



**PRÉPARER LES TRAVAILLEURS D'ESAT A LA
RETRAITE POUR FAVORISER UNE CONTINUITÉ DANS
LES PARCOURS DE VIE**

Marie-Lise ETE - GRENIER

2015

cafdes



Remerciements

Monsieur Louis MARZO, Directeur Général de l'AGAPEI

Madame Cristèle CAMMAS, Secrétaire Générale de l'AGAPEI

Madame Denise GOUDOUX, qui m'a accompagnée tout au long de cet écrit

Monsieur Michel NIGOU, Directeur financier de l'Hôpital de Saint-Girons

Monsieur Philippe HURTEAU, Directeur de l'ESAT Caminade, ASEI

Monsieur Jean-Michel TIREFORT, Directeur de l'ITEP Le Chemin, du CMPP Le Gô et du
CMPro Bellevue

Sommaire

Introduction	1
1 Le passage à la retraite des travailleurs d'ESAT : une étape insuffisamment prise en compte par les projets de l'ESAT La Caillaouère et du Complexe Gabriel Dupré.....	3
1.1 Les politiques sociales : cadre référentiel de l'action	3
1.1.1 Vers une définition précise du handicap	3
1.1.2 Les missions des ESAT, FH et SAVS.....	5
1.1.3 Le PRS Midi-Pyrénées	7
1.2 Les personnes accueillies par l'Unité de Gestion d'Auch.....	9
1.2.1 L'AGAPEI : un dispositif favorisant coopération et mutualisation	9
1.2.2 Avancée en âge et ancienneté : 2 caractéristiques fortes des personnes accueillies	13
A) Les données socio démographiques	13
B) Les données fonctionnelles	13
1.3 L'offre de service insuffisante dans le cadre de la préparation à la retraite	15
1.3.1 Un plateau technique en conformité avec les missions dévolues à l'ESAT, mais trop faible pour les services du Complexe Gabriel Dupré.....	15
1.3.2 Un effort d'adaptation des conditions de travail à l'ESAT.....	17
1.3.3 Des expériences d'accompagnement à la retraite trop empiriques entre 2010 et 2014.....	19
2 Envisager la préparation à la retraite des travailleurs d'ESAT comme un ajustement souple entre la personne et son environnement.....	22
2.1 Le départ à la retraite	22
2.1.1 Modalités et conséquences en droit commun.....	22
2.1.2 Modalités et conséquences pour les travailleurs de l'ESAT La Caillaouère	26
2.2 La retraite : une transition longue entre le temps de vie post professionnelle et la vieillesse biologique	29
2.2.1 De nouveaux comportements sociaux.....	29
2.2.2 Un temps dévolu à une recomposition identitaire	33
2.2.3 Un processus de transition de l'insertion professionnelle vers la retraite pour les travailleurs de l'ESAT	36

A) L'impact potentiel de la retraite sur les personnes accueillies à l'Unité de Gestion.....	36
B) Des éléments de réponse à prendre en compte dans l'élaboration du plan d'action.....	38
2.3 Des inclusions qui scandent un parcours de vie	40
2.3.1 La notion d'inclusion	40
2.3.2 De la notion de parcours de vie à une culture de parcours.....	43
3 Un plan d'action à la croisée des attentes : réorganiser les dispositifs composant l'Unité de Gestion.....	47
3.1 La coordination de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré : Elaboration et pilotage du projet de l'Unité de Gestion d'Auch.....	47
3.1.1 La conduite du changement.....	47
A) Le pilotage du processus de changement au niveau de l'organisation	48
a) Le Comité Qualité	49
b) Le Comité Bienveillance.....	50
c) Les réunions de direction	51
B) L'Accompagnement au changement auprès des professionnels.....	52
a) Concernant les cadres intermédiaires	52
b) Concernant les équipes professionnelles	52
3.1.2 Elaboration du projet de l'UG d'Auch	54
A) Donner du sens et une cohérence à cet ensemble	54
B) Cahier des charges et temporalité	56
3.2 Améliorer l'accompagnement proposé à l'ESAT.....	57
3.2.1 Repérer les signes d'usure professionnelle.....	57
3.2.2 Les mesures spécifiques de préparation à la retraite	59
A) Les aménagements visant à favoriser la poursuite de l'activité professionnelle	59
B) La préparation de la transition vers la retraite	61
3.3 Les orientations stratégiques du Complexe Gabriel Dupré.....	64
3.3.1 Les solutions existantes.....	64
A) La réorientation vers un EHPAD	65
B) La réorientation vers les structures pour personnes en situation de handicap.....	66
3.3.2 L'élaboration des projets de services vers une reconfiguration de l'offre.....	67
A) L'évolution du SAVS, et le projet de création d'un SAMSAH mutualisé.....	68
a) L'intérêt d'un SAMSAH.....	69
b) Le financement.....	71
c) La mutualisation	72
B) Le foyer d'hébergement	73

3.4 La démarche d'évaluation.....	74
Conclusion.....	77
Bibliographie	79
Liste des annexes	83

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ADAPEI : Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés

AGAPEI : Association de gestion d'établissements et services pour personnes en situation de handicap

ASI : Allocation Supplémentaire d'Invalidité

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

AGIRC : Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres

ARRCO : Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CCE : Comité Central d'Entreprise

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

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DAF : Direction Administrative et Financière

DG : Directeur Général

DRH : Direction des Ressources Humaines

DP : Délégués du Personnel

DUERP : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissement et Services d'Aide par le Travail

ETP : Equivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

IME : Institut Médico Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRP : Instances Représentatives du Personnel

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PRAP : Prévention des Risques liés à l'Activité Physique

RAQ : Responsable Assurance Qualité

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social de personnes Adultes Handicapées

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

SST : Sauveteur Secouriste du Travail

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RUIS : Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

UG : Unité de Gestion

Introduction

Selon les dernières prévisions de l'INSEE, la France comptera 73,6 millions d'habitants en 2060. La part des 60 ans ou plus dans la population va augmenter jusqu'en 2035, passant de 21,7% à 31%. Après 2035, elle devrait continuer à croître à un rythme plus modéré. Le marqueur de cette évolution est l'augmentation de l'espérance de vie : en 2008, 77,6 ans pour les hommes, 84,4 ans pour les femmes – en 2060, respectivement 86 et 91,1 ans¹. « On peut globalement faire le même constat pour les personnes handicapées, notamment mentales et psychiques : un accroissement très important de la longévité qui se rapproche de celle de tout un chacun ; un parcours de vie et une autonomie pratique et psychique qui sont liés à la prise en charge médicale du handicap, à la qualité des soins, de l'éducation et du réseau relationnel, à la personnalité, aux moyens matériels et à l'intégration sociale »².

Le vieillissement des travailleurs handicapés en ESAT soulève un enjeu spécifique. Les ESAT ont pour mission de permettre aux personnes handicapées n'ayant pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire, d'exercer une activité professionnelle en milieu protégé. Or, lorsque les ESAT furent mis en place dans les années 1970, la question du départ à la retraite n'était pas vraiment envisagée.

Notre expérience nous a montré que le processus de cessation d'activité constitue pour le travailleur handicapé, une transition importante et parfois douloureuse. D'une part, le travail représente une valeur importante dans notre société, et d'autre part il constitue un vecteur de reconnaissance et de valorisation sociale fortement mis en avant en ESAT. Les travailleurs d'ESAT auront alors tendance à surinvestir la sphère professionnelle, et par voie de conséquence, pourront avoir des difficultés à investir d'autres rôles et d'autres activités. La retraite conduira alors inévitablement à une rupture brutale dans le parcours de vie.

L'orientation prônée par les politiques publiques est clairement vers une société inclusive, « c'est-à-dire qui doit moduler son fonctionnement, qui se flexibilise, pour offrir au sein de l'ensemble commun un chez soi pour tous, sans neutraliser les besoins, désirs et destins singuliers et les résorber dans le tout »³. Le principe de non-discrimination en raison du

¹ INSEE & Population et société n°473-décembre 2010. Espérance de vie : peut-on gagner trois ans par an indéfiniment ?

² ZRIBI G, 2012, Le vieillissement des personnes handicapées mentales, Presses de l'EHESP, Rennes, 167 p.

³ GARDOU C, La société inclusive : de quoi parle-t-on ?, in *Premiers états régionaux de l'inclusion en Midi-Pyrénées*, 24 avril 2013, Toulouse

handicap, et l'accès de tous aux dispositifs de droit commun est un point fort de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le SROMS Midi-Pyrénées 2012-2017 pour les Personnes Handicapées fait du développement des services et de la mise en place d'alternatives à l'hébergement, des éléments majeurs garantissant la réussite de l'accès aux dispositifs de droit commun. Il préconise aussi « d'assurer la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées » (orientation 4 du thème 4).

La primauté du parcours ainsi mise en avant, nous impose d'anticiper, d'accompagner et d'adapter chaque étape.

L'Unité de gestion que je dirige, regroupant l'ESAT La Caillaouère et le Complexe Gabriel Dupré à Auch dans le Gers, est confrontée au départ à la retraite de plus du tiers de l'effectif de l'ESAT dans les 5 ans à venir. Il m'apparaît donc indispensable d'anticiper toute rupture du parcours en adaptant le travail, et, en accompagnant les travailleurs d'ESAT dans cette transition une fois l'âge de la retraite atteint.

Dans ce contexte, je présenterai dans un premier temps les éléments de constat qui me conduisent à travailler sur cette problématique. Dans un deuxième temps, j'analyserai les enjeux liés au départ à la retraite en général et plus particulièrement quand il s'agit de personnes en situation de handicap. Enfin, je développerai un plan d'action répondant à cette évolution démographique de la population accueillie à l'Unité de Gestion d'Auch.

1 Le passage à la retraite des travailleurs d'ESAT : une étape insuffisamment prise en compte par les projets de l'ESAT La Caillaouère et du Complexe Gabriel Dupré

1.1 Les politiques sociales : cadre référentiel de l'action

1.1.1 Vers une définition précise du handicap

Selon l'enquête INSEE Handicap, Incapacités, Dépendance (HID), dont les données datent de 1998-1999 et publiée en 2003 ; 11 840 208 individus en France, soit 26,4 % de la population, souffrent d'une incapacité, d'une limitation d'activité ou d'un handicap⁴.

Industrialisation, guerres, maladies infectieuses ; c'est sous la III^{ème} République (1870-1940) par la reconnaissance d'une responsabilité collective dans la production de handicap que se dégagent les conditions de la création d'un champ du handicap. Une loi votée en 1898 donne une place économique et sociale aux accidentés du travail victimes de l'ère industrielle (assurance spécifique à la charge de l'employeur). La loi du 14 juillet 1905 organise l'assistance obligatoire pour « les infirmes nécessiteux », mais présente l'inconvénient de ranger dans une même catégorie les infirmes moteurs, les enfants déficients mentaux, les incurables et les vieillards.

Après le second conflit mondial, la dynamique de la politique en faveur des personnes handicapées est celle de la réinsertion et de la réadaptation. C'est ainsi que se construisent, sous l'impulsion du secteur associatif et en complémentarité avec le secteur hospitalier, des établissements spécialisés.

Le législateur procède à une réorganisation de l'ensemble du système en votant la grande loi d'orientation du 30 juin 1975, et substitue aux notions traditionnelles d'infirmité, d'invalidité ou encore d'inadaptation, la notion générique et englobante de handicap. L'objectif de cette loi est d'assurer aux personnes handicapées toute l'autonomie dont elles sont capables afin de les insérer durablement et dans toute la mesure du possible dans la société. Elle réorganise ensuite les prestations servies aux personnes handicapées. Renvoyant, dans le langage courant à l'idée de gêne durable ou passagère

ou encore d'inégalités des chances, la notion de handicap n'avait pas fait l'objet d'une définition précise et rigoureuse. La conception qui prévalait à cette époque, était marqué par le modèle médical traditionnel (handicap physique, sensoriel ou mental) ce qui excluait, par exemple, les malades mentaux dès lors que leur affection n'était pas permanente ou invalidante.

L'OMS travaillait depuis 1980 à une définition générale du handicap en retenant les 3 concepts de déficience, d'incapacité et de désavantage. Il a établi dans sa dernière correction de 2001, une Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF).

Le terme handicap regroupe la déficience (altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique), la limitation d'activité (qui remplace le terme incapacité ; réduction résultant d'une déficience de la capacité à accomplir une activité d'une façon considérée comme normale pour un être humain) et la restriction de la participation. Selon ce modèle, le handicap serait une conséquence de l'interaction entre les déficits, les limitations de la personne et les caractéristiques de son environnement. Ainsi l'OMS met-il l'accent sur la production de handicap (limitation d'activités, restriction de la participation à la vie en société) plutôt que sur les résultats constatés (déficiences et incapacités). De fait, il ne s'agit plus d'enfermer les individus dans leur situation initiale, mais de prendre en compte l'ensemble des facteurs environnementaux.

Le législateur français confirme l'approche du handicap proposée par l'OMS, et définit pour la première fois le handicap dans la loi du 11 février 2005 : « constitue un handicap, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive de plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant⁵ ».

Un handicap, c'est ce qui altère les capacités d'action d'une personne dans sa vie sociale et professionnelle, que les causes en soient physiques, mentales, sensorielles, cognitives ou psychique. Cette définition est ainsi en harmonie avec l'affirmation du droit à compensation : il s'agit de donner aux personnes handicapées des ressources et des moyens spécifiques en fonction des contraintes imposées par leur situation.

⁴ CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL. Avis du 25 juin 2014 « mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité » présenté par Christel Prado.

La loi du 11 février 2005 a aussi substitué à la dénomination Centres d'Aide par le Travail (CAT) en vigueur depuis la loi du 23 novembre 1957, celle d'Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT).

1.1.2 Les missions des ESAT, FH et SAVS

Selon les textes, les ESAT accueillent des personnes handicapées dont la commission des droits et de l'autonomie « a constaté que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Ils leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social »⁶.

Il s'agit donc de structures qui ont une double vocation : une vocation économique de production de biens ou de services et une vocation sociale d'intégration et d'éducation.

Les ESAT sont des établissements médico-sociaux relevant de la loi du 2 janvier 2002, donc soumis au Code de l'Action Sociale et des familles.

Les personnes accueillies en ESAT doivent être âgées de plus de 20 ans et avoir une capacité de travail inférieure à un tiers de la normale. La décision d'orientation vers l'ESAT est prise par la commission des droits et de l'autonomie.

Lors de l'admission dans un ESAT, il n'y a ni contrat de travail, ni embauche. Les travailleurs handicapés n'ont pas le statut de salarié et n'ont donc pas de contrat de travail : le code du travail ne leur est pas applicable. En revanche, ils signent un contrat de soutien et d'aide et par le travail.

La loi du 11 février 2005 s'est attachée à améliorer leur statut : leur rémunération ne constitue pas un salaire, mais elle est considérée comme une rémunération du travail et à ce titre donne lieu au versement des cotisations maladie, accidents du travail, allocations familiales, vieillesse. De même, les personnes admises en ESAT se sont vu reconnaître le droit aux congés payés ou la validation des acquis de l'expérience.

Enfin, le fonctionnement financier des ESAT est assuré grâce à une dotation globale arrêtée par le préfet, qui couvre les dépenses liées à l'activité sociale, essentiellement la rémunération du personnel éducatif. Elle est à la charge de l'Etat au titre de l'aide sociale.

⁵ Art. L.114 du Code de l'Action Sociale et des Familles

⁶ Art. L.344-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Les recettes des activités de production servent à couvrir les dépenses liées à celles-ci, la rémunération des travailleurs handicapés, les achats de matières premières, de machines. Ainsi, l'exploitation des ESAT est retracée au sein de 2 budgets distincts.

Selon le FINESS, 1491 ESAT sont recensés sur le territoire national pour une capacité de 117 016 places, et le ratio moyen d'encadrement est de l'ordre de 0,22 ETP par personne accueillie⁷.

Le foyer d'hébergement (FH) est un lieu de vie indépendant du lieu de travail, qui accueille des travailleurs handicapés d'ESAT. L'organisation mise en place doit permettre à chacun d'accéder à un maximum d'autonomie dans la vie quotidienne et les loisirs. Ces établissements assurent, en début et fin de journée et/ou en fin de semaine et pour certains pendant leurs vacances, l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité professionnelle pendant la journée, et qui ont suffisamment d'autonomie pour accomplir les actes courants de la vie quotidienne.

Les foyers d'hébergement n'ont donc pas la vocation d'accueillir des personnes handicapées qui n'exercent plus d'activité professionnelle.

Ces foyers n'emploient pas de personnel soignant.

L'admission dans ce type de foyer se fait sur orientation de la CDAPH. L'accueil peut se faire suivant des formes diversifiées : hébergement en foyers collectifs organisés en unité de vie, disposant de locaux communs et de chambres individuelles, hébergement en maisons ou appartements individuels ou communautaires, hébergement en « foyers éclatés » et « appartements satellites » offrant des logements situés dans un ensemble d'habitations ordinaires dans lesquels les résidents, accompagnés par une équipe, peuvent vivre en groupe, en couple ou seuls. Ce type de logements permet de favoriser l'insertion des résidents dans le tissu social⁸.

Les FH relèvent de la compétence du Conseil départemental pour leur autorisation, capacité et financement via l'aide sociale départementale. Le président du conseil départemental fixe le prix de journée du foyer.

Selon le FINESS, 1291 FH sont recensés sur le territoire national pour une capacité de 39 482 places, et le ratio moyen d'encadrement est de l'ordre de 0,45 ETP par personne accueillie⁹.

Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement

⁷ Enquête DREES ES2006

⁸ *Le secteur médico-social, comprendre pour agir mieux*, Juillet 2013, Paris : publications de l'ANAP, 128 pages

adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Ils prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleurs handicapés, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager, une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ou un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie¹⁰.

L'accompagnement est conditionné à une orientation de la CDAPH. Les interventions de ce service doivent s'inscrire dans le cadre de la réalisation d'un projet de vie et d'un plan d'aide préalablement élaboré avec la personne intéressée, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire, pour une mise en œuvre sur une ou plusieurs années, voire tout au long de la vie. Les prestations sont délivrées au domicile de la personne, dans tous les lieux où s'exercent des activités sociales, de formation et professionnelles, en milieu de travail ordinaire ou protégé, ainsi que le cas échéant dans les locaux du service. Les prestations sont les suivantes : l'évaluation des besoins et capacités d'autonomie ; l'identification de l'aide à mettre en œuvre ; le suivi et la coordination des actions des différents intervenants ; une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.

Les SAVS sont financés par le Conseil départemental via l'aide sociale départementale sur la base d'un prix de journée.

Selon le FINESS, sont recensés sur le territoire national, 955 SAVS pour 35 425 places et le ratio moyen d'encadrement est de l'ordre de 0,22 ETP par personne accueillie¹¹.

1.1.3 Le PRS Midi-Pyrénées

La région Midi-Pyrénées est la plus vaste des régions métropolitaines. Elle couvre 8,3 % du territoire hexagonal, mais abrite seulement 4,5% de sa population avec plus de 2,8 millions d'habitants. Cette population est en augmentation, vieillissante et très inégalement répartie. Les indicateurs socio-économiques sont comparables avec ceux de la France, mais de fortes disparités subsistent entre les départements : le département rural du Gers est affecté par un fort vieillissement (117 personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans – 84,1 pour la région et 67 au niveau national). Les

⁹ Enquête DREES ES2006

¹⁰ Art. D.312-162 et D.312-163 du Code de l'Action Sociale et des Familles

titulaires de l'ASPA (allocation de solidarité aux personnes âgées) ou minimum vieillesse, représentent 7,5% de la population des 65 ans et plus dans le Gers, contre 6,1% en Midi-Pyrénées et 4,9% en France métropolitaine.

