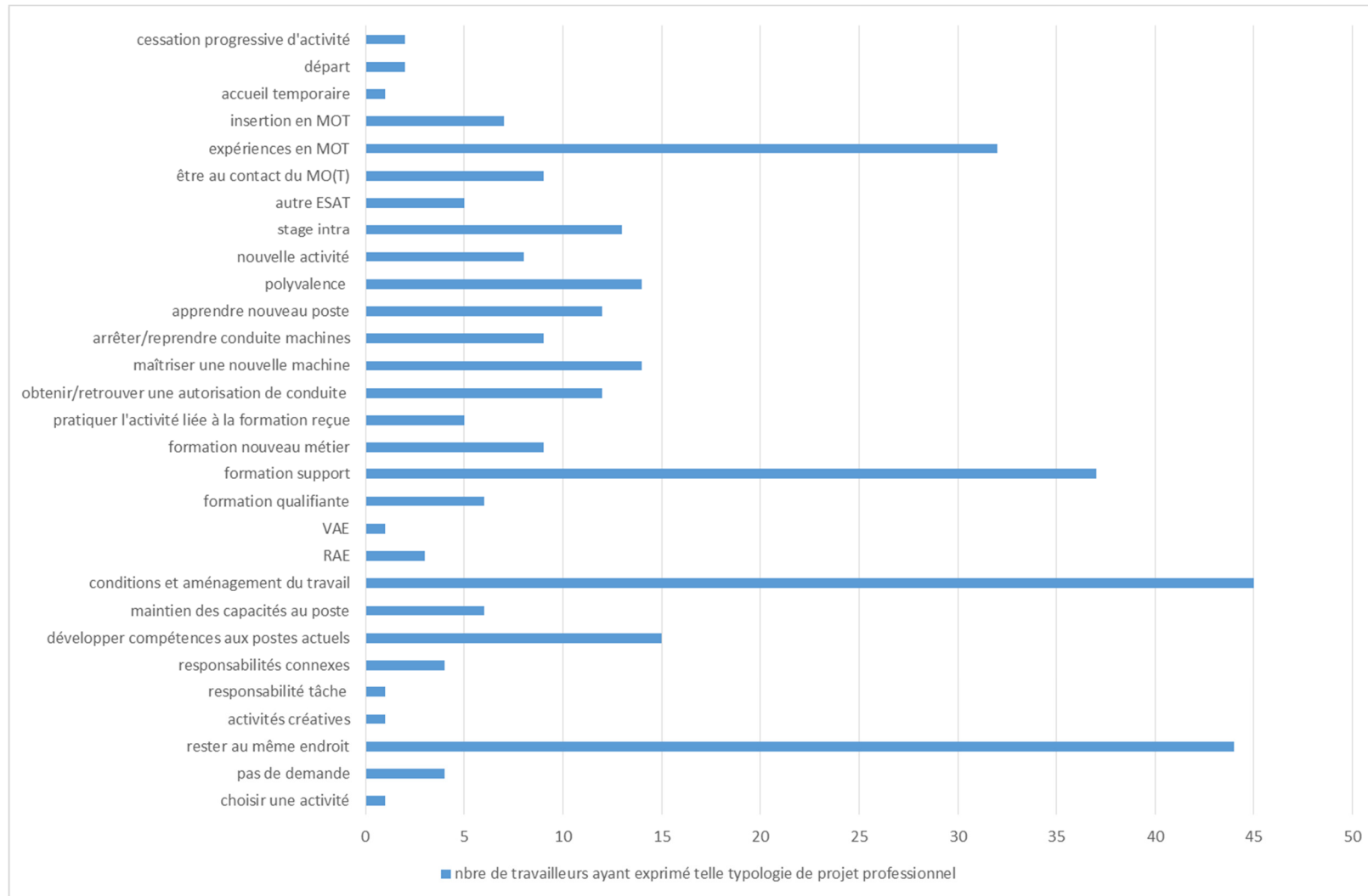


## Annexe 4 : Populations accueillies à l'ESAT-ADASMS et flux sur le territoire (2014)

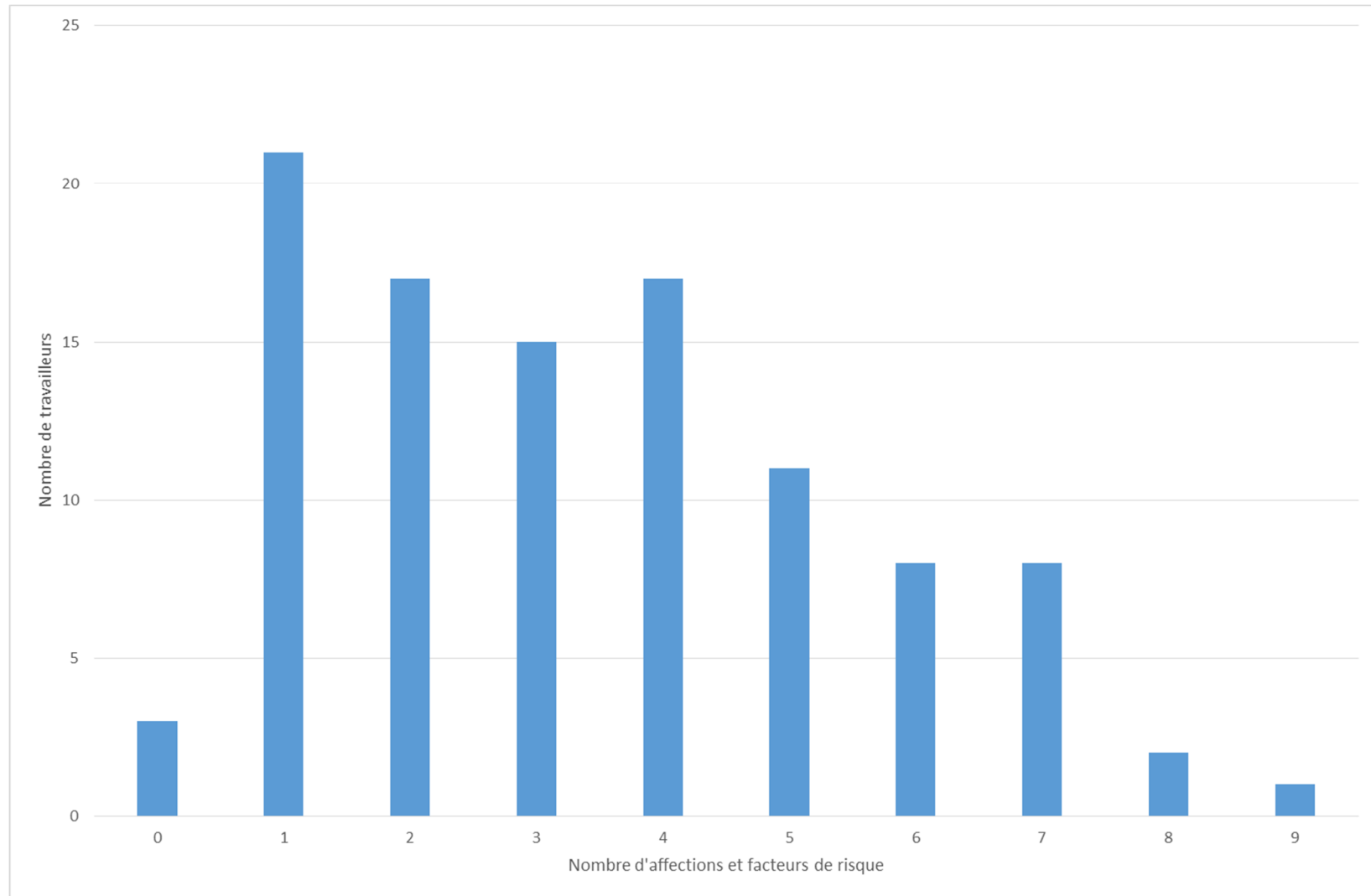
- Admissions 
- Stages 
- Formations 
- Départs 
- Insertions en MO 



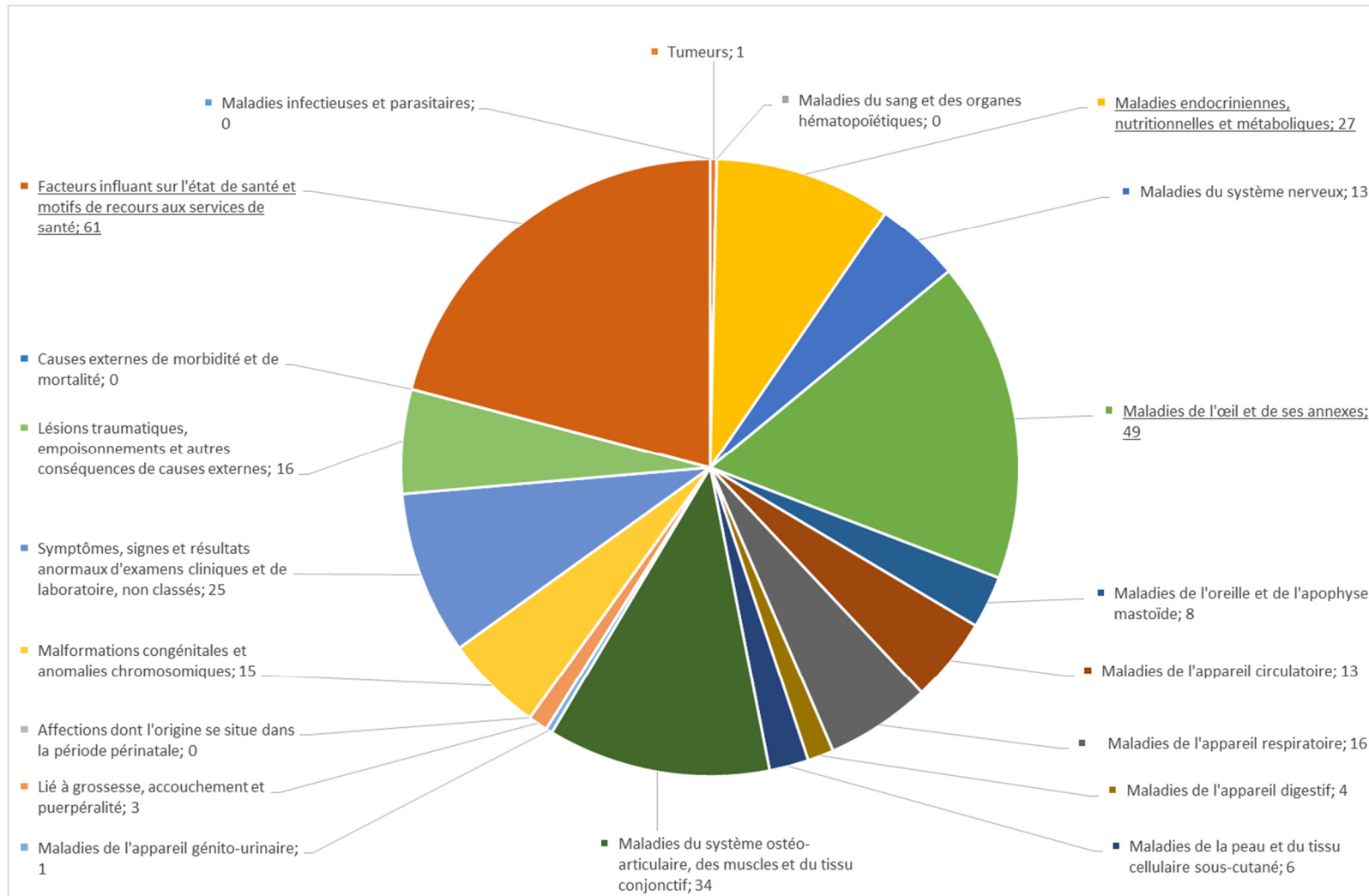
## Annexe n°5 Typologies des projets professionnels exprimés par les travailleurs



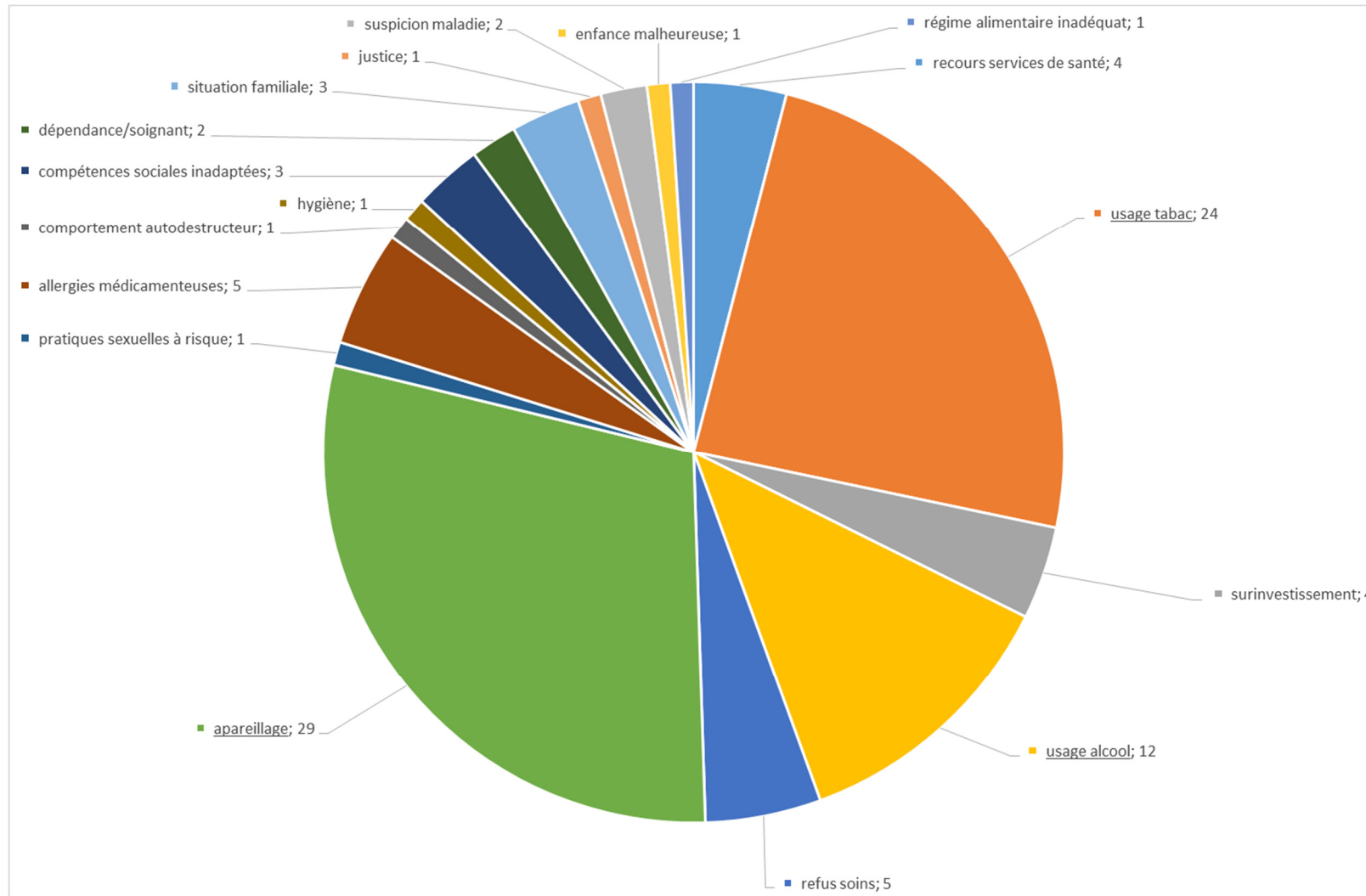
## Annexe n°6 : Cumul des affections et facteurs de risque santé