L'espérance de vie en Midi-Pyrénées est l'une des meilleures en France, se situant au 2^{ème} rang. Les maladies cardio-vasculaires sont la première cause de décès. Le PRS Midi-Pyrénées relève quand même des difficultés d'accessibilité à l'éducation et à la promotion de la santé, au dépistage (santé bucco-dentaire, dépistage organisé des cancers).

Comme dans les autres régions, il n'existe pas de recensement exhaustif de la population en situation de handicap en Midi-Pyrénées (aux environs de 55 000 personnes, enfants et adultes), néanmoins la part des bénéficiaires de l'AAH est supérieure à la moyenne nationale et la majorité des personnes en situation de handicap vit à domicile et bénéficie d'une prestation. Ainsi, le SROMS souligne que le développement des services et des alternatives à l'hébergement, en cohérence avec la volonté des personnes handicapées et de leur familles, sera poursuivi afin de donner toutes les chances d'accès au droit commun, de réussir leur insertion dans la société, et de vivre dans leur entourage familial ou à leur domicile. La région Midi-Pyrénées présente une part des services dans les structures médico-sociales moins importante qu'au niveau national, et le secteur des adultes handicapés présentait un développement particulièrement faible (en 2008, 9% de l'équipement de ce secteur). Par exemple, il n'y a pas de SAMSAH généraliste dans le Gers qui ne dispose que de 10 places de SAMSAH pour la prise en charge du handicap psychique. Le taux d'équipement en structures pour personnes handicapées étant relativement important sur le Gers, ces créations de places ne pourront être envisagées que par redéploiement des moyens existants¹².

L'orientation 4 du thème 4 du SROMS est : « d'assurer la continuité de l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et âgées ». La personne handicapée vieillissante est définie par le Comité national de Coordination de l'Action en faveur des personnes Handicapées (CCAH) de la façon suivante : « personne qui, dans son parcours de vie, a été handicapée avant de connaître les effets du vieillissement, ces derniers pouvant apparaître plus tôt que la moyenne nationale, entraîner un ajout de fragilité et provoquer ainsi une perte d'autonomie nécessitant un accompagnement spécifique ».

Enfin, il n'existe pas de schéma émanant du Conseil départemental du Gers pour les personnes en situation de handicap.

¹¹ Enquête DREES ES2006

¹² SROMS Midi-Pyrénées, Personnes Handicapées, page 64

1.2 Les personnes accueillies par l'Unité de Gestion d'Auch

1.2.1 L'AGAPEI : un dispositif favorisant coopération et mutualisation

L'AGAPEI¹³, association gestionnaire à but non lucratif, a été créée le 30 novembre 2010 à l'initiative des ADAPEI de la Haute-Garonne, du Gers et du Tarn, lesquelles lui ont confié la gestion de leurs établissements et services. Depuis le 1^{er} janvier 2012, l'AGAPEI gère 55 établissements et services qui accueillent 2 339 personnes en situation de handicap (dont 640 travailleurs d'ESAT) accompagnées par 1 700 salariés.

L'association participe à la mise en œuvre de la solidarité nationale des personnes en situation de handicap. Elle soutient le mouvement d'intégration sociale, elle est un relais des politiques sociales mises en œuvre, tant au niveau départemental, que régional et national.

Ce regroupement interdépartemental s'est effectué selon une démarche d'adhésion volontaire pour peser davantage dans les négociations avec les interlocuteurs administratifs.

Un accord collectif inter association a été négocié dès 2011 avec les partenaires sociaux des 3 associations, sur la durée et l'aménagement du temps de travail avec comme objectif d'anticiper la négociation pour donner des bases communes à l'ensemble des salariés. La concertation et le consensus ont été privilégiés. Un accord d'entreprise a pris le relais au 1er janvier 2012.

Il se structure autour de 3 enjeux :

-Le développement associatif en consolidant son organisation, ses actions de lobbying et d'aide aux familles.

-La qualité de l'ensemble des prestations d'accueil, d'accompagnement, de soins et de services rendus à l'utilisateur.

-La sécurité des salariés qui s'inscrivent dans une entreprise sociale plus importante, capable de garantir une politique de ressources humaines personnalisée et le développement de leurs compétences de façon à mieux répondre aux personnes accueillies et aux besoins de notre secteur.

A l'heure actuelle, le projet associatif est en cours de finalisation.

En termes de gouvernance associative, le Directeur Général, sous l'autorité du Conseil d'Administration, met en œuvre la politique générale de l'association. L'organisation de l'AGAPEI se structure dans une dynamique transversale autour de pôles techniques (pôle

¹³ ANNEXE 1 : L'AGAPEI, implantation géographique et chiffres clés

autisme, pôle travail protégé) et autour de pôles de gestion de projets menés par les services du siège (DRH, DAF, RAQ).

La structuration en unités de gestion (UG) se définit comme une configuration plus matricielle qui installe des liaisons et des coordinations entre des unités opérationnelles. Le regroupement d'établissements et de services permet de structurer autour du directeur un pool de compétences fonctionnelles spécifiques (RH/gestion/paie/technique). Les unités de gestion représentent le niveau opérationnel de l'association. Elles regroupent plusieurs établissements, initialement autonomes, qu'elles intègrent par les fonctions de gestion (administratif, financier et ressources humaines) en mutualisant des compétences ou des moyens.

C'est dans cette optique que L'ESAT La Caillaouère et le Complexe Gabriel Dupré sont réunis depuis 2014, un peu après que les évaluations externes des 2 établissements aient eu lieu, en unité de gestion, sous une même direction.

Je dirige l'ESAT depuis 2008 et j'ai pris la direction de cette nouvelle unité de gestion qui regroupe l'ESAT, ainsi que les 3 services qui composent le Complexe Gabriel Dupré (FH, SAVS, et Accueil de jour).

Ce regroupement a été réalisé lors d'une réorganisation des postes de direction sur le département du Gers, à la faveur du départ d'un des directeurs. L'opportunité a été alors saisie par l'Association pour implanter les Unités de Gestion sur le département du Gers à l'instar du modèle organisationnel déjà développé et abouti en Haute-Garonne et dans le Tarn. La communication a été faite en ce sens auprès des IRP, du personnel, des usagers et des familles.

Le Directeur Général a informé le CCE, j'ai effectué la communication auprès du Comité d'Etablissement (qui regroupe l'ESAT d'Auch, 2 ESAT situés à Condom et à Fleurance, ainsi que le Complexe Gabriel Dupré) que je préside en tant que représentant de l'employeur, ainsi qu'auprès des DP de l'ESAT. Un courrier du Directeur Général, à l'attention des salariés, a été affiché dans les établissements. Le Président de l'AGAPEI a informé les familles par courrier. J'ai aussi effectué la communication auprès des usagers en CVS et lors des réunions mensuelles des délégués des ateliers.

Ce regroupement a été plutôt bien accueilli et n'a fait l'objet d'aucune remarque particulière.

Compte tenu de cette configuration récente des 2 établissements, il n'existe pas de projet d'unité de gestion.

Pour l'heure, l'organisation en unité de gestion permet la tenue de réunions de direction hebdomadaires dont j'établi l'ordre du jour et auxquelles sont conviés les 2 Responsables d'Unités d'Intervention Sociale. L'objectif étant de fluidifier la communication et d'établir des passerelles entre les 2 établissements, notamment par exemple pour la gestion des

listes d'attente. En effet, le foyer d'hébergement n'accueille que des travailleurs de l'ESAT La Caillaouère car il n'y a pas d'autres ESAT, ni foyers d'hébergement dans un rayon de 30 km. Les 2 objectifs suivants sont de mettre en place un Comité Qualité et un Comité de Bienveillance au niveau de l'unité de gestion, donc communs à l'ESAT et au Complexe Gabriel Dupré avant la fin de l'année 2015.

Une fois cette organisation « administrative » installée, il conviendra de faire travailler ensemble 2 équipes de culture très différente, tout en respectant les missions propres à chaque établissement et notamment de veiller au respect de la séparation entre la vie professionnelle et la vie privée des travailleurs d'ESAT.

L'ESAT a été créé en 1978 à Auch par l'ADAPEI du Gers, et agréé pour 80 places. Il s'est agrandi au fil des années en fonction de l'augmentation du nombre de places. Il est situé à Auch, en milieu urbain dans une ville de préfecture de 22 000 habitants, en proximité d'une zone commerciale desservie par les transports en commun. Les activités de l'ESAT ont évolué en fonction des besoins des travailleurs, mais aussi en fonction des opportunités commerciales.

Il propose 7 activités professionnelles (espaces verts, cuisine de collectivité et restaurant, blanchisserie, nettoyage industriel, peinture, menuiserie et sous-traitance) et des activités de soutien. 40% du chiffre d'affaire est dégagé par les ateliers Espaces Verts, qui accueillent 35% de l'effectif.

Le projet d'établissement couvre la période 2013 – 2017 avec comme perspective entre autres, de maintenir une diversité des activités économiques proposées pour offrir un large choix non seulement aux nouveaux entrants orientés par la MDPH vers l'ESAT ; mais aussi un choix le plus large possible aux travailleurs faisant partie de l'établissement depuis plusieurs années. Autant il est important d'offrir aux travailleurs la stabilité nécessaire pour une progression professionnelle au sein d'une même activité, autant il est important d'être en mesure de leur proposer une réorientation de leur carrière professionnelle même vers un autre atelier, s'ils le souhaitent, afin d'éviter une forme d'usure ou de démotivation.

La vocation médico-sociale de l'ESAT a été renforcée par la loi du 11 février 2005, qui a procédé à une réactualisation des activités de soutien.

Les travailleurs se voient donc proposer, en lien avec le PAP :

- une reconnaissance des savoir-faire professionnels validée par la DIRECCTE
- un accompagnement à la démarche VAE
- des ateliers de raisonnement logique
- des actions de maintien des acquis scolaires
- un plan annuel d'actions de formation professionnelle
- des stages et mises à disposition en milieu ordinaire

-un programme « santé au travail ».

Le projet d'établissement ne mentionne aucune action de préparation à la retraite.

Le Complexe Gabriel Dupré, implanté sur un site distinct de l'ESAT de 2 km, se compose d'un foyer d'hébergement de 22 personnes, d'un SAVS de 40 personnes provenant pour ces 2 services, uniquement de l'ESAT ; et d'un accueil de jour de 12 places ouvert à une population relevant d'un foyer de vie de type externat. Ces 3 services ont été regroupés en un seul et même établissement, le Complexe Gabriel Dupré, en 2005.

Le foyer d'hébergement propose une résidence de 14 chambres individuelles organisées autour de 2 espaces communs, et un bâtiment annexe qui accueille 4 studios et 4 chambres individuelles qui bénéficient d'une zone collective permettant de préparer et de prendre les repas en commun, ainsi que d'une buanderie commune.

Le projet d'établissement du Complexe Gabriel Dupré couvre la même période que celui de l'ESAT, à savoir de 2013 à 2017.

Il formule que le logement, favorisant l'accès à l'indépendance, est un levier central du développement personnel et de l'insertion sociale. Il mobilise des savoirs faire multiples de gestion au quotidien, d'entretien, de gestion des diverses charges, des relations de voisinage, des relations sociales... Au-delà de la visée première de la sécurité matérielle et de la qualité de vie du point de vue de la satisfaction du confort, le besoin d'indépendance dans le logement permet d'éviter les contraintes de la cohabitation subie. C'est pourquoi les services Foyer d'Hébergement et SAVS proposent une offre diversifiée en matière de logement en ville, à proximité des commerces, des services et des transports publics.

Il mentionne que « le vieillissement de la population doit être considéré dans l'accompagnement par une préparation de nouvelles orientations (retraite, passage d'un service à l'autre, placement dans un autre type d'établissement...) et par une attention aux troubles qui peuvent apparaître avec le temps ». Néanmoins aucune action précisant les moyens à mettre en œuvre dans le cadre de cette préparation à la retraite n'est définie.

Le FH et le SAVS n'accompagnent quasi exclusivement que les travailleurs de l'ESAT (1 seule personne suivie par le SAVS ne travaille pas et n'a jamais travaillé à l'ESAT) ; toutefois le projet d'établissement de l'ESAT met en avant le respect du principe de séparation de la vie professionnelle et de la vie privée. Ainsi chaque personne doit se voir offrir un accompagnement cohérent et coordonné, mais dans le respect le plus strict de son intimité.

1.2.2 Avancée en âge et ancienneté : 2 caractéristiques fortes des personnes accueillies

A) Les données socio démographiques

Au 31 décembre 2014, l'ESAT accueillait 85 personnes, dont 28 femmes âgées de 40 ans en moyenne et 57 hommes âgés de 42 ans en moyenne.

La moyenne d'âge des personnes est de 41 ans, ce qui est supérieur à la moyenne nationale qui est de 38 ans. La part des 50 ans et plus s'élève actuellement à 34% de l'effectif, pour une moyenne nationale en ESAT en 2010 de 18%¹⁴.

Je constate aussi une durée de séjour relativement longue, ce qui renforce le poids de la structure institutionnelle dans les parcours de vie (20% de la population a une durée de séjour comprise entre 30 et 34 ans).

Il s'agit d'une population classiquement représentative des ESAT, à savoir avec une origine institutionnelle majoritairement IMPRO et une origine essentiellement locale (Auch et ses cantons limitrophes), 3% seulement des personnes accueillies proviennent d'un autre département.

Concernant leur mode de vie, plus de 60% des travailleurs sont accompagnés par les services du Complexe Gabriel Dupré. 24% d'entre eux sont accueillis au foyer d'hébergement et 76% suivis par le SAVS.

30% des travailleurs vivent en famille, dont certaines sont vieillissantes, et les 10% restant ne disposent d'aucun accompagnement.

Plus de 70% de la population accueillie par l'ESAT est sous mesure de protection juridique, dont une majorité de mesure de tutelle.

B) Les données fonctionnelles

Concernant la nature des déficiences : 10% présente une déficience psychique et 90% de la population un retard mental dont 31% présentant un retard mental isolé et plus de 44% un retard mental avec troubles associés. Les 15% restant concernent des personnes qui présentent un retard mental associé à une déficience motrice, visuelle ou sensorielle.

En termes de retard mental, 46% présente un retard mental moyen, avec un quotient intellectuel entre 35 et 49. Il s'agit d'un retard mental de développement, mais néanmoins avec des capacités de communication et une indépendance partielle.

La majorité de la population possède et utilise les savoirs de base : lecture, écriture et calcul simple ; 22% ne sachant ni lire ni écrire. Chaque nouvel entrant se voit proposer un test de positionnement permettant d'évaluer le niveau acquis. A partir de ce test, les

¹⁴ Enquête DREES ES2010

actions de soutien et les formations seront alors adaptées pour correspondre au mieux aux besoins de chaque travailleur et à ses compétences cognitives.

L'ESAT se situant en milieu urbain, la mobilité des personnes accueillies est bonne. Ils utilisent les transports publics, leur véhicule ou viennent à pied. L'ESAT organise simplement un transport 9 places.

Les 2 ateliers qui accueillent le plus grand nombre de personnes sont les espaces verts (35% de l'effectif) et la blanchisserie (20%). Ce sont les ateliers les plus demandés par les nouveaux entrants, mais aussi ceux qui demandent le plus d'efforts physiques avec la cuisine centrale.

Entre 2010 et 2014, l'établissement a enregistré 17 nouvelles entrées et 11 sorties dont 3 pour départ à la retraite.

Entre 2015 et 2020, 14 personnes sont susceptibles de partir à l'âge légal de la retraite. Mais surtout 38% de l'effectif total de l'ESAT peut prétendre à une retraite anticipée dans les nouvelles conditions fixées par la loi du 20 janvier 2014, c'est-à-dire à partir de 55 ans, soit 33 personnes.

Sur ces 33 personnes, 5 personnes ne bénéficient d'aucun accompagnement en dehors de l'ESAT, 6 sont en famille (dont 4 familles vieillissantes), 8 sont accueillies au foyer d'hébergement et 14 accompagnées par le SAVS¹⁵.

Suite à cette analyse prospective de la population, les enjeux majeurs de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré sont d'une part, de préparer et de faciliter la fin de l'accompagnement professionnel et pour 8 personnes d'accompagner en plus le changement de domicile ; d'autre part, d'accueillir un nombre conséquent de nouveaux entrants et donc d'adapter les structures à de nouvelles demandes et à de nouveaux besoins.

Dans le cadre de ce mouvement important de cohortes de population, je m'attacherai à développer ce qui a été mené jusqu'à présent comme accompagnement au passage à la retraite, à en tirer les conséquences et ainsi proposer une amélioration continue de nos services sur ce sujet.

1.3 L'offre de service insuffisante dans le cadre de la préparation à la retraite

1.3.1 Un plateau technique en conformité avec les missions dévolues à l'ESAT, mais trop faible pour les services du Complexe Gabriel Dupré.

Les ressources internes pour mobiliser l'offre de service sont composées pour l'ESAT de 18,11 ETP : 11 moniteurs d'atelier à temps plein (à l'origine issus du monde de l'entreprise ou de l'artisanat, puis qui ont obtenu le Certificat de Qualification de Moniteur d'Atelier) et 1 moniteur principal chargé de planifier et de coordonner l'activité commerciale (initialement de formation commerciale). 3 éducateurs de soutien présentant 3 profils différents :

1 éducateur technique spécialisé plus particulièrement chargé de l'insertion en milieu ordinaire, du suivi de la démarche de reconnaissance des savoirs faire et des compétences professionnelles des travailleurs, ainsi que des actions de formation PRAP.

1 animatrice de formation chargée des ateliers savoirs de base et des ateliers de raisonnement logique.

1 éducateur sportif à 40% qui développe le programme Santé au travail en proposant des séances d'assouplissement et de renforcement musculaire doux avec pour objectif de prévenir les troubles musculo-squelettiques (notamment pour les travailleurs de l'atelier blanchisserie). Il propose aussi des séances de relaxation qui permettent aux travailleurs en tout début d'après-midi de se détendre et ainsi de mieux supporter le poids de la collectivité qui peut être pesant dans une structure qui regroupe une centaine de personnes.

1 psychologue à mi-temps, qui consacre une grande partie de son temps aux PAP. Elle n'effectue aucun suivi individuel de longue durée. Elle intervient ponctuellement auprès des travailleurs à leur demande ou bien sur demande de l'équipe pluridisciplinaire.

2 techniciennes administratives. L'une est plus spécifiquement chargée de l'accueil physique et téléphonique des visiteurs et clients, mais aussi du volet Ressources Humaines. Quant à l'autre, elle se consacre à la facturation des ateliers, aux suivis et règlements des sinistres ainsi qu'au secrétariat lié à la démarche qualité.

1 chauffeur livreur, 1 responsable d'unité d'intervention sociale (RUIS) qui a sous sa responsabilité hiérarchique l'ensemble de cette équipe, et 1 directrice.

¹⁵ ANNEXE 3 : Etat prévisionnel des départs à la retraite 2015 - 2020

Tout le personnel est en CDI, sa moyenne d'âge est de 50 ans avec une durée moyenne d'ancienneté de 13 ans.

Le taux d'encadrement est de 0,22 ETP par personne accueillie, ce qui est conforme à la moyenne nationale.

L'offre de service du Complexe Gabriel Dupré est développée par 18,95 ETP.

Une psychologue à quart temps se consacre aux 74 PAP annuels du SAVS, du foyer d'hébergement et de l'accueil de jour. 1 secrétaire assure l'administratif des 3 services, 1 agent des services intérieurs effectue l'entretien ménager des locaux administratifs, de l'accueil de jour, et peut venir en appui pour l'entretien des parties communes du foyer d'hébergement. 1 responsable d'unité d'intervention sociale (RUIS) a sous sa responsabilité hiérarchique l'ensemble du personnel, puis 1 directrice. Ce personnel est mutualisé entre les 3 services composant l'établissement, ce qui empêche tout comparatif avec les ratios d'encadrement nationaux. Néanmoins, il semble évident que le temps de psychologue est largement sous-évalué par rapport à l'obligation légale d'un PAP par an par personne.

Pour ce qui concerne le personnel éducatif : le SAVS regroupe 2 moniteurs éducateurs et 1 éducateur spécialisé.

Le reste du personnel est affecté sur le foyer d'hébergement et sur l'accueil de jour, ceci en grande partie pour éviter les horaires « coupés ». Il y a donc 1 animateur sportif à mi-temps chargé d'organiser des sorties sportives ou culturelles le samedi et en fin d'après-midi à partir de 18h. 1 AMP, 6 moniteurs éducateurs, 2 éducateurs spécialisés et 3 surveillants de nuit. 1 ouvrier d'entretien chargé des petites réparations, titulaire de la formation de surveillant de nuit, assure les remplacements des 2 surveillants de nuit.

La majorité du personnel est composée de travailleurs sociaux, présentant des profils très proches, et par conséquent l'équipe offre peu de pluridisciplinarité.

Tout le personnel est en CDI pour une moyenne d'âge de 45 ans.

Nous avons vu précédemment dans la présentation des 2 établissements : ESAT et Complexe Gabriel Dupré, que les projets d'établissement ne mentionnaient aucune action précise dans le cadre de la préparation à la retraite. Néanmoins, les conditions de travail à l'ESAT ont été adaptées aux personnes qui ressentaient des signes de fatigue physique liées à l'avancée en âge d'une part, et d'autre part à une activité professionnelle éprouvante physiquement.

1.3.2 Un effort d'adaptation des conditions de travail à l'ESAT

Un atelier Maçonnerie a été remplacé par un atelier Sous-traitance, dont l'ensemble des postes sont des postes assis. Il a été pensé pour permettre aux travailleurs d'ESAT qui ont occupés des postes plus exigeants physiquement, de poursuivre leur activité professionnelle à l'ESAT jusqu'à l'âge légal de leur départ à la retraite. Les orientations sur cet atelier sont réalisées suite à des préconisations du médecin du travail ou suite à des demandes des travailleurs, demandes analysées dans le cadre de leur Projet d'Accompagnement Personnalisé.

Ce bâtiment d'une dizaine d'année est vaste, très clair, équipé de volets roulants et bien isolé de manière à offrir des conditions d'accueil confortables.

Le rythme de travail est adapté et nous veillons à ce que l'activité ne soit pas trop répétitive. Elle est variée et diversifiée afin de maintenir l'intérêt au travail.

J'avais souligné que 55% des travailleurs appartenaient aux ateliers espaces verts et blanchisserie, réputés être des activités éprouvantes.

L'atelier blanchisserie a été climatisé il y a 2 ans dans le but de réduire la fatigabilité au travail ; des travaux d'agrandissement sont prévus d'ici la fin de l'année afin de rendre plus confortables les conditions de travail.

Concernant les espaces verts, les horaires sont aménagés en période de forte chaleur. Les équipes débutent plus tôt le matin et stoppent l'activité à midi.

La meilleure ergonomie est recherchée lors des achats de matériels.

Tout ce qui précède nous amène à souligner qu'une politique de prévention des risques est menée au sein de l'ESAT. Des séances de formation Prévention des Risques liés à l'Activité Physique (PRAP) sont mise en place par atelier, les travailleurs et les moniteurs participent ensemble. De même, la mise à jour annuelle du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) est réalisée dans chaque atelier avec le concours des personnes accueillies et du moniteur. Cette mise à jour permet de revoir les équipements des ateliers de manière plus ergonomique. Enfin, un programme de santé au travail a été proposé par un éducateur de soutien, et inclus dans le projet d'établissement après validation par la médecine du travail. Il permet aux personnes qui le souhaitent et qui sont identifiées par l'éducateur de suivre des séances de renforcement musculaire souple et d'étirement dont l'objectif est de maintenir leur bien-être sur leur poste de travail.

Enfin, le temps de travail est aménagé. Le temps partiel est largement favorisé, notamment pour répondre plus spécifiquement aux demandes de personnes approchant de l'âge de la retraite (23% de l'effectif).

Depuis le 1^{er} janvier 2013, le temps de travail à temps plein des ESAT est passé de 35 à 32 heures (rémunéré 35) selon une volonté associative pour s'adapter au rythme des travailleurs et ainsi réduire la fatigabilité. J'ai commencé à informer le personnel de ce changement de temps de travail dès le mois de mars, pour recueillir leurs souhaits. J'ai fait le choix initial, pour les travailleurs, de libérer le vendredi après-midi pour allonger le temps de repos du weekend afin justement de prendre en compte l'avancée en âge de notre population. Néanmoins, j'ai laissé les salariés se positionner sur la tenue des réunions d'équipe soit le mardi soir de 17h30 à 18h30 et les réunions de préparation des PAP entre 13h et 14h ; soit le vendredi après-midi. J'ai mené moi-même les discussions en réunion d'équipe, puisque le poste de RUIS n'a été créé qu'à partir du mois de novembre 2012. J'ai apporté le même niveau d'information au CE sur la même période, pour aboutir à un avis favorable concernant la nouvelle organisation avant la fin de l'année. Enfin, l'information a aussi été apportée en CVS bien avant la mise en place.

J'ai proposé qu'une intervention de techniciens de la CARSAT soit organisée à l'ESAT pour informer les travailleurs de 55 ans et plus sur leurs droits à la retraite. Des interventions individuelles ont été mise en place, par la suite, toujours à l'ESAT donc pendant le temps de travail, pour les travailleurs qui étaient près de l'âge légal. Les représentants légaux étaient associés à ses interventions individuelles dont le but était de commencer à rassembler les pièces pour constituer un dossier. En effet, il n'existe pas de mise à la retraite à l'ESAT. Les travailleurs sont libres de leur choix de poursuivre leur activité professionnelle ou non.

Aucune préparation à la retraite n'était mentionnée dans les PAP des travailleurs de l'ESAT, avant juillet 2013. L'organisation du départ à la retraite est laissée au représentant légal, le temps partiel est un aménagement que l'établissement propose un peu avant la retraite afin de permettre à la personne et à son représentant légal de réaliser les démarches administratives nécessaire ou de visiter d'autres structures si nécessaire. Un pot de départ était réalisé à l'ESAT.

Ce sujet a pu apparaitre, jusqu'à présent, comme concernant davantage le Complexe Gabriel Dupré, dans la mesure où d'une part, se pose la question du logement après l'âge de la retraite des travailleurs d'ESAT accueillis en hébergement et ou d'autre part, il n'y a pas de « limite d'âge » à l'accompagnement prodigué par le SAVS.

1.3.3 Des expériences d'accompagnement à la retraite trop empiriques entre 2010 et 2014

Ayant repris la direction du Complexe Gabriel Dupré en 2014, j'ai acquis une meilleure compréhension des personnes accueillies dans le sens où je me suis intéressée à ce qui pouvait se passer en dehors de la sphère professionnelle. J'ai ainsi pu entamer une réflexion plus large, moins centrée sur un établissement, mais davantage sur ce qui pouvait se passer avant et après l'établissement, et de fil en aiguille la notion de parcours s'est dessinée.

J'ai constaté que les PAP des services du Complexe Gabriel Dupré ne sont pas à jour, l'échéance annuelle obligatoire n'est pas respectée. Dans la procédure associative des PAP, la psychologue est identifiée comme la coordinatrice clinique des actions menées et le RUIS comme le garant du projet. Ils sont donc systématiquement présents à chaque réunion d'élaboration du PAP. Le manque de temps de psychologue est peut-être à l'origine du non-respect de l'échéance annuelle des PAP.

Il y a donc peu d'éléments concernant l'organisation mise en place lors des 3 départs à la retraite entre 2010 et 2015. Il n'y a pas de projet de service spécifique au SAVS, au foyer d'hébergement et à l'accueil de jour, j'ai donc du interroger les professionnels présents du foyer d'hébergement et du SAVS afin de savoir comment s'était déroulée la transition que représente la retraite.

Les 3 personnes sont parties toutes les trois à l'âge légal, à 60 ans.

Madame E.B, célibataire, est entrée à l'ESAT en 1979, elle a pris sa retraite en mars 2011 et a été accompagnée par le SAVS jusqu'en juillet 2013. Elle est toujours restée sur le même atelier à l'ESAT, à savoir l'atelier menuiserie au sein duquel elle rempaillait des chaises.

Elle présentait des troubles de la personnalité sur un fond de déficience intellectuelle moyenne, et montrait un besoin d'indépendance et de solitude. Elle avait très peu de relations avec ses collègues de travail et s'isolait systématiquement lors de la pause après le repas.

Il y a eu peu d'accompagnement réalisé par les différents intervenants : le moniteur d'atelier, le représentant légal et les éducateurs SAVS (un éducateur spécialisé et un moniteur éducateur se sont succédé lors de la période de départ à la retraite, puisqu'à ce moment-là, les professionnels du Complexe Gabriel Dupré souhaitaient changer de service et passer du foyer d'hébergement au SAVS).

Madame E.B exprimait peu de besoins, refusant parfois de recevoir les éducateurs SAVS à son domicile et refusant toutes les invitations de se rendre sur le service. L'accompagnement médical était difficile et donc très aléatoire.

Elle ne participait pas aux sorties organisées les samedis par le Complexe.

Il n'est pas fait mention dans les derniers PAP ESAT et SAVS, qui dataient de 2009 (pas de PAP élaboré en 2010) d'intervention d'autres partenaires, le PAP de l'ESAT ne mentionnant même pas en 2009 l'imminence de la retraite.

Madame E.B n'a pas souhaité fêter son départ et n'a plus eu aucun lien avec l'ESAT après son départ.

La professionnelle interrogée m'a fait part du fait qu'à partir du moment où elle a quitté l'ESAT, elle n'a plus voulu recevoir aucun éducateur du SAVS.

Monsieur F.A venait d'un foyer de vie avant d'entrer à l'ESAT en 1993 à l'atelier cuisine centrale. Il était célibataire et vivait au foyer d'hébergement. Il est parti à la retraite au mois d'octobre 2011, mais a continué d'être domicilié au foyer d'hébergement pendant un an jusqu'au mois d'octobre 2012 faute de solution d'accueil au moment de son départ à la retraite.

Son souhait, à la retraite, était d'entrer dans un EHPAD au centre-ville. La professionnelle interrogée pense que son projet était d'habiter au centre-ville, mais peut-être pas forcément en EHPAD.

En effet, M. F.A était très autonome dans ses déplacements fréquents en ville. L'animation devait certainement l'intéresser.

Il a sollicité l'ESAT à partir de 2008 pour un passage à temps partiel. Sa fatigabilité accrue a été prise en compte et son temps de travail aménagé, 3 ans avant sa retraite. Etant en foyer d'hébergement, il n'y a pas d'éducateur présent sur le site, sauf les éducateurs de l'accueil de jour (qui interviennent aussi au foyer d'hébergement pour éviter les horaires coupés) mais qui ont en charge 12 personnes. Donc M. F.A. organisait seul son temps libre après son travail en restant soit dans sa chambre ou dans les parties communes du foyer, soit en allant se promener en ville et y faire ses courses.

Les professionnels ont jugé que son autonomie était suffisante, mais manifestement pas assez pour être accompagné en appartement par le SAVS.

Les éducateurs, en accord avec le tuteur, lui ont laissé faire ses démarches seul auprès de l'EHPAD, dans le but de le responsabiliser. Finalement, cette entrée n'a pu se réaliser dans les temps et la solution d'une famille d'accueil a été acceptée par M. F.A.

Certains professionnels estiment qu'il n'a pas été assez accompagné dans ses démarches auprès de cet EHPAD.

Rien à ce sujet n'est mentionné dans son dossier : aucune trace ni description des démarches, aucun lien formalisé avec l'EHPAD, aucune visite de ce type d'établissement. Les démarches avec la famille d'accueil ne sont guère plus explicitées dans le dossier de M. F.A.

A l'heure actuelle, nous tentons encore de récupérer auprès du Conseil départemental une créance de près de 38 000 euros correspondant aux prix de journée en foyer d'hébergement entre le moment de sa retraite et son orientation en famille d'accueil. Le Conseil départemental arguant que les foyers d'hébergement ne sont financés que pour accueillir des travailleurs d'ESAT.

Monsieur G.C est entré à l'ESAT en 1980 dans un des ateliers espaces verts qu'il n'a quitté que lorsqu'il est parti à la retraite en 2012. Monsieur G.C vivait en appartement sans protection juridique et sans SAVS. Il avait un bon réseau social en ville, était passionné par le rugby et entretenait de très bonnes relations avec ses collègues. Il a souhaité organiser un pot de départ dans son atelier pour fêter son départ.

Son départ à la retraite n'a nécessité qu'une aide administrative ponctuelle procurée par l'ESAT.

Ces 3 situations sont très différentes, mais concernent des problématiques potentielles auxquelles les établissements seront confrontés dans les 5 ans à venir, sauf qu'il s'agira d'accompagner 33 personnes et non pas 3.

Ce que je relève dans ces 3 situations, c'est l'insuffisance de traçabilité et d'anticipation des difficultés, au point qu'une personne sur les 3 a dû renoncer à son projet, faute de moyens de compensation mis en place.

Des difficultés administratives venant dans un second temps, se greffer sur cette problématique, comme cette créance qui risque d'être déclarée irrécouvrable.

Ces situations ont été traitées au cas par cas, donc sans procédure organisée et de fait sans réelle coordination entre les intervenants qui ont agi. Chacun a agi au gré de ses pratiques, en l'absence d'un projet de service fédérateur.

Conclusion partielle

Compte tenu de l'évolution de la population de l'ESAT entre 2015 et 2020, donc de la cohorte importante de personnes qui peuvent prétendre à une retraite anticipée à 55 ans grâce aux aménagements de la loi du 20 janvier 2014, et avec une approche orientée « parcours de vie » ; j'ai naturellement engagé ma réflexion sur le passage à la retraite qui se décline selon moi en 3 étapes : comment adapter les conditions de travail à des personnes plus âgées ? Comment faciliter une transition vers la retraite (pour faciliter cette transition, il m'apparaît nécessaire de savoir vers où les accompagner) ? Et enfin, comment les accompagner une fois à la retraite ?

Cette forme de transition lente, d'évolution ou de « transformation silencieuse »¹⁶, rejoint la notion de continuité de parcours de vie : ce questionnement fera l'objet de la deuxième partie de mon travail, ou j'envisagerai en premier lieu les modalités et les enjeux du départ à la retraite.

2 Envisager la préparation à la retraite des travailleurs d'ESAT comme un ajustement souple entre la personne et son environnement

2.1 Le départ à la retraite

2.1.1 Modalités et conséquences en droit commun

Le système de retraite français se caractérise par une grande variété de régimes. Il en existe pour les salariés du secteur privé, les salariés du secteur public, les fonctionnaires, les professions libérales, les artisans, les commerçants, les agriculteurs, etc. Il y a également des régimes dits « spéciaux » qui permettent de prendre en compte la diversité des situations et des groupes professionnels.

Ces régimes sont gérés par 35 organismes de retraite, certains gèrent à la fois la retraite de base et la retraite complémentaire, d'autres ne gèrent que l'une ou l'autre de ces 2 catégories.

Si les règles de la retraite sont différentes entre les régimes, elles reposent toutes sur le principe de la répartition. Cela signifie que les cotisations perçues auprès des actifs au cours d'une année donnée servent à payer les retraites de cette même année. La répartition crée une solidarité entre les actifs et les retraités, entre les jeunes et les plus anciens. On parle alors de solidarité intergénérationnelle.

Assurance collective et obligatoire, la retraite a été mise en place pour garantir à tout assuré des ressources après la cessation de son activité professionnelle. Les cotisations

¹⁶ JULLIEN F, 2009, *Les transformations silencieuses*, Paris : Grasset, 197 p.

sociales sont proportionnelles aux revenus du travail et les prestations dépendent des cotisations versées.

Ce système des retraites est empreint d'une forte dimension sociale. Ceux qui ne peuvent pas cotiser, par exemple à cause du chômage, de la maladie ou d'un congé de maternité, peuvent, sous certaines conditions acquérir des droits à la retraite pour ces périodes d'inactivité involontaire. Cette dimension sociale conduit également à attribuer des avantages spécifiques aux assurés ayant élevé des enfants ou à garantir un montant minimum de retraite de base.

La solidarité joue entre les différents régimes ou organismes de retraite pour compenser les disparités démographiques lorsque les cotisants ne sont plus assez nombreux pour payer les retraites. Elle permet de maintenir le niveau des retraites de tous les assurés.

Je m'intéresserai plus particulièrement au régime général des salariés : 79% des actifs, soit près de 18 millions de personnes, relèvent du régime général des salariés et du régime des salariés agricoles¹⁷.

La retraite des salariés est composée de 2 parties obligatoires : une retraite de base et une retraite complémentaire.

Concernant le régime général des salariés du secteur privé, la retraite de base est gérée par la CNAV en Île-de-France ou CARSAT en régions, et la retraite complémentaire par l'ARRCO (retraite complémentaire des salariés) et l'AGIRC (retraite complémentaire des cadres).

L'âge légal de départ à la retraite passe progressivement de 60 à 62 ans selon l'année de naissance. Pour les personnes nées avant le 1^{er} juillet 1951, l'âge légal de départ à la retraite reste à 60 ans ; pour les personnes nées en 1952, l'âge légal est reporté à 60 ans et 9 mois et ainsi de suite jusqu'aux personnes nées après 1955 pour lesquelles l'âge légal de départ à la retraite est de 62 ans.

Toutefois, des possibilités de départs anticipés existent pour :

- Les personnes qui ont commencé à travailler avant 20 ans, et justifient de carrières longues.
- Les travailleurs handicapés.

Un dispositif de retraite pour pénibilité existe depuis 2011. Les assurés concernés peuvent, sous certaines conditions, partir à la retraite à taux plein dès 60 ans.

¹⁷ Ma retraite, mode d'emploi : le guide pour comprendre et préparer sa retraite. (visité le 20.06.2015), disponible sur Internet : <http://www.info-retraite.fr>

L'âge légal est l'âge auquel un salarié a le droit de demander sa retraite. Néanmoins, lorsqu'il atteint cet âge, il n'a pas forcément réuni la durée totale nécessaire pour bénéficier d'un taux plein.