## Annexe n°7 : Etude de prévalence des affections et facteurs de risque

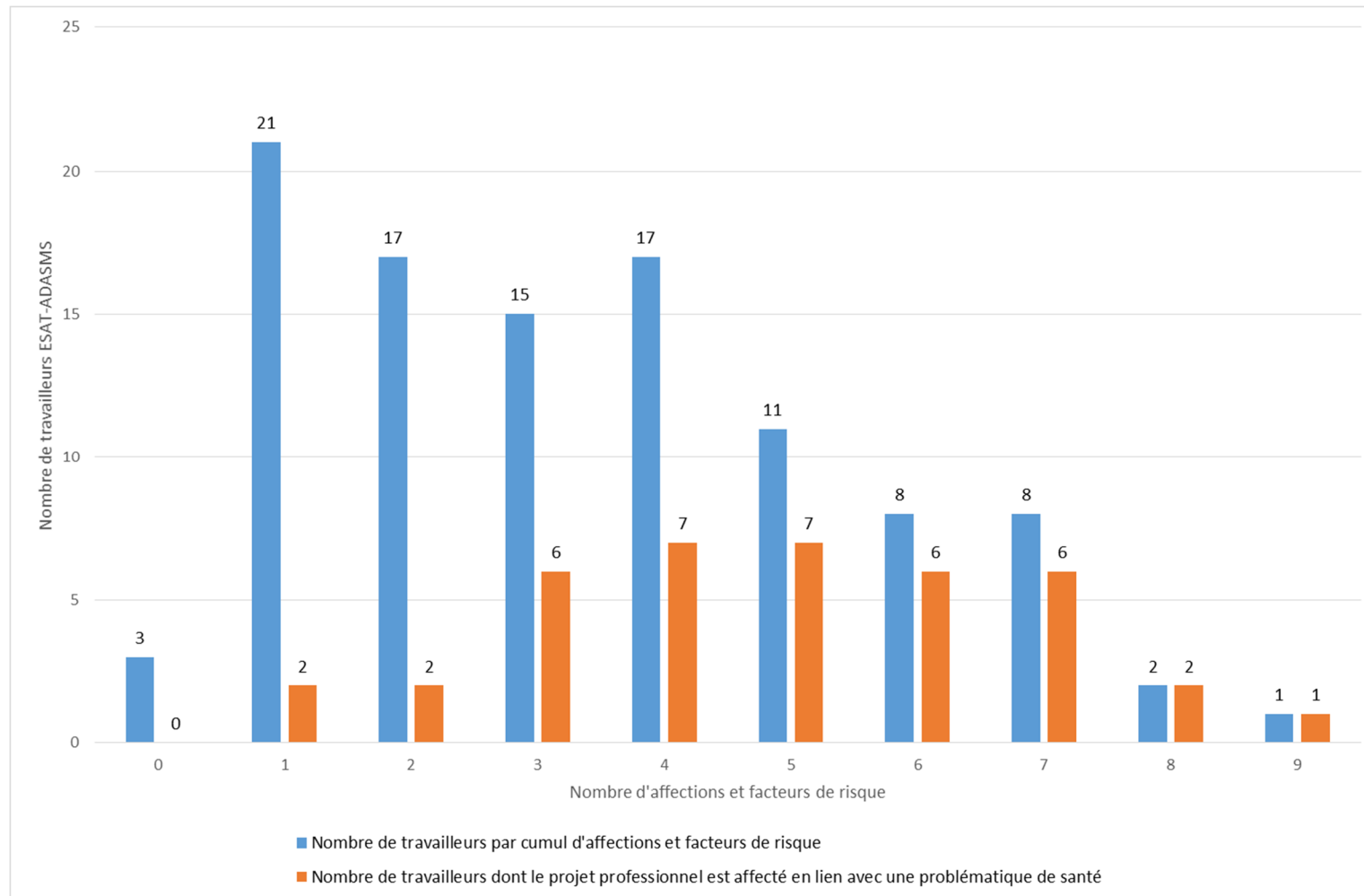


## Annexe n°8 : Cartographie des facteurs de risque



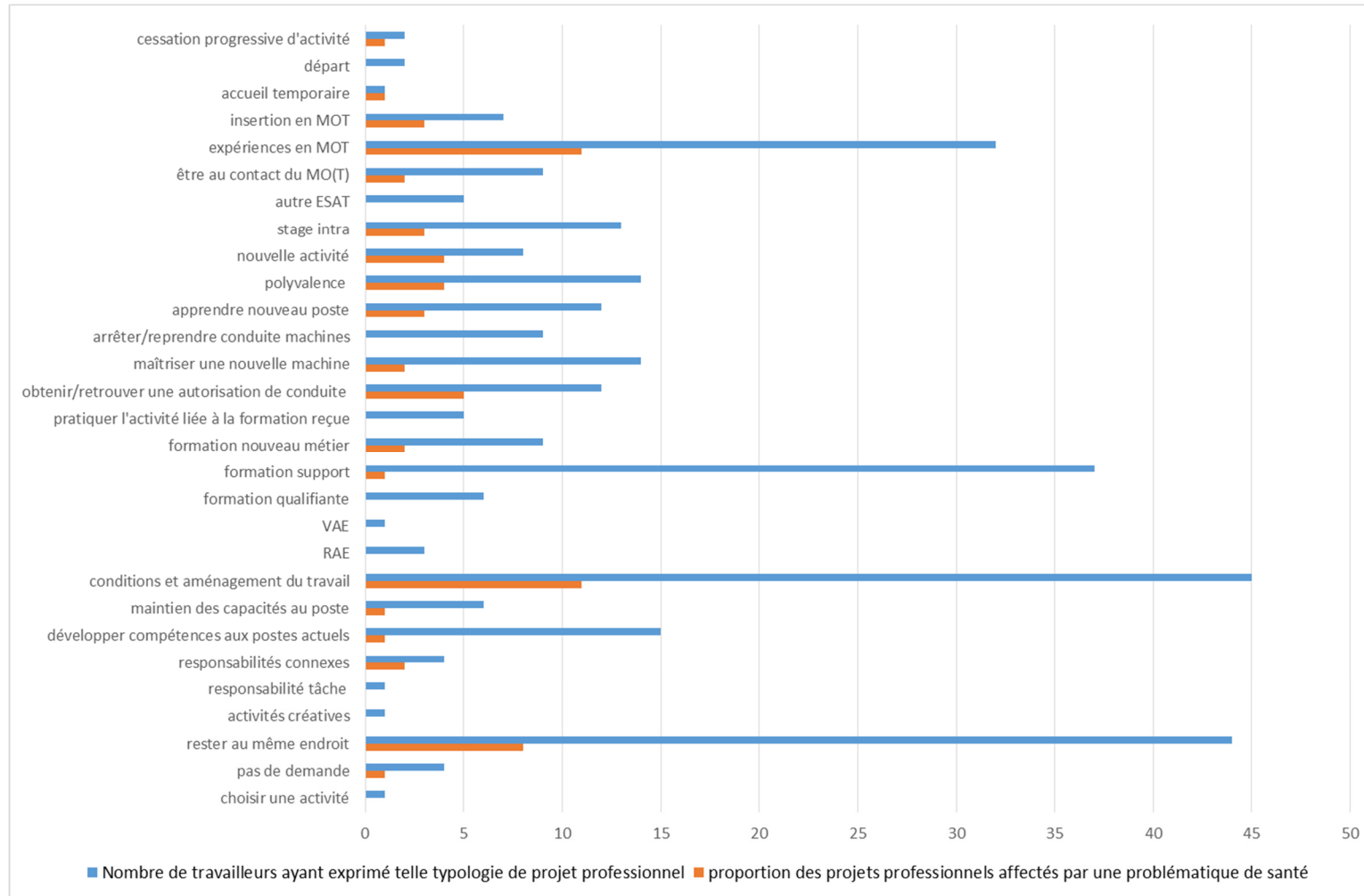
## Annexe n°9 :