En effet, ce taux plein est accordé aux assurés qui justifient de la durée d'assurance fixée pour leur année de naissance. Cette durée varie actuellement de 160 à 172 trimestres validés. Le taux plein pour les salariés du secteur privé est de 50%, il est appliqué au salaire annuel moyen. Actuellement, ce dernier correspond à la moyenne des 25 meilleures années d'assurance dans la limite du plafond de la Sécurité Sociale (3 129 euros bruts mensuels en 2014).

L'âge minimum pour obtenir une retraite à taux plein varie entre 65 et 67 ans selon l'année de naissance.

Si le salarié qui demande sa retraite à l'âge légal n'a pas réuni la durée d'assurance totale nécessaire pour bénéficier d'un taux plein, et s'il n'est pas reconnu inapte au travail, sa retraite sera diminuée définitivement. C'est ce que l'on appelle la décote, qui est une diminution du taux de liquidation c'est-à-dire du taux qui s'applique au salaire.

En revanche, tout trimestre cotisé au-delà de l'âge légal de départ à la retraite et du nombre de trimestres nécessaires pour le taux plein, procure une majoration (ou surcote) du montant de la retraite (de 1,25% pour chaque trimestre supplémentaire acquis à compter du 1^{er} janvier 2009).

Le taux plein de 50% peut également être accordé à partir de l'âge légal de départ à la retraite, quel que soit le nombre de trimestres dans plusieurs cas :

- si le salarié est reconnu inapte au travail
- titulaire d'une pension d'invalidité
- ou si le salarié perçoit l'AAH.
- si la salariée a été mère de famille ouvrière
- si le salarié est ancien combattant, ou prisonnier de guerre, ou interné politique, ou de la Résistance.

Le taux plein peut être accordé :

- dès 55 ans, si le salarié peut bénéficier de la retraite anticipée « assurés handicapés »,
- avant l'âge légal, si le salarié peut bénéficier de la retraite anticipée carrière longue,
- dès 60 ans, si le salarié peut bénéficier de la retraite pour pénibilité.

Enfin, le taux plein reste maintenu à 65 ans pour :

- les personnes nées entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1955 qui ont eu ou élevé au moins 3 enfants, ont réduit ou cessé leur activité pour élever un de ces enfants et ont validé un nombre minimum de trimestres avant cette interruption.

- les assurés qui ont interrompu leur activité professionnelle en raison de leur qualité d'aidant familial,
- les assurés qui ont validé au moins un trimestre au titre de la majoration de la durée d'assurance pour enfant handicapé,
- les assurés qui ont apporté une aide effective en tant que salarié ou aidant familial pendant au moins trente mois à leur enfant bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap,
- les assurés handicapés.

Une fois que l'assuré a cessé son activité salariée, quel que soit le régime complémentaire (Arrco, Agirc) auquel il est affilié ; il peut alors percevoir une retraite complémentaire sans minoration dès lors qu'il aura obtenu la retraite de base à taux plein. Le montant de la retraite complémentaire annuelle s'obtient en multipliant le nombre des points qui ont été attribués pendant toute la durée de la carrière professionnelle par la valeur du point en vigueur lors du départ à la retraite. Au 1^{er} avril 2014, la valeur du point Arcco est de 1,2513 euros ; et la valeur du point Agirc de 0,4352 euros.

Les interlocuteurs privilégiés pour faire le point sur la retraite globale (de base et complémentaire) à partir de 45 ans, sont les Cicas qui mettent à la disposition des assurés des conseillers retraite pour un entretien d'information gratuit sur :

- les droits que l'assuré s'est constitué auprès des différents régimes de retraite obligatoire,
- les perspectives d'évolution de ces droits,
- les dispositifs qui permettent d'améliorer la retraite.

Je viens d'examiner la retraite en fonction du statut professionnel, et plus particulièrement du statut de salarié qui concerne 79% des actifs, que nous pouvons donc considérer comme le droit commun.

Néanmoins, il existe aussi des droits en fonction du parcours des assurés : par exemple en fonction des situations particulière de la vie professionnelle (le travail à l'étranger, le temps partiel, le travail dans l'entreprise du conjoint, etc.) ; en fonction des situations particulières de la vie personnelle (congé parental, congé sabbatique, travailleur handicapé, etc.) ; en fonction des accidents de la vie professionnelle (ancien travailleur de l'amiante) ; et en fonction des périodes d'inactivité professionnelle (chômage indemnisé ou non).

Concernant le parcours de l'assuré au regard de ses droits à la retraite, je m'intéresserai maintenant à la situation particulière du travailleur handicapé travaillant en ESAT, mais

néanmoins identique sur bien des points au droit commun. J'examinerai le nouveau dispositif de retraite anticipée, puis les conditions de départ à la retraite à l'âge légal et enfin les compléments de ressources lorsque la retraite n'assure pas un minimum de ressources.

2.1.2 Modalités et conséquences pour les travailleurs de l'ESAT La Caillaouère

En tant que travailleur handicapé, les droits à la retraite sont identiques. L'âge légal a donc été progressivement relevé de 60 à 62 ans.

Il faut produire la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé délivrée par la CDAPH.

Le dispositif de retraite anticipée a été modifié par l'article 36 de la loi n°2014-40 du 20 janvier 2014.

Jusqu'à l'intervention de la loi du 20 janvier 2014, 2 critères étaient retenus pour définir le handicap permettant de bénéficier de la retraite anticipée des travailleurs handicapés :

- justifier, pour la période d'une incapacité permanente d'au moins 80% ou avoir bénéficié de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) accordé par la MDPH.

Ces 2 conditions ont été supprimées par la loi précitée et remplacées par le critère : justifier d'une incapacité d'au moins 50% durant l'intégralité des durées d'assurance requises (durée d'assurance totale et durée d'assurance cotisées). Ces nouvelles dispositions qui assouplissent vraiment le dispositif, sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} février 2014.

Par exemple, pour les personnes nées en 1958, 1959 ou 1960 : si l'âge de départ à la retraite envisagé est à partir de 55 ans, elles doivent cumuler 127 trimestres de durée totale d'assurance (tous les trimestres validés dans le régime général au titre des périodes travaillées, ou au titre des périodes assimilées telles que les arrêts maladie par exemple) pour 107 trimestres de durée d'assurance cotisée (plus restrictive, elle correspond à toutes les périodes de cotisations à un régime de base)¹⁸.

Le montant de la pension de retraite versé par la sécurité sociale est calculé en tenant compte des éléments habituels :

- le salaire annuel moyen
- la durée d'assurance tous régimes confondus et au régime général uniquement.

Le montant est systématiquement calculé sur la base du taux plein de 50%.

Cet assouplissement des conditions de départ anticipé à la retraite peut avoir un impact considérable sur les travailleurs de l'ESAT La Caillaouère.

Les travailleurs n'ont aucune obligation de communiquer à l'établissement le taux d'incapacité que leur reconnaît la CDAPH, ni s'ils perçoivent l'AAH. Je ne suis donc pas en mesure de fournir des statistiques précises, néanmoins sur la base des éléments fournis volontairement par les travailleurs, j'estime que l'ensemble des travailleurs présente une incapacité d'au moins 50%. Cette configuration était très différente avant 2014, quand il fallait justifier d'un taux d'incapacité de 80% pendant toute la durée d'assurance, ils étaient beaucoup moins nombreux.

Je précise aussi la différence entre le taux d'incapacité qui est estimé par la CDAPH (qui est le taux utilisé dans le cadre de la retraite anticipée) pour évaluer le droit aux diverses prestations possibles ; et le taux d'invalidité évalué par le médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie.

Il y a 2 systèmes administratifs parallèles, celui du handicap (d'où la nécessité de définir précisément cette notion de handicap) et celui de l'invalidité. La notion d'invalidité s'applique à la personne dans sa relation au monde du travail, on parle d'invalidité lorsqu'elle est due à une maladie professionnelle ou à un accident de travail

Est invalide tout travailleur qui a perdu au moins les 2/3 de sa capacité de travail. Ainsi toutes les personnes reconnues handicapées ne sont pas nécessairement invalides, mais tous les travailleurs handicapés accueillis en ESAT sont invalides puisque la réduction de la capacité de travail des 2/3 est un des critères retenus par la CDAPH pour orienter en ESAT. Il y a donc des passerelles entre les 2 systèmes, puisque la CDAPH peut délivrer la carte d'invalidité à partir d'un taux d'incapacité de 80%, et que la sécurité sociale délivre aussi la carte d'invalidité.

¹⁸ Retraite du salarié : retraite anticipée pour handicap. Mise à jour le 19.01.2015 – Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre). (visité le 20.06.2015), disponible sur Internet : <http://vosdroits.service-public.fr/F16337.xhtml>

Les travailleurs handicapés qui ont atteint l'âge légal de départ à la retraite (entre 60 et 62 ans selon leur année de naissance) et qui sont ; soit reconnus inaptes au travail par le médecin de la caisse de retraite ; soit en incapacité permanente à au moins 50% (depuis la réforme de 2014) peuvent prendre leur retraite à taux plein, même s'ils ne remplissent pas la condition de durée d'assurance.

Signalons le cas particulier des bénéficiaires d'une pension d'invalidité : lorsqu'ils atteignent l'âge légal de départ à la retraite, ils perçoivent automatiquement, en remplacement, une pension de retraite pour inaptitude au travail, calculée sur la base du taux plein même s'il n'a pas atteint le nombre de trimestres requis. Néanmoins, le bénéficiaire peut refuser cette substitution et demander à continuer de percevoir cette pension d'invalidité s'il continue à exercer une activité professionnelle jusqu'à 65 ans pour les assurés handicapés.

La majorité des travailleurs de l'ESAT perçoivent l'AAH. Elle prend fin au moment du départ à la retraite et dans tous les cas à l'âge légal de départ à la retraite, le régime relatif à la retraite prend alors le relais.

Si le total de la retraite de base et de la retraite complémentaire perçu par le retraité d'ESAT avant 60 ans, s'avère inférieur au montant de l'AAH à taux plein, l'ASI doit être demandée en priorité par rapport à l'AAH.

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est une prestation versée sous certaines conditions aux personnes titulaires d'une pension de retraite anticipée et donc qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Depuis 2006, l'ASI remplace l'allocation supplémentaire du « minimum vieillesse ».

Le demandeur doit résider en France et être atteint d'une invalidité générale réduisant sa capacité de travail des 2/3 (ce qui concerne les travailleurs handicapés orientés par la MDPH en ESAT).

L'ASI est un complément alloué aux retraités handicapés dont les ressources n'excèdent pas 8 424,05 euros par an (pour une personne vivant seule). L'objectif étant que le retraité handicapé puisse recevoir 702 euros par mois.

Les sommes versées par l'ASI sont récupérables sur la succession.

A partir de l'âge légal de la retraite, le retraité d'ESAT peut prétendre à l'ASPA, sous condition de ressources, qui lui permettra d'assurer un niveau minimum de ressources, elle remplace le « minimum vieillesse » depuis 2006.

Son montant maximum est de 800 euros par mois.

Enfin, il faut souligner que le cumul emploi/retraite est possible pour le travailleur d'ESAT, la CARSAT se chargeant de calculer la situation la plus avantageuse financièrement. Ce système peut être mobilisé lorsque le travailleur le souhaite, pour par exemple, lui laisser le temps et la souplesse nécessaire pour organiser cette période de transition sans que l'âge ne tombe comme un couperet.

Après avoir balayé l'aspect technique de la retraite des travailleurs d'ESAT, en mettant en avant un assouplissement en faveur de la cessation d'activité anticipée à taux plein, qui peut répondre en partie à une fatigabilité ou à une usure professionnelle ; je m'attacherai à développer l'aspect qualitatif du temps de la retraite dans un parcours de vie.

2.2 La retraite : une transition longue entre le temps de vie post professionnelle et la vieillesse biologique

Je m'appuie, dans cette partie, sur différentes études sociologiques qui ont été menées auprès de cohortes de population. Chacun de ces travaux a contribué à éclairer ce que représentent la retraite, et ses différentes conséquences.

2.2.1 De nouveaux comportements sociaux

Je fais le choix de partir d'un article d'Anne-Marie GUILLEMARD, professeur des universités à Paris V – Sorbonne, intitulé « de la retraite mort sociale à la retraite solidaire » et sous-titré « La retraite une mort sociale (1972) revisitée 30 ans après »¹⁹. Ce choix a été motivé par le fait qu'Anne-Marie GUILLEMARD a réalisé en 1972, la première étude sociologique française sur les pratiques de retraite. Elle avait, à l'époque, mis en avant que la « retraite retrait » était le modèle le plus répandu. Les retraités, souvent les plus démunis, se « repliaient » sur eux-mêmes, les comportements quotidiens étaient essentiellement dirigés vers les tâches ménagères qui prenaient dès lors une importance considérable et surtout prépondérante dans leur vie. Il n'y avait plus d'existence sociale, plus de projets d'avenir, ne restait que la vie biologique.

¹⁹ GUILLEMARD AM, mars 2002, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, N°102, p 53-66.

Anne-Marie GUILLEMARD écrivait dans cet article : « si un acquis suffisant n'a pu être constitué pendant la période active de l'existence, on assiste au moment de la retraite, à une paralysie progressive de toute l'activité sociale du sujet, à son repli sur l'être biologique.... ainsi le fait d'avoir effectué des tâches de pure exécution dans le procès de production fait tendre la pratique de retraite vers une mort sociale, même si l'état biologique et le niveau des allocations touchées sont satisfaisants ».

Néanmoins, il fallait actualiser les données en fonction notamment des progrès de la médecine et de l'allongement de la durée de la vie.

Dans les années 1970, le passage à la retraite se poursuivait par 5 à 10 ans d'espérance de vie ; « aujourd'hui la retraite signifie une transition longue de 20 à 25 ans entre le temps de vie post professionnelle et la vieillesse biologique. Ceci donne aux retraités la possibilité d'être retirés du monde du travail sans l'être pour autant de la société »²⁰.

Les attitudes de retrait que décrivait Anne-Marie GUILLEMARD n'ont pas disparu, elles apparaissent plus tardivement.

A partir d'une comparaison entre les transformations des représentations sur la retraite faite par la SOFRES, et les comportements des jeunes retraités et de l'ensemble de la population depuis 20 ans réalisés par le CREDOC ; Daniel REGUER, maître de conférence en sociologie à l'IUT du Havre, observe que « la conception de la retraite qui apparaît comme une période de la vie où l'on peut enfin faire toutes les choses qui nous intéressent, double entre 1975 et 1989 chez les retraités, passant de 16 à 34% »²¹.

« Dans le même mouvement, ces dernières décennies sont également marquées par l'invention de comportements multiformes et hétérogènes qui ont en commun de conduire au refus d'une mort sociale »²².

De nouveaux comportements, liés à une conception active de la retraite sont désormais observés.

Ainsi, Simone PENNEC, maître de conférences en sociologie à l'université de Bretagne occidentale, met en exergue que les pratiques des femmes à la retraite se caractérisent par « le faire pour soi » avec la volonté d'activités nouvelles tournées vers l'extérieur. Elles cherchent à avoir du temps pour elles en dehors de leur rôle domestique. Elle note par exemple, une sur représentation féminine dans les clubs de lecture, les ateliers de

²⁰ LEGRAND M, 2001, « introduction » in LEGRAND M. / éd., *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p11-29

²¹ REGUER D, 2001, « Recomposition d'une vie sociale » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p190-221.

²² Ibid.

peinture²³. Pour le chercheur S. GUIONNET (1999), « la lecture permet aux femmes... une sorte de dépassement des marquages sociaux que l'on peut expérimenter sans risques....une sorte de désocialisation : se défaire de son rôle, de son statut ».

En revanche, les parcours des hommes se situent en continuité avec leurs activités antérieures, l'utilité sociale est primordiale et tournée vers autrui.

Néanmoins, Simone PENNEC observe que « pour certains hommes, on peut parler d'une redécouverte des relations familiales et sociales au sein desquelles ils s'avèrent plus actifs qu'auparavant. La poursuite d'activités d'entraide, de coups de main à l'égard des enfants et de la parentèle peut devenir l'activité principale ».

D'autres ne se voient pas vieillir, or le passage au statut de retraité met en avant le sentiment « d'avoir vieilli », et peut constituer un choc psychologique.

Et pourtant, François JULLIEN, philosophe d'inspiration orientaliste, nous rappelle que « vieillir a toujours déjà commencé », que tout en nous se transforme continuellement, mais de manière si légère que nous n'y prêtons guère attention et que de fait « le choc », le résultat, saute brutalement au visage. Alors que si nous étions plus attentifs à chaque moment sans immédiatement vouloir se projeter dans un futur inconnu et par là même angoissant, nous pourrions déceler « les transformations silencieuses » quotidiennes qui nous permettraient de nous inscrire dans un processus, un continuum, et ainsi d'éviter les ruptures²⁴.

Enfin, pour en terminer avec cette approche des différences de comportements entre hommes et femmes ; la gestion nouvelle du temps semble être plus aisée pour les femmes. L'ouvrage sous la direction de Dominique THIERRY, vice-président de Développement et Emploi et de France Bénévolat, mentionne que « le passage d'un temps imposé et sous contraintes à un temps choisi, mais plus morcelé, est un véritable apprentissage.... Qui demande du temps. A l'évidence, et sauf exceptions, ce nouvel apprentissage est plus facile pour les femmes que pour les hommes, car les femmes ont appris, par nécessité, à gérer des temps sociaux plus diversifiés »²⁵.

Au début des années 90, grâce à l'amélioration de leur niveau de vie, la « retraite loisirs » était prédominante chez les jeunes retraités : temps consacrés à la vie familiale ; moments de loisirs, de voyages, d'activités sportives et quelques activités sociales hors

²³ PENNEC S, 2001, « les liens sociaux au moment du passage à la retraite : différences entre les sexes » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p159-178.

²⁴ JULLIEN F, 2009, *Les transformations silencieuses*, Paris : Grasset, 197 p.

famille. Concernant ces dernières, par exemple, un indicateur important de socialisation « recevoir chez soi au moins une fois par semaine » témoigne d'un fort changement pour les plus de 60 ans entre 1979 et 1998 (Sources CREDOC)²⁶.

Or, nous assistons actuellement « à l'émergence d'une nouvelle génération de retraités qui se caractérise par les points suivants : individualisation et autonomisation des comportements, mobilité géographique et familiale, attirance pour l'espace public et la sociabilité extra-familiale, participation à la vie associative »²⁷.

Ces évolutions de comportement des retraités sont consécutives aux évolutions récentes de la société en général. Daniel REGUER souligne que « le regard de la population sur la retraite semble être passé d'une reconnaissance du vieux travailleur à faire valoir son droit à la retraite, à une exigence d'utilité sociale »²⁸.

Ceci peut s'expliquer par la tension actuelle sur l'avenir de notre système de financement des retraites, ou la solidarité intergénérationnelle est quelque peu malmenée.

Jean-François BICKEL, chargé de recherche en sociologie à l'université de Genève, et Christian LALIVE D'EPINAY, professeur de sociologie dans cette même université, complètent ce thème sur l'évolution générale de la société, en ajoutant que « de nombreuses études ont montré que le déploiement de la société postindustrielle (notion introduite par Bell 1973 et Touraine 1969) au cours des décennies dorées (1950-1980) s'est accompagné d'une révolution culturelle profonde, caractérisée par la montée de l'individualisme et d'un Ethos centré sur l'idée d'épanouissement personnel »²⁹.