### Corrélation cumul des affections santé et part des projets professionnels affectés



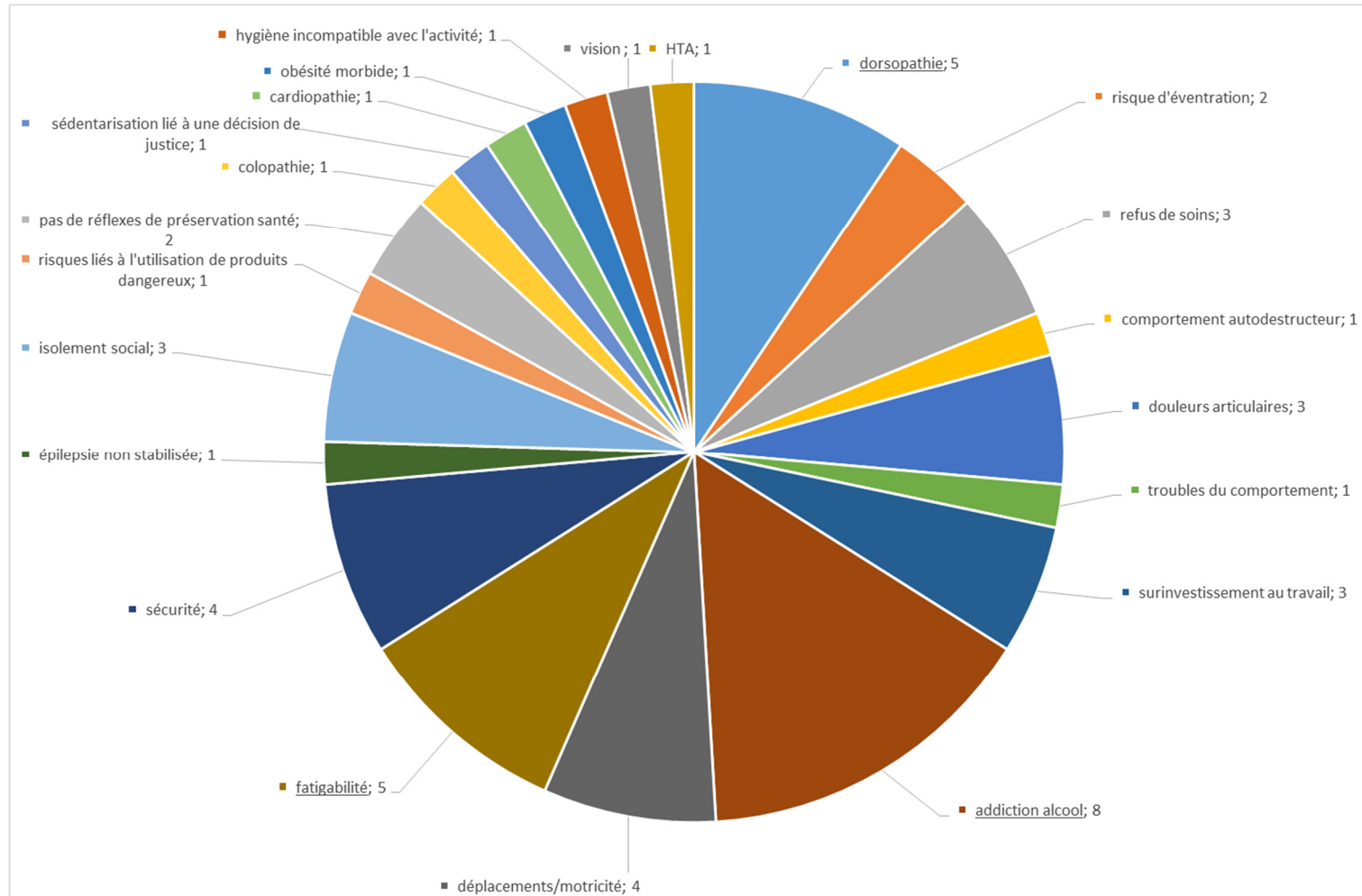
## Annexe n°10 :

### Part de projets professionnels affectés en lien avec une problématique de santé



## Annexe n°11 :

### Thématiques santé en lien direct avec les projets professionnels affectés





## **Annexe n°12 :**

### **Méthodologies utilisées pour l'analyse des données projet professionnel et santé**

#### PANORAMA DES PROJETS PROFESSIONNELS POPULATION ESAT-ADASMS

Les éléments d'analyse présentés au chapitre 1.2.1 émanent d'une étude menée début 2014 sur la population de l'ESAT-ADASMS présente au 31/12/13.

Cette étude a pour objectif de mieux caractériser les projets professionnels de la population accueillie en établissant une typologie des demandes exprimées lors de l'élaboration et de l'actualisation des PIA.

Etapas de l'étude :

1-Lecture du chapitre « demande des travailleurs » du projet individualisé d'accompagnement figurant au dossier technique de chaque usager

2-Complément de la base de données permettant d'organiser les données recueillies

3-Mise en évidence des demandes qui sont affectées ou qui risquent de l'être par une problématique de santé (risques santé, risques sécurité, pas d'offre d'accompagnement)

« Problématique de santé » : à différencier de l'état de santé intrinsèque du travailleur, ce terme élargit la notion à l'environnement du travailleur c'est-à-dire aux aspects organisationnels qui concourent au fait que l'état de santé devienne un handicap.

Zone d'incertitude liée à la qualité de renseignement des projets individualisés d'accompagnement issus des retours de synthèse et des suivis de projet : demandes induites par questionnement et objectifs repérés des moniteurs d'atelier.

#### PANORAMA SANTE POPULATION ESAT-ADASMS

Les éléments d'analyse présentés au chapitre 1.3 émanent d'une étude menée début 2014 sur la population de l'ESAT-ADASMS présente au 31/12/13.

Cette étude a pour objectif de mieux identifier les caractéristiques de santé de la population accueillie sur la base de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM-10).

Pour une meilleure lisibilité de la situation de santé non recensée jusqu'à présent, le choix a été fait d'extraire les éléments liés à la déficience intellectuelle et aux troubles du psychisme soit le chapitre 5 « troubles mentaux et troubles du comportement » (F00-F99).

Etapas de l'étude :

1-Lecture des rapports médicaux figurant au dossier technique de chaque usager

2-Création d'une base de données permettant d'organiser les données recueillies

3-Rapprochement des données de la classification CIM-10

Zone d'incertitude liée à la qualité de renseignement des rapports médicaux issus des préparations de synthèse.

## Annexe n°13 : Texte fondateur de la Promotion de la Santé et congruence ADASMS



### Texte fondateur de la promotion de la santé et congruence ADASMS



#### Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986 :

Santé pour tous, action intersectorielle, bien-être complet de l'individu, dimension de la **qualité de vie**, **équité** en matière de santé, **des choix** judicieux en matière de santé, une médiation entre les intérêts divergents qui se manifestent dans la société à l'égard de la santé, le secteur de la santé ne peut à lui seul assurer le cadre préalable et futur le plus propice à la santé, identifier les obstacles à l'adoption de politiques pour la santé dans les secteurs non sanitaires, **approche socio-écologique** à l'égard de la santé, la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine, **des conditions de travail** sûres, **stimulantes, gratifiantes et agréables**, **la protection des milieux naturels** doit être pris en compte dans toute stratégie de promotion de la santé, accès total et permanent à l'information, **acquisition de connaissances**, aide financière, **développement individuel et social**, **éducation** pour la santé, se préparer à affronter les traumatismes et les maladies chroniques, un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé, **l'individu considéré dans son intégralité**, une santé engendrée et vécue là où l'individu travaille, vision globale, **écologie**.

## Annexes n°14 : Lien avec la recommandation de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

### « Accompagnement à la santé de la personne handicapée »

Une absence de globalité d'approche de la santé avec une polarisation fréquente de la structure sur le handicap et une moindre attention à l'état général de santé. La conception des soins est bien souvent restreinte, au sein des établissements et services médico-sociaux, aux soins directement liés au handicap, en particulier s'agissant des adultes (*« la conception des projets de soins ou d'accompagnement souvent ne prend pas en compte toutes les formes de soins de base, ni même la prévention des accidents et des maladies intercurrentes, le dépistage et les soins palliatifs<sup>6</sup> »*);

Des démarches d'éducation à la santé et de prévention développées en milieu ordinaire, qui restent le plus souvent inaccessibles aux personnes handicapées ;

Des ruptures du projet de soins fréquentes lors du passage à l'âge adulte ;

La nécessité de prendre davantage en compte l'apparition de problématiques et pathologies nouvelles lors du vieillissement des personnes accompagnées ;

La Commission d'audition encourage les établissements et services médico-sociaux, qu'ils soient prestataires de soins ou simples facilitateurs d'accès aux soins, à formaliser et mettre en pratique une démarche globale de soins, tant au niveau collectif dans le cadre du projet d'établissement qu'individuel<sup>8</sup>, ainsi qu'à identifier dans les situations complexes un coordonnateur parmi les intervenants médicaux, paramédicaux ou sociaux.

L'assurance et la continuité des soins constituent pour les personnes en situation de handicap une condition sine qua non de la garantie de pouvoir mener à bien leur projet de vie, comme l'ambitionne le cadre législatif rénové. La carence en prestations de soins, que ceux-ci soient liés ou non au handicap tout comme la difficulté de pérenniser certaines interventions retentissent, en effet, sur la qualité de vie et hypothèquent l'accès à une vie sociale.

*l'amélioration de la qualité des prises en charge et dans l'accompagnement des familles et des aidants* ». En revanche, le rapport indique que les orientations prises dans les schémas sont extrêmement succinctes concernant l'organisation à mettre en œuvre pour assurer une continuité des parcours de ces personnes alors que les périodes de transition (passage du secteur enfant vers le secteur adulte ou du secteur sanitaire vers le médico-social et réciproquement) sont des *« périodes de fragilisation supplémentaire pour des personnes déjà vulnérables dont les faibles moyens de communication non verbale les amènent à formuler leur refus sur le plan somatique avec parfois une mise en jeu de leur état de santé, voire un risque vital »*.

Par ailleurs, le choix est fait de **dépasser la question de l'accès aux soins courants, c'est-à-dire non directement liés au handicap stricto sensu<sup>14</sup>**, périmètre retenu dans le cadre de l'audition publique, pour élargir les contours de la recommandation à l'amélioration de la prise en compte des **besoins en matière de santé globale** des personnes en situation de handicap. Un certain nombre d'arguments plaident en faveur de cet élargissement : une distinction des soins liés ou non au handicap parfois totalement artificielle et illusoire au quotidien ; la nécessité d'assurer, dans le cadre d'un accompagnement global de la personne, la cohérence du parcours de santé et sa continuité ; l'effet levier de la prévention et de l'éducation à la santé et l'évolution des publics accueillis en établissement.

## Annexes n°15 : Convergence avec les objectifs des schémas régionaux SROMS, SROS, SRP, et des plans PRST, PRSE

### SROMS et interfaces SROS, SRP 2.10 - Objectif opérationnel n° 10

#### Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Le principe de la non discrimination et d'égal accès à l'emploi et à la formation professionnelle pour les personnes handicapées a été réaffirmé par la loi du 11 février 2005. Par conséquent, l'accès aux dispositifs de droit commun est le principe.

Les établissements accueillant des adolescents et adultes handicapés seront encouragés à poursuivre la mise en œuvre de s actions de soutien et d'accompagnement (ex. FEXCA , SDAIP, permanence du Jard) favorisant l'insertion en milieu ordinaire de travail.

Ces actions devront être coordonnées avec d'autres partenaires et acteurs institutionnels (Education nationale, DIRECCTE<sup>85</sup>, CAP EMPLOI, Organismes de Formation, AGEFIPH<sup>86</sup>, Organismes sociaux professionnels, etc..) dans le cadre de la définition d'un véritable parcours d'insertion professionnelle.

#### Action n°2 : Améliorer l'accès aux soins somatiques primaires et spécialisés (mesure 14 du plan)

##### Action transversale SROMS-SROS <sup>88</sup>

Des difficultés ont été évoquées lors des auditions. Ces difficultés peuvent être relatives :

- aux troubles spécifiques et à leurs conséquences ;
- à un manque de connaissance du handicap par les professionnels de santé ;
- à la nécessaire adaptation de la prise en charge aux spécificités des personnes handicapées (par ex. certains soins couramment réalisés par un dentiste peuvent nécessiter davantage de séances et de temps dans le cas où ils sont dispensés à une personne autiste).

#### Action 2 : Promouvoir l'accès à la prévention, aux dispositifs de dépistage de droit commun et à l'éducation à la santé

Cette action s'inscrit en priorité dans les dispositifs de droit commun. Certains thèmes peuvent être retenus en matière de prévention et d'éducation à la santé tels que la prévention de la perte d'autonomie, la prévention des addictions, l'hygiène bucco-dentaire, l'éducation à la sexualité.

#### ④ cf SRP - volet Prévention et Promotion de la Santé (SRP-PPS)

##### Chapitre 3 : Axe 2 : La promotion de la santé et l'éducation pour la santé

Objectif opérationnel 2.1 : Promouvoir le développement d'action d'PS/EPS efficaces et de qualité en soutenant la professionnalisation et les bonnes pratiques des acteurs (professionnels et non professionnels) et la valorisation des actions à forte valeur ajoutée

## Annexes n°15 : Convergence avec les objectifs des schémas régionaux SROMS, SROS, SRP, et des plans PRST, PRSE SROS

Outil de planification opérationnel, le SROS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations. Il organise la coordination entre les différents services de santé : établissements de santé, communautés hospitalières de territoire, établissements et services médico-sociaux, centres de santé, structures et professionnels de santé libéraux. (Art L1434-7 du CSP). Il tient compte de la loi de finance et de la loi de financement de la sécurité sociale.