Parmi les retraités, nous pouvons noter un niveau d'exigence plus élevé en ce qui concerne leur qualité de vie, ce qui correspond à l'idée d'épanouissement personnel. En revanche, la montée de l'individualisme n'empêche pas l'implication en termes d'utilité sociale des jeunes retraités. Anne-Marie GUILLEMARD, dans son article écrit que « selon le CREDOC, pour la France, l'engagement associatif des retraités a connu une croissance plus rapide que celui des autres classes d'âge (Chokrane et Hatchuel,

²⁵ THIERRY D. / éd., 2006, *L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale ?*, Rueil-Malmaison, Editions Liaisons, 140 p.

²⁶ REGUER D, 2001, « Recomposition d'une vie sociale » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p189 – 221.

²⁷ LEGRAND M, 2001, « introduction » in LEGRAND M. / éd., *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p11-29.

²⁸ REGUER D, 2001, « Recomposition d'une vie sociale » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p189 – 221.

²⁹ BICKEL JF, LALIVE D'EPINAY C, « les styles de vie des personnes âgées et leur évolution récente : une étude de cohortes » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p 245 – 280.

1999)..... Désormais, plus d'une personne retraitée sur deux est membre d'une association au moins (Michaudon, 2000) »³⁰.

Marie-Pierre NOYER, chargée de recherche en sociologie à l'université de Nancy, nous explique aussi, dans le prolongement de ce que développent Anne-Marie GUILLEMARD et Daniel REGUER, que « c'est sans doute parmi les jeunes retraités engagés dans des associations que l'on comprend de manière plus immédiate le pouvoir socialisant de l'association, véritable ersatz du monde du travail, méthode placebo soignant les blessures de la retraite retrait. L'association permet aux retraités de retrouver un emploi du temps, des projets à entreprendre, à construire, à mettre en place et à faire vivre. Elle offre une seconde chance pour d'autres de continuer à mobiliser et faire vivre leurs compétences, elle permet de garder un statut social en dehors des frontières de la famille et du ménage »³¹.

Daniel REGUER conclue son chapitre sur la recomposition d'une vie sociale, par une réflexion sur les politiques sociales relatives à l'avancée en âge de la population. Il souligne qu'il faut prêter attention aux évolutions récentes des modes de vie des jeunes retraités, qui seront les « vieillards de demain ». Sans en faire une généralité, il propose alors d'anticiper l'arrivée de cette génération actuelle au grand âge et donc de substituer un objectif de « soutien à une recomposition d'une vie sociale » à l'objectif actuel de « maintien à domicile le plus longtemps possible ».

2.2.2 Un temps dévolu à une recomposition identitaire

Nous avons vu dans le paragraphe précédent que le temps de la retraite s'était considérablement allongé du fait même de l'allongement de l'espérance de vie, et qui plus est plutôt en bonne santé.

De fait, étayé par de nombreux auteurs issus du champ sociologique, nous avons mis en exergue les nouveaux comportements sociaux des retraités entre 55 et 75 ans, puisqu'après cet âge les premières difficultés liées à la santé peuvent émerger.

Une fois, ces nouveaux comportements caractérisés, il convient d'expliquer toujours grâce à ces mêmes sociologues, ce qui les sous-tend.

³⁰ GUILLEMARD AM, mars 2002, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, N°102, p 53-66.

³¹ NOYER MP., «Des jeunes retraités aux adolescents en voie d'insertion professionnelle : le risque d'une analogie» in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p 99 – 112.

Anne-Marie GUILLEMARD explique ainsi : « ...au moment même où son horizon temporel long appelait sans doute autre chose que de se voir condamné pour le restant de sa vie à la seule consommation de loisirs et de vacances.... Dans ce contexte, certains retraités se sont sentis sommés d'inventer de nouvelles pratiques et de tenter de se forger une nouvelle identité sociale »³².

Monique LEGRAND, maître de conférence en sociologie à l'université de Nancy, ne dit pas autre chose : « La recherche d'une identité individuelle et collective est un thème récurrent au moment du passage de l'activité à l'inactivité professionnelle (Paillat 1989) »³³.

Le Petit Robert évoque la reconnaissance et l'individualisation lorsqu'il définit l'identité : « le fait pour une personne d'être tel individu, et de pouvoir également être reconnu comme telle sans nulle confusion grâce aux éléments qui l'individualisent ».

L'ouvrage sous la direction de Dominique THIERRY mentionne à ce propos que : « J.C KAUFMANN évoque le confort d'une socialisation profondément ancrée dans un système d'habitudes et, au contraire, la charge mentale et le trouble affectif résultant d'une construction identitaire »³⁴.

Dominique THIERRY explique que certains constituants de l'identité sont objectivables : le patronyme, la taille, le lieu de résidence..., tandis que d'autres sont subjectifs, tels que l'image que la personne a d'elle-même, ou la manière dont elle se projette dans un projet professionnel ou un projet de vie. En synthèse, les processus identitaires d'une personne correspondent à ses transformations psychiques et physiques en lien avec son vieillissement, du fait de ses confrontations avec autrui et des événements de la vie ; tout en restant elle-même.

Une fois la notion d'identité précisée, il convient pour le sujet qui m'intéresse, de définir plus précisément l'identité au travail.

Les travaux de R.SAINSAULIEU et C.DUBAR définissent l'identité au travail comme « la façon qu'a l'individu d'élaborer un sens pour soi dans la multiplicité des rapports sociaux, et de le faire reconnaître par les partenaires de travail ».

Marie-Pierre NOYER souligne que « le monde du travail et la famille, structures traditionnelles et deux grandes instances de socialisation par excellence, abandonnent

³² GUILLEMARD AM, mars 2002, « De la retraite mort sociale à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, N°102, p 53-66.

³³ LEGRAND M, 2001, « introduction » in LEGRAND M. / éd., *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p11-29.

leurs formes traditionnelles au moment de la retraite. La première rejette le retraité par une sorte de mise en retrait en regard de son âge, et pas particulièrement en regard de ses compétences, alors qu'elle l'avait intégré en partie pour ces dernières puis porté à un statut et une reconnaissance au-delà de ses propres frontières. La seconde impose une nouvelle coercition, intime de nouveaux choix, crée de profonds dilemmes. Puisque le statut et la reconnaissance sociale dépendent fortement de celui octroyé par le monde du travail, qu'advient-il lorsque le rejet se produit ? Il existe manifestement une rupture et une cassure identitaires limitatives : les jeunes retraités sont trop vieux pour travailler malgré les compétences et l'expérience acquise et reconnue tout au long d'une vie de travail et trop jeunes pour se sentir proches des anciens »³⁵.

Didier VRANKEN, professeur de sociologie à l'université de Liège, souligne dans son étude sociologique : « les incertitudes existentielles que vivent ou ont vécu les retraités au moment du passage à la retraite et de la redéfinition d'une nouvelle existence sociale ». Elles se mettent en forme « autour de questions telles que : comment vais-je m'adapter ? Comment vais-je pouvoir restructurer ma vie ? Comment en profiter ou bien vivre ma retraite ? Qu'attendre encore de l'existence ?...etc »³⁶.

A la lecture de ces différents auteurs, on ne peut que constater que la retraite ne s'impose pas naturellement, Marie-Pierre NOYER évoque « des étapes transitoires qui mènent le jeune retraité à une appropriation individualisée et satisfaisante de sa retraite ». Dominique THIERRY va dans le même sens en expliquant que « les entretiens que nous avons conduits en direct avec un échantillon de cette population ont bien montré par ailleurs que les personnes ne sont pas à égalité, ni dans leur dernière étape de vie professionnelle et dans les opportunités qui leur sont proposées, ni dans leurs ressources identitaires propres, pour affronter les changements de positionnement social. Aussi, convient-il d'adapter les dispositifs de transition à mettre en œuvre pour faciliter à la fois le maintien de leur intégration sociale, leur participation au développement du lien social et une réponse adaptée à leurs aspirations »³⁷.

³⁴ THIERRY D. / éd., 2006, *L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale ?*, Rueil-Malmaison, Editions Liaisons, 140 p.

³⁵ NOYER MP., 2001, « Des jeunes retraités aux adolescents en voie d'insertion professionnelle : le risque d'une analogie » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p 99 – 112.

³⁶ VRANKEN D., 2001, « Réflexions autour des pratiques et des identités des nouveaux retraités » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p 79-97.

³⁷ THIERRY D. / éd., 2006, *L'entrée dans la retraite : nouveau départ ou mort sociale ?*, Rueil-Malmaison, Editions Liaisons, 140 p.

L'objectif des deux paragraphes précédents était de caractériser ce que pouvait représenter le passage à la retraite pour chacun d'entre nous, étayé de différents travaux sociologiques de référence qui ont saisi les représentations subjectives des jeunes retraités. Il s'agit, dès lors, de mettre en exergue ce que peut représenter la retraite pour les travailleurs d'ESAT, soit une population vulnérable, qui ne dispose pas des mêmes ressources (personnelles et environnementales) pour faire face à cette nouvelle étape.

2.2.3 Un processus de transition de l'insertion professionnelle vers la retraite pour les travailleurs de l'ESAT

A) L'impact potentiel de la retraite sur les personnes accueillies à l'Unité de Gestion

« En effet, envisager la personne handicapée comme posant des problèmes du fait de son avancée en âge est témoin d'une reconnaissance du handicapé comme sujet à part entière, ayant une place dans l'ordre social »³⁸. Cette phrase du docteur Jacques SARFATY (psychiatre) et de Françoise BONFILS (psychologue), souligne le fil conducteur de ma démarche tout au long de cet écrit, à savoir : favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap pour leur permettre de développer toutes leurs possibilités. Je traiterai cette notion dans le paragraphe 2.3.

La personne en situation de handicap est avant tout une personne, on ne la réduit pas à son handicap. J'estime par conséquent qu'ils doivent avoir des aspirations assez proches de celle des jeunes retraités actuels. De même, j'estime que la recomposition identitaire mise en évidence plus haut, est aussi d'actualité pour les travailleurs d'ESAT.

Néanmoins, les travaux de Philippe PITAUD (professeur associé à l'université de Provence) et Emmanuelle GOURY (ingénieur de recherche) mentionnent que « toutefois, on mesure encore mal les incidences psychologiques et sociales sur le devenir des personnes handicapées au sortir des filières traditionnelles.....En particulier, on ne sait que peu de choses sur l'expression des ruptures en terme de deuil de lieux de vie, de lieux d'échanges relationnels, ou encore de lieux producteurs de repères identitaires »³⁹.

³⁸ SARFATY J, BONFILS F., 2012, « Quelques aspects psychologiques de l'avancée en âge » in ZRIBI G. / éd, *le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes, Presses de l'EHESP, p39-46.

³⁹ PITAUD P., GOURY E., 2001, « Handicapés vieillissants : de l'insertion professionnelle à la retraite, ruptures et crise identitaire » in LEGRAND M / éd, *la retraite : une révolution silencieuse*, Ramonville Saint-Agne : Erès, p 99 – 112

En effet, il existe des particularités concernant les travailleurs d'ESAT.

Pour eux, la retraite, se double généralement d'un départ du lieu de vie (lorsqu'ils résident en foyer d'hébergement, comme précisé dans le 1.1.2) avec perte de l'accompagnement médico-social dispensé en foyer.

La retraite a ainsi pour conséquence la perte du travail dans un lieu protégé et identificateur (comme l'a démontré le 2.2.2), ainsi que tout l'accompagnement social autour (activités de soutien en ESAT et accompagnement à la vie quotidienne en foyer d'hébergement ou par le SAVS) qui était aussi porteur de reconnaissance en terme identitaire.

Lorsque les travailleurs d'ESAT sont hébergés par leur famille ; les parents faisant face à leur propre vieillissement, à l'éventualité de leur disparition, expriment une angoisse légitime envers l'avenir de leur enfant handicapé. Une famille l'a clairement exprimé lors de la dernière assemblée générale de l'ADAPEI du Gers, le 12 juin dernier. Cela les amène à rechercher une solution de substitution : ils se tournent vers les institutions d'accueil pour adultes dont ils attendent une sécurité pour l'avenir, à savoir un accueil à vie. Cette problématique est particulièrement prégnante au sein des associations parentales telles que les ADAPEI et par voie de conséquence pour l'AGAPEI.

Philippe PITAUD et Emmanuelle GOURY évoquent un risque de « crise qui va concerner des populations plus fragilisées en raison de l'existence d'un handicap et dont l'accompagnement a reposé sur le binôme insertion sociale et insertion professionnelle : on peut alors comprendre les difficultés que pourront éprouver des handicapés qui ont atteint l'âge de la retraite et qui vont avoir à s'insérer dans la vie sociale autrement que par le rapport au travail »⁴⁰.

Gérard ZRIBI et Jacques SARFATY expliquaient déjà en 1990 que pour les travailleurs d'ESAT, « la valorisation liée à la réalisation d'un travail et à la participation à la vie active est souvent supérieure à celle que peut éprouver un personnel normal non qualifié »⁴¹.

Cette valorisation est constamment mise en avant par les professionnels de l'ESAT, qui ont été formés pour développer les capacités d'apprentissage des travailleurs à partir du support que constitue le travail, travail qui n'est jamais une fin en soi en ESAT. Ainsi, le projet d'établissement de l'ESAT La Caillaouère précise d'ailleurs : « Le soutien des travailleurs dans l'emploi protégé, nous conduit à préciser le sens du travail et sa dimension psychosociale. Si le travail contribue en priorité à l'indépendance financière, il permet aussi de s'intégrer socialement et culturellement à la société. Travailler n'est pas

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

seulement produire, c'est aussi vivre ensemble renoncer au déploiement de ses aspirations individuelles au profit d'une contribution au travail d'équipe ».

C'est bien parce que le travail n'est jamais positionné comme une fin en soi, mais comme un vecteur d'intégration sociale que la retraite, donc la fin du travail en ESAT, peut constituer un risque. Il faut alors faire l'apprentissage de s'insérer autrement que par le travail dans la vie sociale.

Pour absorber les différents changements au cours d'une existence, il faut aussi une certaine autonomie affective.

Nous avons vu précédemment que la durée de séjour à l'ESAT La Caillaouère est relativement longue : 20% de la population a une durée de séjour comprise entre 30 et 34 ans. Ceci produit un ancrage relationnel et affectif très important. Or, un arrêt prématuré, injustifié, non souhaité ou mal préparé de la vie professionnelle peut avoir des conséquences négatives. En effet, parfois, leur seul réseau relationnel est constitué par les collègues de travail.

De plus, la majorité des travailleurs accueillis à l'ESAT ne bénéficient pas, du point de fixation affectif que peuvent procurer la parentalité et la grand-parentalité.

Enfin, Philippe PITAUD et Emmanuelle GOURY rajoutent : « Si le bénéfice de bonnes conditions affectives, acquis dans une communauté de travail et d'habitat, favorise l'adaptation à un milieu nouveau, il n'en reste pas moins qu'une préparation progressive au changement d'existence se révèle indispensable »⁴².

B) Des éléments de réponse à prendre en compte dans l'élaboration du plan d'action

Il faut rappeler ici que « dans de nombreux cas, le vieillissement apparaît normal, parfaitement superposable à celui de la population globale »⁴³. Le docteur Philippe GABBAI explique que les phénomènes de « régression » qui ont pu être constatés vers l'âge de 40, 50 ans et que l'on a attribué à une forme de vieillissement précoce des personnes en situation de handicap, sont dus à « la négligence ou l'inattention à des besoins physiques et physiologiques élémentaires, citons rapidement les problèmes alimentaires...les problèmes de sommeil...la négligence dans l'entretien de l'outil

⁴² Ibid.

⁴³ GABBAI P., 2012, « l'accompagnement dans la vieillesse : l'exemple de la fondation John-Bost » in ZRIBI G. / éd, *le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes, Presses de l'EHESP, p31-38.

corporel... plus globalement le non-respect des rythmes de veille et de sommeil, d'activité et de repos, de prise alimentaire »⁴⁴.

Pour le docteur GABBAI, « le facteur essentiel reste toutefois la disparition de la dimension projectuelle »⁴⁵. Il évoque une perte du capital d'espoir dans l'entourage des personnes en situation de handicap, puisqu'aucune évolution n'est plus perceptible et donc attendue. Néanmoins, il souligne aussi qu'il ne faut pas tomber dans une stimulation excessive (comme cela peut parfois être le cas en ESAT) qui ne respecterait alors pas les rythmes de la personne.

Il rejoint ici ce que je développais précédemment, à savoir que les familles, angoissées par le devenir « de leur enfant » recherchent une solution d'accueil à vie « qui enferme alors la personne handicapée dans un cadre qui la clôt dans un devenir tout dessiné... De surcroît, l'accent est souvent mis sur cette recherche liée aux besoins d'hébergement au détriment des démarches plus globalement thérapeutiques »⁴⁶.

Une fois, ces éléments d'un diagnostic quasi médical posés et donc pris en compte, comment préparer et vivre le cheminement vers la fin de l'existence de sorte que plutôt qu'à une descente, on assiste à la continuité et au développement de l'accompagnement ?

Nous avons vu que le travail est ici mis en avant comme facteur dominant d'intégration et de construction de l'identité du travailleur d'ESAT.

Or c'est tout l'environnement social, familial, affectif, médical que l'on doit prendre en compte lorsque l'on travaille auprès de ces personnes.

En effet, quand les besoins des personnes en situation de handicap sont pris en compte, le travail est vécu d'une autre façon. MASLOW en 1954 le développe ainsi : « les besoins fondamentaux d'une personne peuvent être définis comme l'ensemble de ses besoins psychosociaux lui permettant de vivre en bonne santé, en sécurité, de construire et de préserver son identité dans une société, un environnement donné ».

Thierry de THIBAUT et Daisy POPULAIRE, tous deux orthopédagogues, directeur et cadres d'établissements spécialisés en Belgique, mettent en avant « qu'il est communément recommandé de permettre à la personne handicapée mentale de prendre sa retraite selon un système souple, à la carte »⁴⁷.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ De THIBAUT T., POPULAIRE D., 2012, « notion de retraite et projet pédagogique adapté » in ZRIBI G. / éd, *le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes, Presses de l'EHESP, p77-95.

Concernant le lieu de vie, « la préférence exprimée par la personne et la qualité de l'encadrement sont déterminantes pour l'aider à effectuer le choix correspondant à ses besoins »⁴⁸. C'est un principe incontournable, mais qui oblige à anticiper et à mettre en œuvre non seulement des réponses individualisées, mais aussi diversifiées.

Concernant les activités, « avec le départ à la retraite, le temps des loisirs, un temps non contraint, va inévitablement être en nette augmentation. Cela va nécessiter, pensons-nous, une gestion de ce temps libre, gestion qui pour la personne handicapée devra aussi faire l'objet d'un apprentissage »⁴⁹

Je terminerai ce chapitre sur cette notion de préférence exprimée par la personne en situation de handicap. Qui peut, mieux que la personne elle-même, parler de sa vie, de ses activités et de ses préférences ? Il est temps de leur reconnaître « la qualité d'expert » au même titre que les professionnels pour aboutir à une effective co-construction de leur projet de vie. Cette posture renforce ainsi la capacité d'auto-détermination de la personne en situation de handicap ; et par ce processus, nous passons de la notion d'intégration (très liée à la discrimination positive, puisque ce sont les caractéristiques intrinsèques de la personne qui lui permettent d'avoir accès à certains droits communs) à la notion d'inclusion qui met en avant le lien dynamique entre la personne handicapée et l'environnement. Ainsi l'inclusion doit lui permettre de participer pleinement à la vie sociale tout en tenant compte de ses besoins.