### 3. Développer la coordination, l'articulation, les réseaux

- Recenser les ressources territoriales, les dynamiques existantes et repérer les articulations indispensables.
- Garantir une coordination des acteurs de proximité des champs sanitaire, médico-social et social, pour garantir la continuité des parcours et la satisfaction des besoins.
- Promouvoir le travail en réseau, notamment par l'utilisation des outils collaboratifs et des moyens de communication dématérialisés.
- Renforcer le dispositif de soins dans le parcours du patient en fonction de l'évolution de ses besoins et leurs spécificités.
- Faciliter la communication et le dialogue entre les professionnels de santé et les différentes institutions, notamment avec l'Assurance Maladie.

La région Champagne Ardenne doit faire face au défi majeur qu'est celui de la démographie des professionnels de santé. C'est une région vaste, faiblement peuplée, à dominante rurale et avec une population vieillissante. Sur le plan de la démographie des professionnels de santé, et notamment de l'offre de soins de premier recours, la situation est de plus en plus fragilisée avec un déficit en professionnels de santé qui s'accroît.

### 3. Prises en charge « spécifiques »

Le SROS III prévoyait qu'une attention particulière soit portée à la prise en charge de certaines populations parmi lesquelles :

- les enfants et adolescents ;
- les personnes âgées ;
- les personnes souffrant de conduites addictives.

#### *3.3. Prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives*

Les données épidémiologiques font apparaître une prévalence et une incidence des pathologies liées à la consommation de tabac, d'alcool et d'autres substances supérieures à la moyenne nationale.

La filière de soins hospitalière en addictologie reste à conforter, notamment par l'identification de lits dédiés aux sevrages.

## **Annexes n°15 : Convergence avec les objectifs des schémas régionaux SROMS, SROS, SRP, et des plans PRST, PRSE SRP, PRST et PRSE**

### ***2.1 - Le plan régional santé travail (PRST)***

Les questions de santé au travail font l'objet de plans spécifiques : le Plan Santé Travail (PST) décliné en PRST.

Le second PST pour la période 2010-2014 vise deux objectifs majeurs : diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et développer une politique de prévention active.

Ces objectifs ont été déclinés en Champagne-Ardenne dans le plan second plan régional santé travail (PRST 2) pour la période 2010-2014. Le PRST 2 programme 16 s'articule autour de 3 axes :

- Améliorer la connaissance en santé au travail.
- Poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels.
- Encourager les démarches de prévention des risques dans les entreprises, notamment les Petites et Moyennes Entreprises (PME) et Très Petites Entreprises (TPE).

Sa mise en œuvre passe par la réalisation effective d'actions visant à prévenir les risques professionnels, réduire les accidents et maladies professionnels, et à plus long terme, à prévenir l'usure au travail et la dégradation de la santé.

La réduction des expositions professionnelles aux substances CMR constitue un des axes prioritaires du PST2, tout comme du PNSE 2. Une cohérence entre les actions du PRSE 2 et du PRST 2 sur ce thème a donc été recherchée durant l'élaboration des plans.

### ***2.3 - Ecophyto 2018***

La réduction des expositions de la population aux pesticides constitue à la fois un axe de progrès essentiel en santé environnementale et une priorité régionale.

Les principales actions sur les pesticides sont contenues dans le plan Ecophyto 2018. Ce plan piloté au niveau régional par la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (DRAAF) vise à réduire de 50 % l'usage des pesticides, si possible en 10 ans. Il comprend également le retrait du marché des préparations contenant les 53 substances actives les plus préoccupantes, dont 30 avant la fin de l'année 2008. En complément, les actions du PRSE 2 sur les produits phytosanitaires sont destinées à améliorer la prise en compte de l'impact sur la santé de ces produits.

## Annexe n°16 : Implication dans la Stratégie Nationale de Santé

### 2. Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours

Offrir une solution de proximité pour tous les Français, permettant de répondre aux trois enjeux des soins courants, des maladies graves avec gestes techniques et des maladies chroniques et handicaps.

L'essentiel est de mieux prendre en charge en ville pour éviter les complications et hospitalisations inutiles. L'organisation des soins doit être **simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant**, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de **parcours** dans lesquels la personne est un **acteur** de sa santé et de sa prise en charge intégrant les logiques d'éducation thérapeutique, de dépistage, de promotion de la santé, de modification des modes de vie. La stratégie nationale de santé doit porter et accompagner ces profonds changements au travers d'un projet global encourageant le parcours de la personne (patient, personne âgée, personne handicapée), la **coopération entre professionnels**, la **coordination ville-hôpital** et la **démocratie sanitaire** dans le cadre des territoires. La première des priorités est d'organiser les **soins de proximité** dans le cadre d'un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Le soutien à la constitution d'**équipes pluri-professionnelles**, organisées **autour du médecin traitant** et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, est un axe prioritaire. Le **pacte territoire santé** destiné à lutter contre les déserts médicaux sera enrichi à partir des expériences et des besoins, de nouveaux dispositifs pour répondre à l'attente des Français.

#### Repenser le pilotage national

Une plus grande unité d'action entre **État et assurance maladie** sera recherchée, de même qu'une meilleure articulation entre administrations centrales, opérateurs nationaux et régionaux de santé.

Un **comité interministériel pour la santé** réunira, sous la présidence du Premier ministre, la ministre des affaires sociales et de la santé en assurant la vice-présidence, en association étroite avec la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, les ministres en charge des politiques sectorielles ayant un impact sur la santé. Il assurera la coordination de l'action du Gouvernement avec une attention particulière à la **santé-environnement**, à la protection maternelle et infantile, à la **santé scolaire** et à la **santé au travail**, ainsi qu'à une bonne articulation avec la stratégie nationale de recherche et les enjeux de la formation.

## Annexe n°17 : Apports opérationnels de la démarche de Promotion de la Santé dans l'accompagnement des projets professionnels

	Intitulé des prestations	Objectifs
EXISTANT	Evaluation des capacités dans le cadre du projet professionnel	Evaluer l'écart entre les capacités de la personne et le projet professionnel formulé par le travailleur
	Appui à l'élaboration ou à la validation du projet professionnel	Permettre à la personne de se projeter dans un projet professionnel tenant compte de ses capacités
		Définir ou valider le projet professionnel du travailleur
	Appui à la réalisation de la démarche de projet professionnel	Dynamiser la personne dans le cadre de la réalisation de son projet professionnel
	Appui à la continuité du projet professionnel	Evaluer l'écart entre les capacités de la personne et le projet professionnel en cours de réalisation
		Permettre à la personne de se projeter dans un projet professionnel plus proche de sa situation psychosociale, de ses difficultés et des capacités à se mobiliser
		Favoriser l'adaptation de la personne dans le cadre de son environnement professionnel
APPORTS DE LA DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE	Evaluation des capacités dans le cadre du projet professionnel	Apporter des pistes concernant la stratégie à mettre en œuvre dans le cadre du projet professionnel
	Appui à l'élaboration ou à la validation du projet professionnel	Proposer des actions de soutien et d'accompagnement en regard du projet professionnel
	Appui à la réalisation de la démarche de projet professionnel	Faciliter la réalisation des étapes préalables au projet professionnel
	Appui aux éléments connexes du projet professionnel	
	aspects financiers	
	aspects de mobilité	
	aspects santé	Proposer des actions de soutien et d'accompagnement santé en regard du projet professionnel
	aspects familiaux	
	Appui à la continuité du projet professionnel	Apporter des pistes concernant la stratégie à mettre en œuvre afin de permettre la poursuite du projet professionnel initial
		Accompagner l'évolution du projet professionnel
		Favoriser l'adaptation de l'environnement professionnel à la situation du travailleur
	Activités de soutien aux projets professionnels	
	Inspiré de IGAS, rapport n°RM2011-133P "La prise en charge du handicap psychique"	