Or comment mieux préparer les travailleurs d'ESAT à la retraite, autrement qu'en renforçant un accompagnement dont l'objectif est l'inclusion ?

2.3 Des inclusions qui scandent un parcours de vie

2.3.1 La notion d'inclusion

Nous avons vu, dans la première partie de cet écrit et plus précisément lors du chapitre relatif à la définition du handicap, que depuis 2001, l'OMS met l'accent sur la production de handicap (limitation d'activités, restriction de la participation à la vie en société) plutôt que sur les résultats constatés (déficiences et incapacités). Selon ce modèle, le handicap

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ Ibid.

serait une conséquence de l'interaction entre les déficits, les limitations de la personne et les caractéristiques de son environnement.

Selon Jean-Yves LE CAPITAINE, chef de service en établissement médico-social : « Dans la philosophie de l'inclusion, la nouvelle définition interactive de la situation de handicap fait entrer dans la normalité toute personne quelle que soit sa déficience, en posant comme principe l'interaction entre la personne et l'environnement »⁵⁰.

Chacun est alors considéré comme normal, c'est l'environnement qui rend la vie plus difficile à réaliser pour des personnes en situation de handicap, puisqu'il n'est pas totalement conçu en tenant compte de leurs besoins.

C'est clairement l'orientation prise par la loi du 11 février 2005, qui marque une évolution par rapport à la conception qui prévalait depuis la loi de 1975 qui avait organisé le secteur médico-social selon une logique d'intégration. Il s'agissait alors d'identifier les déficits des personnes pour les orienter en milieu spécialisé. Les professionnels les « prenaient en charge » dans le cadre d'une forme de réadaptation fonctionnelle, avec pour objectif une réinsertion en milieu ordinaire.

Dorénavant, il s'agit d'identifier non plus les déficits, mais de mettre l'accent sur les possibilités, et de « prendre en compte » les désirs et les souhaits des personnes en situation de handicap, sans se limiter à la seule prise en compte de leurs besoins.

Mettre l'accent sur les possibilités des personnes en situation de handicap rompt avec la logique de prise en charge qui s'apparentait à de l'assistance.

Charles GARDOU, anthropologue et professeur à l'université de Lyon, souligne que : « La personne n'est pas seulement prisonnière de ses propres limites, mais de celles que les autres lui fixent : de la non reconnaissance de ses ressources et talents, de ses possibilités d'activité et de réalisation... »⁵¹.

Dans la construction du projet avec la personne accueillie, il m'apparaît capital de mettre en avant ses capacités, ses potentiels pour lui permettre de se projeter, pour qu'elle se sente valorisée. C'est ainsi que nous pourrions renforcer sa confiance en elle. L'objectif étant qu'elle prenne de l'assurance dans son environnement et ainsi qu'elle soit en capacité de créer ses propres liens sociaux.

Cette prise en compte des possibilités doit aussi conduire vers la prise en compte des souhaits et désirs de la personne en situation de handicap. La réponse à ses seuls

⁵⁰ LE CAPITAINE JY., 2013, « l'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds », *Empan* 2013/1 (N°89) DOI 10.3917 / empa.089.0125, p125 -131

⁵¹ GARDOU C., réflexions suite aux débats Premiers Etats Généraux de l'Inclusion, (visité le 09.02.2015), disponible sur internet : <http://inclusionmp.blogs.apf.asso.fr>

besoins ne suffit pas, pour lui donner le sentiment d'exister. « Une société inclusive ne défend pas seulement le droit de vivre, mais celui d'exister »⁵².

En février 2010, la France ratifiait la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées. Cette convention a un caractère obligatoire. Son objectif est « la pleine jouissance des droits humains fondamentaux par les personnes handicapées et leur participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle. »⁵³.

Faire preuve d'équité est un des moyens qui conduira à garantir à la personne en situation de handicap l'effectivité de ses droits.

En effet, reconnaître les potentiels et prendre en compte les désirs est nécessaire mais ne suffit pas, il s'agit donc de trouver concrètement des moyens de compensation pour que les souhaits puissent, dans la mesure du possible, devenir réalisables. Tous les aménagements qui auront été créés pour améliorer l'accès des personnes en situation de handicap à la culture, aux sports, à l'éducation, aux transports, aux soins... amélioreront l'environnement pour chacun d'entre nous. Charles GARDOU le souligne :

« Les accommodements ne se limitent pas à une action spécifique pour des groupes tenus pour spécifiques. Ils visent à améliorer le mieux-être de tous »⁵⁴.

Revenons à l'objectif de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, et abordons maintenant la participation active à la vie politique, économique, sociale et culturelle.

Michel CHAUVIERE, directeur de recherche au CNRS, et Eric PLAISANCE, sociologue, écrivaient en 2005 : « l'inclusion désigne l'affirmation des droits de toute personne à accéder aux diverses institutions communes et destinées à tous, quelles que soient leurs éventuelles particularités »⁵⁵. Or il ne s'agit plus maintenant seulement que d'accéder aux diverses institutions, mais bien pour les personnes en situation de handicap d'y exercer une pleine et entière participation.

En établissement, il faut favoriser toutes les formes d'expression des personnes, le CVS en est une, mais ne doit pas rester la seule. Il faut savoir, pour nous professionnels, accepter la critique de la part des personnes que nous accueillons et surtout

⁵² Ibid.

⁵³ CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL. Avis N° 2014-16 du 25 juin 2014 mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité. Journal officiel du 21 juillet 2014, p11.

⁵⁴ GARDOU C., « La société inclusive : de quoi parle-t-on ? in *Premiers Etats Généraux de l'Inclusion*, 24 avril 2013, Toulouse, disponible sur internet : <http://inclusionmp.blogs.apf.asso.fr>

⁵⁵ CHAUVIERE M., Intégration, insertion, inclusion...évolution ou révolution ? (visité le 09.02.2015), disponible sur internet : <http://etatregionauxinclusion.apf.asso.fr>

la prendre en compte, sous la forme d'un retour réflexif. C'est elle qui nous conduira aussi vers le chemin de l'amélioration continue de notre accompagnement.

Ainsi, « toutes ces actions parviennent à imposer les personnes handicapées adultes comme partenaires compétents et légitimes dans les instances de production normative »⁵⁶.

Nous aboutissons ici à la notion d'auto-détermination de la personne en situation de handicap qui doit pouvoir être reconnu comme « expert » de sa propre situation : « il ne s'agit plus de faire pour et à la place des personnes, mais de faire avec.

A chacun de choisir son chemin, de construire son projet, d'être auteur et acteur de sa vie, mais en étant soutenu par d'autres »⁵⁷.

Charles GARDOU, enfin, attire notre attention en soulignant : « La manière dont notre société conçoit et conduit son action en faveur des personnes en situation de handicap apparaît encore comme une chaîne brisée. Il est nécessaire d'assurer un continuum entre les différents domaines d'une existence... »⁵⁸. Sa réflexion nous amène à développer ci-dessous la notion de parcours de vie.

2.3.2 De la notion de parcours de vie à une culture de parcours

Je retiendrai la définition proposée par Stéfano CAVALLI, sociologue, qui s'inspire de G.H ELDER en 1998 : « le parcours de vie individuel est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc »⁵⁹.

Cette attention particulière portée à la notion de parcours de vie est relativement récente, dans le sens où il apparaît que depuis les années 70, les parcours de vie deviennent plus chaotiques. Stéfano CAVALLI explique les différentes difficultés que les jeunes éprouvent lors de l'entrée sur le marché du travail, puis les périodes de chômage qui « remettent en

⁵⁶ Ibid.

⁵⁷ CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL. Avis N° 2014-16 du 25 juin 2014 mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité. Journal officiel du 21 juillet 2014, p 40.

⁵⁸ GARDOU C., réflexions suite aux débats Premiers Etats Généraux de l'Inclusion, (visité le 09.02.2015), disponible sur internet : <http://inclusionmp.blogs.apf.asso.fr>

question l'idée de l'emploi à vie »⁶⁰, ou encore certains retraités qui se remettent à travailler. Il souligne aussi que « les configurations familiales qui s'écartent du modèle normatif traditionnel tendent à se multiplier...En résumé, la période actuelle semble se caractériser par une individualisation des trajectoires et par une mise en question du modèle de parcours de vie »⁶¹. C'est donc la fin d'un modèle type.

J'ai déjà évoqué en référence aux travaux menés par Christian LALIVE D'EPINAY, dans le paragraphe consacré aux nouveaux comportements des jeunes retraités (2.2.1), cette montée de l'individualisme et de l'épanouissement personnel. L'individu ose dire « je ». Mais n'y a-t-il pas là un risque, notamment pour les personnes les plus vulnérables ?

Stefano CAVALLI écrit : « S'étant de plus en plus affranchi des normes de la religion, de la tutelle de l'Etat, du travail et de la famille, l'individu moderne a certes conquis sa liberté, mais risque aussi de se retrouver seul face à sa destinée...l'individu est désormais le seul responsable de son action »⁶².

Je ferais ici le lien avec les personnes en situation de handicap et les établissements médico-sociaux. Le projet a pris une place centrale : projet associatif, projet d'établissement, projet personnalisé ; la MDPH aidant la personne en situation de handicap à élaborer son projet de vie. Cela devient une injonction qui peut générer de nouvelles souffrances pour des personnes vulnérables si nous n'y prenons pas garde.

Stéfano CAVALLI le souligne d'ailleurs ainsi : « la capacité d'un individu à bâtir son plan de vie dépend des ressources dont il dispose et des cadres dans lesquels il est inséré. L'individu est mis sous pression afin qu'il fasse de sa vie son propre projet, qu'il élabore et ensuite réalise son parcours de vie »⁶³.

La tentation est forte de laisser l'individu seul responsable.

Je choisis donc d'interpréter ces notions de parcours de vie et de projet, son corollaire, dans le sens que leur donne Jean-François GUILLAUME, sociologue et maître de conférences à l'université de Liège : « Etroitement associés aux idées de liberté individuelle et de projet, l'estime de soi et le retour réflexif sur soi deviennent les clefs de voûte de l'intervention : la formulation du projet devient l'occasion pour l'usager de percevoir ou d'identifier ses ressources personnelles, de mobiliser ses efforts vers un but précis et de retrouver un équilibre personnel compris en termes de santé physique

⁵⁹ CAVALLI S., 2007, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, n°123, p 55-69

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Ibid.

⁶² Ibid.

ou mentale »⁶⁴. Il est important pour les professionnels lors de la co-construction du projet d'accompagnement personnalisé, de soutenir la personne en situation de handicap dans la réalisation de ses souhaits, et de l'accompagner dans une ouverture toujours plus importante à son environnement. Aussi, nous nous devons de favoriser le développement de l'estime et la confiance en soi des personnes que nous accompagnons. A mon sens, la capacité à élaborer des projets avec le soutien des professionnels et la confiance en soi constituent une motivation importante et donc une ressource pour faciliter les adaptations aux transitions.

Je citerai ici à nouveau François JULLIEN dans « les transformations silencieuses » qui nous propose une belle image de la chine ancienne à propos des transitions : « quand on est en barque et qu'on lève un instant les avirons, tel est l'art de la transition. Le bateau est porté et poursuit sur sa lancée »⁶⁵. Il nous explique qu'il faut savoir engager de loin un processus, que nous pourrions traduire pour la situation qui nous intéresse par l'accompagnement adapté décrit ci-dessus, qui puisse de lui-même se développer. Ainsi, pour ce sinologue, « la vie est sans rupture et la transformation silencieuse »⁶⁶.

Après avoir défini l'aspect individuel de la notion de parcours de vie, puis plus particulièrement pour les personnes en situation de handicap, je mettrai l'accent sur la continuité des parcours prônée notamment par le rapport de Denis PIVETEAU en 2014⁶⁷ et donc l'aspect partenarial dans les parcours de vie.

Ce rapport a été élaboré dans des conditions particulières suite à une injonction de la justice à l'ARS de trouver un établissement d'accueil à une jeune fille en situation de handicap qualifié de « complexe ». Néanmoins, je trouve qu'il définit précisément la continuité des parcours et la forme d'intervention qu'il convient d'adopter : « A ce titre, il convient, non pas de construire des parcours, comme on le dit quelques fois au risque de mettre en place une approche normative du cheminement des personnes, mais de garantir que tous les intervenants *vont travailler dans une logique et une culture de parcours*. C'est-à-dire d'une façon qui optimise, non pas seulement leurs actes propres, mais également l'effet *global* de l'ensemble des interventions, dans le sens du besoin et des attentes de la personne qu'ils accompagnent. Manière de

⁶³ Ibid.

⁶⁴ GUILLAUME JF., 2009, « Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles », *Informations sociales*, n°156, p 22-30

⁶⁵ JULLIEN F, 2009, *Les transformations silencieuses*, Paris : Grasset, 197 p.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ PIVETEAU D., « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome I, Rapport 10 juin 2014

travailler....dont on peut dire qu'elle est faite d'anticipation, de transmission, d'informations, de co-disciplinarité....et de l'identification claire d'une responsabilité de pilotage d'ensemble »⁶⁸.

Il s'agit maintenant de travailler en coordination avec de multiples partenaires qui sont susceptibles d'intervenir à un moment donné auprès de la personne. Il convient de ne plus rester centré sur la trajectoire de la personne en situation de handicap dans un établissement. Mais d'organiser une transition douce avec l'établissement ou le service de provenance ou encore avec la famille au moment de l'accueil, de mobiliser pendant l'accompagnement en établissement un service extérieur pour apporter une aide ponctuelle ; et enfin, d'appréhender le projet global de la personne pour dès l'entrée, savoir vers où il convient de l'accompagner, et préparer en quelque sorte « sa sortie ». Jean-René LOUBAT, docteur en sciences humaines, écrit : « les notions de parcours et de projets de vie rendent caduque la logique institutionnelle d'établissements traditionnels. Au sein d'un environnement rendu infiniment plus complexe, elles plaident pour une nécessaire coordination entre divers partenaires et la constitution de dispositifs souples et adaptatifs, des plateformes de services »⁶⁹.

Conclusion partielle

Dans cette deuxième partie de l'écrit, la mise en perspective du droit commun et des spécificités des travailleurs d'ESAT, ainsi que les apports sociologiques choisis tels que les travaux présentés dans l'ouvrage sous la direction de Monique LEGRAND; m'ont permis d'étayer ma réflexion sur le sens que peut prendre le moment de la retraite pour les travailleurs d'ESAT dans tous les champs de leur vie.

Les constats et diagnostics que j'ai effectués dans les établissements que je dirige s'en trouvent confortés, à savoir que le moment de la retraite constitue une transition importante dans la vie des travailleurs d'ESAT, qu'il convient d'anticiper. Mais soutendus par quels principes d'action ?

L'acceptation de l'autre en tant qu'être différent et la reconnaissance de ses droits à être lui-même définit couramment l'altérité, cependant l'altérité va plus loin que la

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ LOUBAT JR., 2013, « Parcours et projets de vie, vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », *Les cahiers de l'actif*, n°446/447, p7-19

tolérance, car elle implique la compréhension des particularités de chacun. J'inscris toute ma démarche professionnelle dans cette ligne éthique.

Aussi, j'ai voulu préciser les notions d'inclusion et de parcours de vie grâce aux différents articles ou conférences de Charles GARDOU, Miche CHAUVIERE, Jean-René LOUBAT, et Stéfano CAVALLI.

Ces notions seront le fil conducteur de mon plan d'action en troisième partie.

3 Un plan d'action à la croisée des attentes : réorganiser les dispositifs composant l'Unité de Gestion

3.1 La coordination de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré : Elaboration et pilotage du projet de l'Unité de Gestion d'Auch

3.1.1 La conduite du changement

Pour préparer les travailleurs de l'ESAT à la retraite avec comme objectif une continuité des parcours de vie ; je souhaite une organisation qui optimise, non pas seulement les actes d'accompagnement propres des professionnels, mais également l'effet *global* de l'ensemble des interventions autour de la personne qu'ils accompagnent, dans le sens de ses besoins et de ses attentes.

Actuellement, les liens de communication entre les 2 établissements sont établis par les 2 responsables d'unité d'intervention sous couvert d'une direction commune, cependant il convient maintenant de mettre en place une organisation conforme au dispositif « Unité de Gestion » pour coordonner l'intervention des professionnels de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré.

En parallèle, il s'agit aussi d'accompagner les professionnels dans une évolution de leur travail.

A) Le pilotage du processus de changement au niveau de l'organisation

Tous les projets d'établissements et d'Unités de Gestion de l'Association ont été revus en même temps et couvrent donc tous la même période à savoir 2013 - 2017. Le parti pris d'élaborer tous les projets au même moment a permis la constitution de groupes de travail transversaux (par types d'établissements, les professionnels des 3 départements mélangés). Ainsi des professionnels qui ne s'étaient jamais rencontrés, ont pu apprendre à se connaître et échanger sur leurs pratiques. C'est ainsi que s'amorce le début d'une culture d'entreprise.

Néanmoins, j'ai relevé qu'ils n'ont pas systématiquement participé à la phase d'écriture de la partie consacrée à l'Unité de Gestion. Cette présentation développe l'organisation des ressources humaines au sens large (politique de recrutement, formation professionnelle), la démarche qualité, puis la logistique qui inclut les services administratifs, l'entretien des locaux, la maintenance, et enfin la gestion des risques.

Nous venons de voir que le modèle de management de l'AGAPEI est un management en mode projet, c'est-à-dire que l'on fait travailler ensemble plusieurs fonctions ou métiers (dans une optique de transversalité) pour aboutir à un objectif selon un échéancier d'actions et avec des ressources définies.

Pour que la structuration en Unités de Gestion, qui est toute nouvelle pour les établissements du Gers, prenne sens, je commencerai ce processus d'appropriation ou du moins de compréhension, très en amont et donc dès le second semestre 2015. J'anticipe ainsi sur 2017, année au cours de laquelle l'Association lancera la démarche de réécriture de l'ensemble des projets des différentes Unités de Gestion.

Je ferai travailler ensemble les professionnels de l'ESAT et du Complexe, dans le cadre de 2 comités que je mettrai en place dès le mois d'octobre 2015 (après leur présentation à la réunion d'octobre du comité d'établissement) au niveau de l'UG, à savoir le Comité Qualité et le Comité Bienveillance. Ils travailleront ainsi sur les thèmes relatifs à la démarche qualité et à la gestion des risques, thèmes qui sont du ressort de l'Unité de Gestion. Je vais ainsi m'appuyer sur ces 2 instances pour instaurer auprès des professionnels, le fonctionnement en UG.

Actuellement, l'UG ne représente pour eux, qu'un regroupement purement administratif pour réaliser des économies d'échelle ; or elle devrait représenter l'opportunité d'un partenariat et d'une co-disciplinarité. Même si l'objectif est aussi de mutualiser certaines fonctions.

a) *Le Comité Qualité*

J'animerai cette instance de validation et de contrôle, tous les trimestres à minima. Cette instance peut être réunie plus fréquemment en période de préparation des évaluations internes et externes. La secrétaire qualité me transmet une proposition d'ordre du jour, pour validation. Elle rédige le compte rendu de la réunion, me l'envoie pour validation puis le diffuse aux participants. Un point d'information sur le fonctionnement de cette instance est réalisé par les RUIS lors des réunions hebdomadaires avec le personnel.