## LES ACTIONS DE SOUTIEN ET D'ACCOMPAGNEMENT SANTE AUX PROJETS PROFESSIONNELS DES TRAVAILLEURS ESAT-ADASMS

	Intitulé des prestations	Objectifs	Méthodologie	Prestataire interne	Prestataire externe
EXISTANT	Suivis thérapeutiques				
	Entretiens psychiatriques	Suivi et traitement		Psychiatre associatif	
	Entretiens psychologiques		en dehors de horaires de travail ESAT	Psychologue associative	
	Entretiens psychologiques		durant les horaires de travail ESAT	Psychologue ESAT	
	Musicothérapie		demande du travailleur, accord du médecin psychiatre	Educateur Spécialisé IME	
	Suivi paramédical		accompagnement prise de rendez-vous et rendez-vous	Infirmière SAVS/SAMSAH	acteurs santé médicaux et paramédicaux, diététicienne
	Activité de soutien PSVAS	prévention santé vie affective et sexualité	inspirée des outils du CODES 52	Infirmière et MA	
	Activités physiques et sportives	maintien de la condition physique et ouverture aux relations sociales	Caractère obligatoire	Educateur Sportif	ASCP, Fédération Sport adapté
Formations (gestes et postures, ergonomie au poste de travail)	Apprendre les gestes et postures pour protéger sa santé			organisme de formation	
Formations sécurité (extincteurs, défibrillateurs)	Réflexes en matière d'intervention de sécurité		Educatrice formatrice Sécurité Civile		
APPORTS DE LA DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE	Formation-action	Prévention des risques liés aux activités physiques des travailleurs et des moniteurs : rôle d'acteur	PRAP	Educateur Sportif habilité formateur PRAP	INRS
	Suivi paramédical		accentuation sur situations prioritaires et travailleurs non accompagnés par le foyer d'hébergement ou le SAVS/SAMSAH	Infirmière Foyer d'hébergement, SAVS/SAMSAH associatif	
	Programme CAP Santé	Proposer un accompagnement construit	basée sur ateliers santé thématiques		IREPS et réseaux
	Ateliers santé	thématique addictions	recommandations HAS éducation pour la santé		réseau ADICCA
		thématique tabac	recommandations HAS éducation pour la santé		retour d'expérience autre ESAT
		thématique surpoids et obésité	recommandations HAS éducation pour la santé		Maison de la Nutrition
		thématique douleur	recommandations HAS éducation pour la santé		
		autres thématiques	éducation pour la santé		autres partenaires
	Disponibilité des informations et des droits en matière de santé	Accessibilité des documents existants	traduction FALC par les travailleurs diffusion et consultation affichages	activités de soutien	INRS et IRPES
	Activités de soutien au projet professionnel				
	Activité de soutien "bien-être au travail"	compétences psychosociales	techniques d'animation en éducation pour la santé	Infirmière et MA	IREPS
			communication non violente (CNV)	MAP chargé du soutien et de l'insertion professionnelle	organisme de formation
	Activités physiques et sportives		Caractère volontaire	Educateur Sportif	ASCP, Fédération Sport adapté et clubs milieu ordinaire
	Section Sport Santé	Proposer une activité aux personnes atteintes ou en risques de pathologies chroniques ou cardiaques, personnes vieillissantes		Educateur Sportif	
	Activité informatique	liaison avec accessibilité aux documents		SAVS associatif	
	Activité de sensibilisation aux règles de circulation routière	liaison avec problématiques de santé	rappels du Code de la Route	MAP chargé du soutien et de l'insertion professionnelle	Auto-Ecole BUISSON
	Activités de maintien des acquis scolaires	liaison avec accessibilité aux documents		MAP chargé du soutien et de l'insertion professionnelle	Institutrice en retraite bénévole
	Activités de production concourantes à la protection de la santé et de la sécurité au travail des travailleurs		Management de la santé et de la sécurité au travail auprès des salariés		INRS
	Activités de production concourantes à la protection de l'environnement		Arrêt et la substitution des produits CMR et phytopharmaceutiques en général		INRS Collectivités
	Activités de production concourantes à la protection des milieux naturels		Projet Educaflora		Conservatoire Botanique National du Bassin Parisien
	Actions envers les professionnels de santé	Accompagner les professionnels de santé dans la prise en charge du handicap	Conférence-débat	Psychologue associative Infirmière	IREPS Champagne-Ardenne
	Bienveillance liée aux problématiques des personnes en situation de troubles psychiques	Former les professionnels	formation-action	restitution par les MA	organisme de formation
			formation collective par pôle		organisme de formation
	Favoriser l'expression des difficultés dans les pratiques professionnelles et la recherche de pistes d'action	groupe de concertation inter associatif	GAP Val et Der	CREAHI CA	
Cessation progressive d'activité	Répondre aux interrogations des travailleurs	A construire	SAVS, SAMSAH, Foyer de vie	CARSAT	
	Inspiré de IGAS, rapport n°RM2011-133P				
	actions systémiques / dont la visée intègre des bénéfices pour les travailleurs à travers des actions dirigées vers les salariés et vers les professionnels de santé				