La composition minimale : la directrice, les 2 RUIS, la secrétaire qualité, la psychologue, les référents des plans d'action concernés.

Chaque plan d'action élaboré à la suite de l'évaluation externe, est mis en œuvre par un référent. Les RUIS en contrôlent l'avancée avant chaque comité qualité. Ainsi, des actions correctives peuvent être élaborées en réunion si nécessaire.

Pour l'heure, j'avais déjà mis en place un comité qualité à l'ESAT depuis 2013 et j'en ai instauré un au Complexe pour élaborer les plans d'action suite à l'évaluation externe après laquelle j'ai pris la direction, fin 2014. Chaque comité a finalisé les plans d'action à l'échéance que j'avais fixée : juin 2015.

Je fais le choix de maintenir ces 2 comités qualité « établissement » pour effectuer un suivi de proximité des différentes actions spécifiques engagées.

En revanche, les plans d'action des établissements qui relèvent des domaines relatifs à l'Unité de Gestion seront suivis en comité qualité UG :

- Etablir un plan de continuité des activités
- Réaliser une formation à la prévention incendie et faire des exercices annuels d'évacuation
- Formaliser le circuit de la fiche incident
- Etablir un outil spécifique de recueil des plaintes des usagers (pour les Résidents et pour les Travailleurs ESAT)

J'installerai cette instance dès le mois d'octobre.

J'aboutirai ainsi à un début d'harmonisation de certaines procédures, je poursuivrai dans ce sens dans les années à venir.

J'aborde aussi de cette façon, directement avec les professionnels, le sens du modèle des Unités de Gestion : en faisant concrètement le lien entre la démarche continue d'amélioration de la qualité des services et donc de l'évaluation externe, et l'organisation en Unités de Gestion, je démontre que ce modèle n'est pas développé par l'AGAPEI uniquement dans l'optique de réaliser des économies de moyens, mais aussi avec l'objectif d'améliorer le fonctionnement des services pour garantir aux

personnes accueillies à l'Association une harmonisation des prestations sur un territoire.

Je rends compte des avancées des plans d'action en Comité Qualité Associatif qui se réunit 2 fois par an. Il est composé du directeur général, de la secrétaire générale, des directeurs territoriaux et des directeurs d'UG.

b) Le Comité Bienveillance

L'Association demande la mise en place de Comité de Bienveillance dans chaque UG. Sa mission est de procéder à une analyse de situations critiques et incidents récurrents pour mieux les comprendre et prévenir leur survenance, ce n'est pas une cellule de crise. Il ne substitue pas aux procédures de signalement et d'évènements indésirables. Il formule des préconisations sur la base de recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM. Il diffuse ces recommandations.

J'ai proposé à 2 professionnels : 1 du Complexe et 1 de l'ESAT de suivre la formation de 3 jours proposée par l'Association pour animer ce comité bienveillance dans lequel il n'y a aucune présence hiérarchique (Directeur et RUIS). Le professionnel du Complexe fait déjà partie d'un groupe de travail que j'ai souhaité créer au Complexe (travail de concertation sur l'élaboration des plannings), c'est aussi la secrétaire adjointe du comité d'établissement. Mon choix de proposition s'est porté sur ces deux critères de motivation et de représentativité.

Le professionnel de l'ESAT faisait partie du Comité de bienveillance que j'avais déjà instauré à l'ESAT en 2014, et il a animé le groupe de travail que j'avais constitué en 2011 pour l'évaluation interne. Il avait donc démontré sa motivation pour cette forme de travail. Les 2 professionnels ont accepté ma proposition et sont partis en formation au 1^{er} semestre 2015.

Pour établir ce comité de bienveillance UG, je vais préfigurer avec les RUIS lors de la réunion de direction du 1er septembre, les membres auxquels je proposerai de participer à ce comité. Je fais le choix de prendre 6 personnes y compris les 2 animateurs : 3 du complexe et 3 de l'ESAT pour respecter un équilibre dans la représentation.

J'installe l'instance pour le mois de décembre au plus tard.

En décembre, je saisis le Comité Bienveillance de l'UG pour recevoir son avis sur la formalisation du circuit des fiches « incident » qui aura été élaboré par le groupe de travail. En effet, le plan d'action que le comité qualité a validé en juin dernier,

mentionne la création d'un groupe de travail en septembre pour élaborer cette circulation pour le mois de décembre.

En réunion de direction, les RUIS et moi-même adapterons la formalisation du circuit des fiches « incidents » sous forme de procédure pour les 2 établissements puisque le comité de bienveillance de l'UG aura donné son avis. Cette procédure sera ensuite présentée par les RUIS en réunion d'équipe.

Ces 2 instances auxquelles participent directement les professionnels, représentent pour moi des points d'appui essentiels pour débiter la constitution de l'UG.

J'ai pris la direction de l'UG quelques mois après les évaluations externes des 2 établissements, ce qui m'a donné l'opportunité d'établir les axes d'amélioration pour 7 ans (avant la prochaine évaluation externe) par l'intermédiaire des comités qualité « établissements ». Ainsi, j'ai fixé à partir de ces évaluations externes des axes de travail partagés au sein de chaque établissement. Ils donnent la direction à suivre et rendent plus lisibles les objectifs, notamment pour le personnel du complexe qui avait des difficultés à trouver du sens (relevé par les évaluateurs et la psychologue qui était intervenue dans le cadre d'un diagnostic sur les risques psychosociaux).

c) Les réunions de direction

Je les ai mises en place dès ma prise de direction. Elles constituent le 3^{ème} point d'appui pour cette constitution et ont lieu tous les lundis après-midi à partir d'un ordre du jour que je transmets aux RUIS le vendredi. Cet ordre du jour regroupe 9 points inamovibles :

- Travaux et investissements
- Projets d'accompagnements personnalisés
- Formation des travailleurs d'ESAT
- Activités de soutien
- Activités de production
- Bienveillance
- Démarche Qualité
- Questions diverses

Le compte-rendu est rédigé à tour de rôle par les 2 RUIS et moi-même. Cela fait maintenant 1 an que nous fonctionnons ainsi, la communication est fluide, les RUIS m'ont fait part de leur satisfaction.

B) L'Accompagnement au changement auprès des professionnels

a) *Concernant les cadres intermédiaires*

J'ai moi-même recruté les 2 RUIS après la validation par le directeur général de mon choix ; celui de l'ESAT fin 2012 et celui du complexe en juillet 2014. Autre point positif, ils ont été recrutés sur la base de la fiche de poste que j'avais établi à partir de la fiche de fonction associative. L'organisation liée à la création de l'AGAPEI ne leur a donc posé aucune difficulté puisqu'ils ont été recrutés après. Ils constituent donc un appui dans le cadre de cet accompagnement au changement étant donné qu'il n'y a pas de résistance à l'organisation de leur part.

Néanmoins, il pouvait y avoir une résistance lorsque j'ai mis en place les réunions de direction à ma prise de fonction, puisque ce système de fonctionnement n'était pas instauré au Complexe et qu'à l'ESAT ces réunions se faisaient en tête à tête. Lors de la première réunion, j'ai défini le cadre de la nouvelle unité de gestion et j'ai fixé comme objectifs de l'unité de gestion : « pilotage coordonné de l'ensemble, harmonisation des procédures et développement de projets transversaux afin d'améliorer l'accompagnement des usagers ».

Les objectifs à atteindre ne sont pas négociables, en revanche je privilégie avec les RUIS un management participatif en les associant aux décisions. J'assume la responsabilité de la décision, mais je la prends sur la base des éléments que me transmettent les RUIS, ainsi qu'en tenant compte de leur avis. J'attends qu'ils se positionnent même si cela ne concerne pas directement leur site, pour justement favoriser une réflexion commune, et aboutir pour eux aussi à une vision plus large de la personne en situation de handicap en passant par un fonctionnement UG.

Je tiens aussi à être très disponible : j'ai mis en place un agenda électronique partagé, de manière à ce que nous puissions visualiser tous les 3 notre emploi du temps ; et je m'efforce de répondre rapidement quand ils me sollicitent, au maximum dans la journée. J'attends en contrepartie la même réactivité quand je leur demande quelque chose, néanmoins je n'ai pas eu besoin de le poser en ces termes, ils se sont adaptés d'eux-mêmes après finalement assez peu de relances de ma part. Nous communiquons souvent par mails, ce qui permet de garder une trace écrite si nécessaire.

b) *Concernant les équipes professionnelles*

Il faut tenir compte de l'historique de ces 2 établissements ou bien souvent les 2 équipes de professionnels ont été antagonistes. Il y a maintenant plus de 10 ans, une séparation a été opérée entre les professionnels des 2 établissements, car l'ancien

directeur estimait que la vie privée des travailleurs d'ESAT n'était pas assez respectée. A cette époque, des réunions de synthèse étaient organisées à l'échéance de la notification d'orientation ; elles réunissaient la personne en situation de handicap, le professionnel référent du Complexe du projet individuel, le professionnel référent de l'ESAT du projet individuel, le représentant légal, la psychologue (commune aux 2 établissements), les chefs de services et le directeur (commun aux 2 structure). En résumé, toute la vie de la personne était balayée devant beaucoup de monde.

Du jour au lendemain, les réunions de synthèse ont été réalisées séparément, et le directeur a limité la communication entre les personnels des 2 établissements. Cette « scission » a été mal vécue par les professionnels qui m'en avaient parlé dès mon arrivée.

Je tiens donc à privilégier une communication claire concernant le développement du modèle d'organisation en Unité de Gestion.

Je garderai la ligne initiale à savoir la séparation entre les projets professionnels et les projets sociaux des personnes accueillies. La coordination de l'accompagnement sera réalisée par les RUIS qui sont garants des projets personnalisés et la psychologue qui est garante de l'aspect « clinique » des projets, sous mon contrôle.

J'annoncerai à la réunion du mois de septembre du comité d'établissement, la constitution du comité qualité UG avec les missions, les participants et les objectifs. Le périmètre du comité d'établissement que je préside depuis 2012 a été négocié dans un accord d'entreprise. Il recouvre l'ESAT et le Complexe Gabriel Dupré ainsi que les ESAT de Condom et Fleurance. J'ai donc déjà l'habitude de travailler avec eux.

Ensuite, je demanderai aux RUIS d'annoncer lors des réunions d'équipe hebdomadaire, la création du comité qualité au niveau de l'UG avec le même type de présentation.

La communication au sujet du comité bienveillance sera réalisée avant la fin de l'année selon les mêmes modalités.

Je privilégierai aussi les actions de formations mutualisées entre les 2 établissements lors de la préparation du plan de formation 2016.

La formation à l'évacuation incendie en est un bon exemple : la partie théorique de la formation pourra regrouper les personnels des 2 établissements. Je compte développer les formations SST et constituer un groupe composé de personnels de l'ESAT, du Complexe et peut-être d'autres établissements AGAPEI du Gers afin de former un groupe complet.

Ces actions seront menées sur le second semestre 2015 et sur l'année 2016. L'année 2016 verra aussi la réalisation des évaluations internes en mode projet à partir d'un cahier des charges que je construirai. Il définira les modalités d'implication de toutes les parties prenantes (usagers, IRP, professionnels, partenaires) sous la forme de groupe de travail sur chaque établissement animé par un référent. La communication de lancement sera réalisée sur la même semaine, et les 2 évaluations internes seront réalisées au même moment en parallèle à partir d'un cahier des charges identique. Le comité qualité UG contrôlera le respect des échéances du cahier des charges.

Dès le début de l'année 2017, je piloterai l'élaboration du projet de l'unité de gestion de la même manière, à partir d'un cahier des charges que je détaille ci-dessous. Il faut prévoir 1 an, jusqu'à la validation par le CA.

3.1.2 Elaboration du projet de l'UG d'Auch

A) Donner du sens et une cohérence à cet ensemble

Dans les projets d'unité de gestion que j'ai pu lire, le chapitre présentant l'unité de gestion semble « coincé » entre le chapitre consacré à l'Association et le chapitre consacré aux établissements, subdivisé en autant de sous-chapitre qu'il y a d'établissements. Le chapitre de l'unité de gestion développe la politique des ressources humaines, l'organisation des services logistiques et la gestion des risques. Cela reste une approche très administrative or il me semble important de lui donner un peu plus de « souffle ».

La commission européenne définit la responsabilité sociétale en 2011, comme la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets qu'elles exercent sur la société. Le terme « sociétal » est préféré au terme « social » car ce dernier fait très souvent référence aux relations employeur/salarié quand il est accolé à l'entreprise ; or le terme « sociétal » recouvre un champ plus vaste, notre environnement, notre société.

Le livret vert de la commission européenne affine un peu plus en mentionnant qu'il s'agit « d'un concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales,

environnementales, et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes sur une base volontaire ». ⁷⁰

Il y a un certain nombre d'influences philosophiques qui ont présidé à l'émergence de cette notion.

Le principe de responsabilité d'Hans JONAS, développe une inversion de pensée : la responsabilité ne doit plus être pensée à posteriori, mais ex-ante. Il y a là, l'idée d'une solidarité intergénérationnelle : les conséquences de nos actes se répercutent sur les générations futures, donc il faut agir pour ne générer aucun dommage, selon le principe d'anticipation.

Le principe d'intersubjectivité et de non-égoïsme d'Emmanuel LEVINAS prône de prendre en compte le risque que chacun fait courir aux autres. Nous avons ici un principe éthique fort, qui peut rejoindre la notion d'altérité évoquée dans la conclusion partielle de la deuxième partie de cet écrit, dans le sens où la responsabilité sociétale impose de *considérer* les parties prenantes. La notion de responsabilité sociétale, que je souhaite développer dans le chapitre consacré à l'UG, est en cohérence avec mon positionnement personnel qui sous-tend ma pratique et que j'ai développé dans la deuxième partie.

La norme ISO 26000 précise de manière plus concrète la responsabilité sociétale des organisations :

« Responsabilité d'une organisation vis à vis des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et sur l'environnement, se traduisant par un comportement transparent et éthique qui :

- contribue au développement durable y compris à la santé et au bien-être de la société
- prend en compte les attentes des parties prenantes
- respecte les lois en vigueur et est compatible avec les normes internationales
- est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations». ⁷¹

7 chapitres doivent être traités pour qu'une organisation définisse concrètement sa responsabilité sociétale :

- la gouvernance de l'organisation
- les droits de l'homme
- les relations et conditions de travail
- l'environnement
- les bonnes pratiques commerciales

⁷⁰ Qu'est-ce que la responsabilité sociétale des entreprises ? (visité le 24.06.2015), disponible sur internet : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/qu-est-ce-que-la-responsabilite.html>

⁷¹ Ibid.

- les questions relatives aux consommateurs
- les communautés et le développement local

Ainsi dans la partie présentant l'Unité de Gestion, je chapeauterai par une section sur la responsabilité sociétale de l'organisation. L'objectif étant de communiquer sur le fait que l'UG vise à concilier l'efficacité (qui est l'élément économique incontournable de ce modèle), le bien-être social (le bien-être des salariés) et la préservation de l'environnement. On retrouvera ainsi dans le paragraphe consacré à la politique des ressources humaines le lien et donc une cohérence avec le bien-être social, et dans le paragraphe de la gestion des risques un lien avec la préservation de l'environnement (notamment sur le versant élimination des déchets, utilisation de produits nettoyants biodégradables...etc.). La communication auprès des professionnels se fera dans ce sens.

Un deuxième axe sera expliqué en chapeau, celui de la notion de culture de parcours qui vise à accroître les formes de partenariats et qui nous demande de prendre en compte les 4 volets du projet de vie d'une personne à savoir :

- la santé et le bien-être
- les activités (bénévoles ou professionnelles)
- le mode de vie
- les relations (intimes, amicales, professionnelles)

Après avoir expliqué le sens de l'Unité de Gestion, et pour que la démarche soit concrète : le projet de l'UG comportera un plan d'action spécifique à l'UG (selon le même principe que celui que j'ai mis en place suite à l'évaluation externe) à échéance de 5 ans à la date de la prochaine révision du projet, à savoir 2022.

B) Cahier des charges et temporalité

Concernant la marche à suivre pour l'écriture du projet UG/établissements, je vais rédiger un cahier des charges qui fixera le périmètre du projet (missions des établissements, caractéristiques de la population accueillie). Le rappel de la méthode utilisée sera décliné : constitution de groupes de travail associatifs qui travailleront sur les thèmes choisis, par type d'établissement, en Comité Directeur. Ces groupes élaboreront un référentiel dont la mise en œuvre sera déclinée par établissement, par un groupe de travail interne à l'établissement sous la conduite d'un référent qui sera placé sous le contrôle du comité qualité auquel il rendra compte régulièrement. Le comité qualité de l'établissement fera office de « comité de pilotage » du projet.

Le cahier des charges précisera aussi la temporalité de la démarche : la phase 1 sera la phase de cadrage de la démarche associative (consultant, DG et directeurs d'UG) ; la phase 2 sera l'information des personnels de l'UG (moi-même lors d'une réunion dédiée + communication au personnel du cahier des charges) ; la phase 3 sera consacrée à la réalisation de l'écrit en lui-même ; la phase 4 sera la validation par le CA ; et la phase 5 sera la phase de communication du projet au CVS, aux personnes accueillies, aux professionnels et aux partenaires.

Les dates des phases seront précisées ainsi que les dates des réunions des groupes de travail.

Le cahier des charges développera les modalités d'implications des parties prenantes, à savoir les personnes accueillies, les professionnels, les partenaires extérieurs.

Après avoir détaillé la conduite du changement au niveau de l'organisation, puis auprès des personnels, ainsi que le processus d'élaboration de l'écriture du projet de l'Unité de Gestion ; venons-en dès à présent aux établissements qui, compte tenu de l'évolution de la population accueillie, vont devoir mettre en place très rapidement des mesures coordonnées pour accompagner le passage des travailleurs d'ESAT à la retraite.

3.2 Améliorer l'accompagnement proposé à l'ESAT

L'accompagnement et la préparation à la retraite appellent des réponses personnalisées, mais pas improvisées au cas par cas comme actuellement. Aussi pour organiser cette nécessaire anticipation, j'intègre cette problématique dans le plan d'action qui découlera de l'évaluation interne de 2016 et dans le futur projet d'établissement de l'ESAT dont le processus d'élaboration débutera au début de l'année 2017 ; mais à partir de l'identification, dès aujourd'hui, de la population concernée.

3.2.1 Repérer les signes d'usure professionnelle

Si l'identification des personnes à accompagner vers la retraite ne pose pas de difficulté particulière puisque le critère d'âge est déterminant, certains travailleurs rencontrent des difficultés au travail avant l'âge de la retraite.

En effet, nous avons vu dans la deuxième partie et plus précisément dans le 2.2.3 et le paragraphe consacré aux éléments de réponse à prendre en compte dans le plan d'action, que le docteur Philippe GABBAI expliquait que ce que l'on avait pu attribuer à

une forme de vieillissement précoce des personnes en situation de handicap était parfois dû à une inattention à des besoins physiques ou physiologiques élémentaires tels que les problèmes alimentaires, les problèmes de rythme de veille et de sommeil par exemple.

Il est donc important d'identifier ces travailleurs pour mieux anticiper avec eux les changements de situation à venir. Cette identification peut être menée dès à présent après avoir informé le personnel que suite à la loi du 20 janvier 2014 qui assouplit considérablement les conditions de départ à la retraite, il est important que l'établissement s'adapte au nouveau cadre réglementaire pour améliorer son accompagnement sans attendre le nouveau projet d'établissement, d'autant que j'ai toujours mis en avant dans mes rapports d'activité le fort pourcentage des plus de 50 ans dans les personnes que nous accueillons.