**Annexe n°18 : Programme d'engagement de l'ESAT-ADASMS dans la démarche de Promotion de la Santé**

		2014	2015	2016	2017
Adhésion et convergence associative au projet	DG	Présentation du projet à la DG			
		Contractualisation			
		Programmation du projet			
		Conception et validation du plan de communication			
		Formation IRPES Promotion de la Santé			
		Formation INRS Prévention des Risques	Formation INRS Prévention des Risques		
	Acteurs du diagnostic pop	Restitution phase diagnostic	Panorama santé/projet pro année 2014	Panorama santé/projet pro année 2015	Panorama santé/projet pro année 2016
			Rédaction de synthèses projet suivant partie prenante		
	Travailleurs ESAT-ADASMS	Restitution phase diagnostic et ajustements	Présentation du projet en CVS		Participation au questionnaire d'évaluation interne
	Equipe ESAT	Synthèses visuelles sur les actions portées par l'ESAT	Affichage des résultats intermédiaires du projet		
		Rédaction des fiches de poste manquantes	Actualisation des fiches de poste	Actualisation des fiches de poste	
		Présentation "Santé, Sécurité : qui fait quoi ?"(base INRS)	Fiche de préparation visites santé au travail : "voici mon poste de travail..."		
		Sous-groupe ESAT du GP Projets-Bilans pour réactualisation du Projet d'Etablissement	Sous-groupe ESAT du GP Projets-Bilans pour réactualisation du Projet d'Etablissement		
			Synthèse FALC du Projet d'Etablissement		
			Discours général		
			COPIL projet PS avec outils anticipation des risques/gestion des	COPIL projet PS avec outils gestion des problèmes	COPIL projet PS avec outils gestion des
			Culture du prendre soin de son environnement		
		Analyse RBPP "Adaptation ESAT" en réunion thématique	Analyse RBPP "Accompagnement à la santé" en réunion thématique		
	Démarche Qualité	Présentation du projet à la Conseillère technique en charge de l'animation du GP DQ	Elaboration des indicateurs	Modification de la grille CRP utilisée par l'évaluation externe pour intégrer la dimension PS	
				Elaboration d'un guide des comportements problèmes en	
		Proposition de plan d'action faisant suite au rapport d'évaluation externe			
	Autres Etablissements et Services	Elaboration de réponses aux points améliorables communs issus des rapports d'évaluation externe	Participation aux bilans 2014 et invitation au bilan ESAT 2014		
			Présentation du projet en Réunion Cadres		
	GT paramédical		Présentation du projet		
			Sous-groupe "confidentialité et partage d'informations"		
	GP PSVAS		Présentation du projet	Inflexion GP Promotion de la Santé	
	Activités de soutien	Implication de l'activité informatique dans la préparation de supports ESAT et l'investissement des lieux de détente	Implication de l'activité informatique pour investir les espaces affichage ateliers dont serre de vente + dépliants		
			nouvelles bases de maillage des activités	inflexion de soutien aux projets professionnels	
			livret de présentation des activités de soutien	livret de présentation des activités de soutien	
			Section sport-santé en APS	Activités physiques et sportives volontaires	
	Services généraux	Centrage du dialogue sur la qualité de vie des travailleurs	Groupes de résolution de problèmes		
	GT Infonet	Charte graphique	identifiant graphique de la démarche		
			modernisation du site ADASMS / onglet ESAT		
			création du site Educaflora		
	CHSCT	Positionnement en santé et sécurité suivant grille INRS	Présentation du projet		
	GP PPI	Reprise du groupe de pilotage avec inflexion recentrage projet professionnel et environnement facilitateur/obstacle	Construction des leviers manquants agissant sur les facteurs obstacles	Introduction du processus "Projet Professionnel"	
	GP MEC		Actualisation du référentiel		
			Officialisation des trames de rapports : médical, soutien, social		
	GAP	Panorama projets professionnels/santé ESAT BA	Conventionnement psychiatrie		

avec les travailleurs  
formation  
communication



Annexe n°18 : Programme d'engagement de l'ESAT-ADASMS dans la démarche de Promotion de la Santé (suite)

		2014	2015	2016	2017
<b>ARS et projet</b>	CPOM	Fiche-action projet pour ARS			
		Rencontre ARS dans le cadre du CPOM2			
	Evaluation Externe		Introduction du projet dans le plan d'action faisant suite au rapport d'évaluation externe		
	AAP		Réponse à l'appel à projet "Prévention et Promotion de la Santé" avec équipe et Pôle de Compétences ES		
	CRSA			Inscription label "droits des usagers"	Candidature d'un travailleur comme représentant à la CRUQPC
<b>Objectifs opérationnels du projet</b>	Prévention des risques	Formation d'un formateur PRAP à l'INRS			
			Programme PRAP pour 10 groupes de 5 travailleurs/5 moniteurs	Programme PRAP pour 10 groupes de 5 travailleurs/6	
	Compétences psychosociales	Atelier "Addictions à travers les compétences psychosociales" pour animateurs activités de soutien "PSVAS" avec restitution équipe	Atelier "Compétences psychosociales" pour 5 moniteurs	Atelier "Compétences psychosociales" pour 5 moniteurs	Elaboration du questionnaire travail/santé suivant Abaque de Régnier
			3 séances de l'activité de soutien "bien-être au travail" consacrées aux compétences psychosociales		
	Education pour la Santé		Formation "Education pour la Santé" des professionnels de l'ESAT suivant référentiel de compétences	Elaboration du programme "CAP Santé"	Mise en œuvre du programme "CAP Santé"
	Stratégie PC	Rencontre GT "Activité Commerciale" avec stratégie environnementale	3 visites externes "activités alternatives"		
			Note d'info ESAT officielle et courrier clients pour :	Note d'info ESAT officielle et courrier clients pour :	Note d'info ESAT officielle et courrier clients pour :
		Etat des lieux de l'utilisation de produits phyto Etude des alternatives et de leur fiabilité	Arrêt des traitements phyto chez les particuliers	Arrêt des traitements phyto auprès des collectivités locales	Arrêt des traitements phyto auprès des sociétés privées
			Visite d'autres ESAT dans la démarche bio		
			Rencontre GT "Développement Durable" avec stratégie		
	Réseau	Rencontres acteurs santé	Rencontres acteurs santé		
			Conférence-débat		
<b>Démarche Evaluative projet</b>	Pilotage du projet	Mise en place du tableau de bord des obj opérationnels	Constitution des 9 réseaux d'action collective Suivi certificats PRAP	Partenariats formalisés suivi certificats PRAP	
			Retours COPILs	retours COPILs	retours COPILs
		Evaluation via Cahier des Charges DQ en PS			
		Suivi du plan de formation	Suivi du plan de formation		
	Résultats escomptés	comparatif panorama santé/projet professionnel	Comparatif panorama santé/projet professionnel	comparatif panorama santé/projet professionnel	EIS,EI3P
				évaluation du contenu des PIA et suivis de projet	évaluation du contenu des PIA et suivis de projet
		Suivi TF, TG	Suivi TF, TG	Suivi TF, TG	Suivi TF, TG
<b>Projet Educaflora</b>		Constructions et installations	Cahier des charges marque Educaflora	Ventes de semences	Elaboration référentiel de compétences avec CFPPA en vue de formations qualifiantes
		Participation au Festival international de Montier en Der	Ouverture au public jardin pédagogique et conservatoire	Aménagement d'espaces avec semences végétales locales	
		Formations récoltes in-situ, laboratoire	Visites expériences Nungesser et Rieger Hoffman		
		article Chambre Régionale de l'Economie Sociale et Solidaire	Journées de récolte ouvertes au public		
<b>Pilotage ESAT</b>		Préparation d'un observatoire stratégique ESAT			Evaluation interne n°2

avec les travailleurs  
formation  
communication

<b>EGU</b>	<b>Béatrice</b>	<b>Septembre 2014</b>
<b>Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : ASKORIA Rennes</b>		
<b>ENGAGER L'ESAT DANS UNE DEMARCHE DE PROMOTION DE LA SANTE POUR SOUTENIR LES PROJETS PROFESSIONNELS DES TRAVAILLEURS</b>		
<b><i>Résumé :</i></b>  A l'heure où la Stratégie Nationale de Santé conduit l'action interministérielle, je m'interroge sur la place qu'occupe cette dimension environnementale de la santé dans le milieu médico-social du travail protégé et en particulier, dans les projets individualisés d'accompagnement des travailleurs handicapés. L'analyse des situations individuelles rencontrées, leurs impacts perçus sur les projets professionnels mettent en lumière des enjeux humains mais aussi des enjeux managériaux et organisationnels tels que le dépassement du clivage travail/santé. S'en suit une démarche globale facilitatrice de Promotion de la Santé susceptible de garantir aux travailleurs une plus grande maîtrise de leur projet professionnel grâce à un maillage de l'accompagnement des problématiques de santé et, réciproquement, de donner l'inflexion nécessaire en management de la santé et de la sécurité au travail auprès des professionnels.		
<b><i>Mots clés :</i></b> TRAVAILLEURS, PROJET PROFESSIONNEL, ENVIRONNEMENT, SANTE, PROMOTION DE LA SANTE, ACTEUR, COMPETENCES, PREVENTION, EDUCATION POUR LA SANTE, ACCESSIBILITE, RESEAU D'ACTION COLLECTIVE, SYSTEMIE, MANAGEMENT DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL		
<b><i>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.</i></b>		