Enfin, l'évaluation interne des établissements va débuter en janvier 2016, et un plan d'action sur le thème de l'amélioration de la préparation des travailleurs à la retraite trouvera alors parfaitement son cadre.

L'information sera relayée en CVS.

Un groupe de travail est constitué sur la base du volontariat. Il sera composé de moniteurs d'atelier, d'un éducateur de soutien, de la psychologue et auquel le médecin du travail sera convié ; pour élaborer une grille de repérage à partir du « guide de repérage de la situation des personnes handicapées vieillissantes »⁷².

Ce petit groupe, se réunira sous la houlette de la psychologue qui sera identifiée comme référent du projet. Une secrétaire participera pour rédiger le compte rendu. J'estime que 3 réunions de 1h devraient suffire pour établir cette grille. Je propose que ces réunions se déroulent entre novembre et décembre 2015, sur les temps dédiés à la préparation et aux réunions (3hs par semaine, dans l'accord d'entreprise). Je souhaite que cette grille soit établie avant la fin de l'année, car une partie de l'équipe sera mobilisée en 2016 par le groupe de travail que je mettrai en place pour l'évaluation interne. Je ne peux donc pas mobiliser trop de professionnels dans des groupes de travail sans nuire à l'accompagnement des personnes accueillies. Cette réflexion est aussi valable pour le Complexe.

Cette grille sera validée en réunion de direction, puis présentée par la RUIS et la psychologue en réunion d'équipe.

⁷² ANNEXE 2 : « guide de repérage de la situation des personnes handicapées vieillissantes », utilisé par le Conseil Départemental de Haute-Savoie

Les moniteurs d'atelier la complèteront lors de la préparation du PAP avec les travailleurs qu'ils auront eux-mêmes repérés ou les travailleurs qui se seront plaints de troubles particuliers.

Le PAP des personnes repérées sera revu pour leur proposer une palette d'adaptations individuelles que je vais développer ci-dessous.

3.2.2 Les mesures spécifiques de préparation à la retraite

A) Les aménagements visant à favoriser la poursuite de l'activité professionnelle

Non seulement, il convient de proposer un aménagement de l'accompagnement pour ceux qui ont été repérés comme présentant des signes d'usure professionnelle et qui ne souhaitent pas partir à la retraite ou qui en sont encore loin. Mais aussi, proposer dans un premier temps, une alternative à la retraite comme un autre choix me paraît plus dynamique d'une part et d'autre part peut permettre à certains de retrouver une nouvelle motivation.

Je poursuivrai ma politique d'investissement en ayant toujours à l'esprit de trouver les équipements les plus ergonomiques possibles. En effet, les aménagements réalisés pour certains bénéficient au plus grand nombre. Par exemple, nous privilégions des débroussailleuses certes moins puissantes, mais surtout moins lourdes. Pour éviter le désherbage manuel et par voie de conséquence une position courbée ou à genoux ; le désherbage se réalise avec les rototils ou encore grâce à des désherbeurs thermiques sur chariots.

Un éducateur de soutien a suivi la formation PRAP et grâce à cela, assure régulièrement sur les ateliers, auprès des personnes accueillies, un accompagnement aux bons gestes et bonnes postures en situation de travail. Un autre éducateur de soutien anime des séances d'assouplissement et de renforcement musculaire, ainsi que de relaxation. J'ai mis en place ces 2 actions pour notamment limiter les troubles musculo squelettiques, mais aussi pour favoriser le bien-être des travailleurs à leurs postes de travail. Je souhaite renforcer cette démarche et faire intervenir un kinésithérapeute qui m'a été recommandé par le médecin du travail. L'objectif est d'aller au-delà de la formation PRAP, grâce à un professionnel de santé, et ainsi proposer un programme à destination des travailleurs qui auront été repérés conjointement avec le médecin du travail (à l'aide notamment de la grille de repérage présentée dans le 3.2.1) et qui éprouvent des difficultés s'apparentant à un éventuel risque de vieillissement précoce.

Ce cabinet de kinésithérapie développe une approche innovante de l'ergonomie, la méthode Feldenkrais, et intervient déjà à l'hôpital d'USSEL, à l'hôpital de BRIVE, dans des EHPAD en Haute Vienne et en Corrèze, mais aussi dans des IME et des ESAT.

En plus de cette approche de l'ergonomie, ce kinésithérapeute pourra peut-être déceler, lors des séances de formation auprès des travailleurs, des petits problèmes physiques qui auraient échappé aux éducateurs qui ne sont pas formés pour cela, et qui en voyant les personnes tous les jours sont peut-être un peu moins attentifs à certaines évolutions lentes qui passent alors inaperçues.

Je programme un rendez-vous dans le courant du mois d'octobre pour exposer à l'intervenant ma demande, afin qu'il propose un programme d'intervention sur l'année 2016 que je pourrais alors intégrer dans le plan de formation des travailleurs.

L'aspect bénéfique de la formation sera évalué par la suite auprès des personnes concernées et du moniteur d'atelier, pour savoir si je dois la reconduire ou non.

Parallèlement aux départs à la retraite prévus, de nouveaux jeunes travailleurs seront accueillis à l'ESAT afin de rester en conformité avec notre agrément de 80 ETP.

Dans ce cadre, je vais mettre en place un tutorat dont les objectifs seront pour les « anciens » de transmettre leur expérience en fonction des différentes situations de travail qu'ils connaissent bien, et de transmettre leur savoir faire en terme de sécurité, de prudence pour éviter les accidents ; mais aussi pour les « jeunes » d'avoir quelqu'un qui les « guide » dans le fonctionnement général de l'ESAT. L'enjeu est de remotiver, en les valorisant, les travailleurs présentant des signes d'usure professionnelle qui se désinvestissent peu à peu. Le risque d'isolement est important dans un premier temps vis-à-vis de leurs collègues de travail, et plus généralement dans leur environnement social. Cette mission de coopération intergénérationnelle conforterait ainsi la capacité à créer des liens sociaux. C'est aussi une forme d'aménagement des conditions de travail pour les remotiver et peut-être leur donner l'envie de poursuivre autrement une activité professionnelle plus enrichissante à leurs yeux. Je vois enfin dans cette étape, une manière de s'approprier en douceur une retraite qui ne s'impose pas naturellement pour certains.

Je vais travailler à ce projet avec les IMPRO en amont, pour connaître les attentes des jeunes qui entrent en ESAT d'une part, mais aussi pour mettre en place une formation pour les travailleurs d'ESAT qui se positionneront sur le tutorat, d'autre part. Les IMPRO seront associés tout au long de la démarche, pour aider l'équipe de l'ESAT à repérer quel tuteur, qui a été formé par l'équipe de l'IMPRO au tutorat, pourrait correspondre au jeune travailleur dont le projet est d'entrer à l'ESAT. En effet, les publics des ESAT évoluent : il faut donc être attentif à favoriser une cohabitation harmonieuse entre des personnes présentant des handicaps différents.

Pour ce qui concerne la mise en place, je sollicite directement le représentant du groupement des directeurs du pôle enfance du département pour lui soumettre ma problématique des départs à la retraite prévisibles dans les 5 ans à venir. Je lui signifie que je souhaite bâtir avec les IMPRO un planning prévisionnel d'entrées potentielles sur les ateliers identifiés, puis mettre en place le tutorat qui trouvera toute son utilité lors des stages préparatoires qui sont effectués sur une période d'une année scolaire précédant l'admission. Cette phase de tutorat prendra fin 3 mois après l'admission. Une fois le cadre posé avec les directeurs d'IMPRO ; 2 représentants des 2 équipes professionnelles, l'animatrice de formation pour ce qui concerne l'ESAT, travailleront à formaliser le cahier des charges de la formation du tuteur et les missions du tuteur et du jeune.

B) La préparation de la transition vers la retraite

Les travailleurs des ESAT de l'AGAPEI disposent d'un plan de formation mutualisé. La préparation de ce plan de formation a lieu au même moment que la préparation du plan de formation des salariés. Elle débute donc en septembre. En septembre 2015, je vais mentionner la formation de préparation à la retraite proposée par la mutuelle Chorum Malakoff Médéric, à laquelle nous sommes adhérents, dans le projet de plan de formation 2016 des travailleurs.

Cette formation peut être délivrée en interne sur la base d'un guide méthodologique à l'usage des formateurs et d'un support de formation pour les stagiaires, mais aussi en externe. Je rappelle ici, que l'organigramme de l'ESAT dispose d'une animatrice de formation à l'attention des travailleurs. Néanmoins, je souhaite faire intervenir un formateur expérimenté pour externaliser la formation et ainsi la mutualiser avec les 7 autres ESAT de l'AGAPEI qui accueillent 650 travailleurs handicapés.

En effet, une formation en groupe permettra aux travailleurs d'échanger entre eux, de s'exprimer sur leurs préoccupations et donc déjà de se rassurer sur le fait qu'ils ne sont pas seuls dans cette étape à franchir ; puis de leur apporter des idées d'activités ou de lieux de vie auxquels ils n'auraient pas forcément pensés. L'objectif étant de les rendre acteur de leur projet. Je vois un intérêt certain à leur proposer ce type de formation en amont afin de faciliter ensuite l'accompagnement individuel par lequel il faudra poursuivre. Cela me semble la bonne approche, concrète, d'un apprentissage « à la gestion du temps libre » pour anticiper une cessation d'activité professionnelle.

L'ESAT a toujours favorisé les formations à destination des travailleurs, pour exemple nous avons consacré 25 000 euros à leurs formations en 2014. Elles se déroulent

majoritairement en dehors de l'ESAT, et hors département, ce qui permet aux travailleurs de faire connaissance avec d'autres travailleurs d'ESAT et surtout d'appréhender un autre environnement. Au début, ils ont été un peu réticents mais à ce jour, ils savent très bien faire remonter leurs besoins de formation lors des réunions consacrées à leur PAP et souhaitent vivement « quitter l'ESAT pour aller en formation ». C'est bien pour cela que je souhaite que ces formations soient externalisées et donc mutualisées.

Une fois la formation inscrite et budgétisée sur le plan de formation 2016, je nommerai deux Référents Préparation Retraite (un professionnel de l'ESAT et un professionnel du Complexe), sur la base du volontariat, qui géreront l'organisation de la formation et qui y assisteront. Ils seront identifiés comme les personnes « ressource » qui contribueront à intégrer la problématique de la cessation d'activité dans le projet d'établissement de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré. Si l'un est absent, l'autre pourra facilement prendre le relais. Ils amorceront ainsi la coordination des accompagnements individuels que je souhaite instaurer et qui est indispensable pour faciliter les transitions et conserver une fluidité dans les parcours de vie des personnes accueillies. Il s'agira pour eux de recenser tous les partenaires locaux qui sont susceptibles d'intervenir dans le cadre de la retraite (CARSAT, CICAS, CLIC, structures proposant de nouveaux lieux de vie, associations sportives locales, associations diverses...).

Ils contribueront aussi à l'information des travailleurs de l'ESAT sur cette formation, ils recueilleront les demandes et les attentes des travailleurs qui souhaitent s'y inscrire et rencontreront les travailleurs qui auront été pressentis par les moniteurs d'atelier grâce à la grille et en cohérence avec leur âge, bien entendu.

Cette formation sera proposée dès 50 ans. Elle abordera les thématiques suivantes :

- leur vision de la retraite et leur parcours professionnel antérieur
- les droits, démarches et ressources financières
- le vieillissement et la santé
- les activités et les relations sociales à la retraite
- le lieu de vie à la retraite.

Enfin, je vais mettre en place une procédure formalisant les réorientations dans le cadre de l'accompagnement à la retraite. Elle complètera la procédure purement administrative de la sortie de l'établissement. Les référents Préparation à la retraite seront les intervenants « ressource » qui coordonneront les actions menées avec le travailleur, dans le cadre de cette procédure.

A l'heure actuelle, je l'ai démontré dans les paragraphes 1.3.2 et 1.3.3, aucune procédure n'existe dans ce domaine et chacun œuvre au gré de ses pratiques et au cas par cas. Compte tenu du nombre important de travailleurs susceptibles de partir à la retraite dans les 5 ans à venir (33), il convient d'organiser de manière moins empirique les réorientations vers d'autres services ou structures.

Chronologiquement, c'est la dernière action que je mettrai en place à l'ESAT. J'ai commencé par la grille de repérage, puis viennent les actions de formation par le cabinet de kinésithérapie et/ou le tutorat, ensuite viennent les actions liées au passage à la retraite avec la formation sur la retraite et logiquement la procédure de réorientation dans ce cadre-là.

Cette procédure est la première qui a comme périmètre l'UG, elle sera donc commune aux 2 établissements et par voie de conséquence, elle sera travaillée en Comité Qualité UG. Et comme elle arrivera chronologiquement après les autres actions qui seront menées en 2016, elle fera l'objet d'un plan d'action commun découlant de l'évaluation interne qui aura lieu sur les établissements dans le courant de l'année 2016. Je considère qu'une procédure, pour qu'elle soit acceptée et donc appliquée par le personnel, doit émaner de ce qui se fait concrètement sur le terrain. Il faut d'abord décrire ce qui se passe, puis déterminer les points qui dysfonctionnent ou encore mettre en évidence les carences. A partir de ce constat, il faut élaborer la procédure qui permet d'améliorer le service rendu aux personnes accueillies.

Cette procédure mentionnera entre autres, l'organisation de visites et de stages dans les structures proposant de nouveaux lieux de vie proches du domicile actuel du travailleur ou à défaut de sa famille. L'objectif étant qu'il puisse conserver tous ses liens sociaux et ses repères, pour éviter ainsi l'isolement et le repli sur soi générés par un environnement inconnu.

Sur les 33 personnes susceptibles de partir à la retraite entre 2015 et 2020 : 4 personnes vivent à leur domicile et 7 vivent en familles sans autre accompagnement que l'ESAT ; 8 résident au foyer d'hébergement, et 14 sont accompagnées par le SAVS⁷³.

J'ai décliné dans le paragraphe qui précède les améliorations de l'accompagnement de l'ESAT dans le cadre de la préparation à la retraite. Pour ce qui concerne les 8 personnes vivant en famille, ce sujet est sensible, comme je l'ai souligné dans le paragraphe 2.2.3. Les familles réclament des solutions d'hébergement « à vie ». La

procédure de réorientation suite à un départ à la retraite devra mentionner des entretiens réguliers avec la famille qui sera étroitement associée aux visites d'établissements ainsi qu'aux bilans des stages qui seront effectués. Un travail de communication important sera mené auprès de ces familles dès 2016 au cours de l'évaluation interne de l'ESAT, en les associant comme partenaires invités au Comité Qualité qui pilotera la démarche.

66% des travailleurs pouvant potentiellement partir à la retraite, sont accompagnés par les services du Complexe Gabriel Dupré, qu'il convient donc de faire évoluer pour répondre à cette problématique.

3.3 Les orientations stratégiques du Complexe Gabriel Dupré

3.3.1 Les solutions existantes

Comme je l'ai précisé dans le paragraphe 1.1.2, les foyers d'hébergement ont vocation à accueillir uniquement des travailleurs d'ESAT. A partir des solutions existantes, quelles sont les possibilités de réorientation vers un nouveau lieu de vie, pour les futurs 8 retraités d'ESAT résidant en foyer d'hébergement ?

Lors du BP2016, j'attirerai l'attention du Conseil Départemental sur les 8 résidents du foyer d'hébergement qui sont susceptibles d'être retraités dans les 5 années à venir. Je demanderai par conséquent l'accord de principe du Conseil Départemental sur une possibilité de dérogation de maintien en foyer d'hébergement plus un accompagnement par l'accueil de jour pour une période transitoire, si les résidents retraités sont en attente de places disponibles sur d'autres structures. Cela n'a pas été fait par le passé et le paiement des journées pour M. F.A est en suspens, comme mentionné dans le paragraphe 1.3.3. L'accueil de jour est financé par une dotation globale, donc il n'y a pas de demande de moyens nouveaux dans ce cas, ce qui facilite l'accord par le Conseil Départemental.

Le PAP mis en place sur le Complexe, est basé sur l'échelle IADL⁷⁴ pour les projets des résidents en foyer et les personnes accompagnées par le SAVS. Le PAP permet

⁷³ ANNEXE 3 : Etat prévisionnel des départs à la retraite 2015 - 2020

⁷⁴ ANNEXE 4 : échelle IADL et IADL simplifiée

une appréciation du degré d'autonomie de la personne, ce qui facilite l'orientation envisagée en amont de la retraite.

Actuellement, il existe sur le département du Gers : 5 foyers de vie, 5 FAM, 4 MAS et 38 EHPAD. Aux alentours proches d'Auch, se situent un foyer de vie et un FAM ainsi que deux MAS et à Auch même 6 EHPAD.

Lors des phases de réorientation, les accompagnements doivent nécessairement être intensifiés pour sécuriser la transition et répondre au mieux aux attentes des personnes. Ce n'est pas à ce moment-là, que doit être travaillée l'autonomie. Donc les solutions existantes seront listées dans la procédure de réorientation suite à la retraite, et les étapes seront détaillées.

A) La réorientation vers un EHPAD

La différence d'âge entre les retraités d'ESAT de 55 ans et les résidents d'EHPAD pouvant couvrir 2 générations, paraît vraiment trop importante pour répondre aux besoins des personnes en situation de handicap. Les retraités d'ESAT à 55 ans sont encore dynamiques et le risque est grand s'ils se retrouvent dans une structure essentiellement orientée vers les soins dévolus à des personnes très âgées, que cela n'accélère leur vieillissement et leur dépendance. Cette solution a été mise en œuvre pour le cas d'une personne de 60 ans bénéficiant de l'accueil de jour (elle avait travaillé quelques années à l'ESAT par le passé) dont le papa est parti vivre en EHPAD, pour maintenir le lien familial très fort entre le père et fils. Ce dernier bénéficie donc à ce jour d'une double prise en charge EHPAD/Accueil de jour. Cette configuration a répondu à une problématique précise, néanmoins elle reste très marginale, mais peut à nouveau être actionnée si elle correspond aux attentes d'un résident et de sa famille.

L'ESAT effectue des mises à disposition régulièrement depuis plusieurs années dans 2 de ces EHPAD auscitains, qui sont aussi des terrains de stage pour les travailleurs d'ESAT. Les contacts sont maintenus et pour les entretenir et les renforcer j'ai comme objectif de proposer que les résidents de ces EHPAD viennent visiter l'ESAT.

Dans le cadre de la procédure de réorientation en vue de préparer la retraite, sera prévue l'organisation de visites de résidents du foyer d'hébergement devant être réorientés vers un établissement après leur retraite, lors d'une animation festive à l'EHPAD. Après une visite de l'EHPAD, la participation à une animation permettra au résident et à sa famille d'avoir de nouveaux éléments de décision.

B) La réorientation vers les structures pour personnes en situation de handicap

Les réorientations sont possibles vers le dispositif des familles d'accueil, pour des résidents isolés et qui supportent difficilement le collectif.

Enfin, des orientations ont été effectuées vers les foyers de vie ou FAM autour d'Auch. L'AGAPEI dispose sur le département du Gers de deux foyers de vie et d'un FAM, mais éloignés d'une soixantaine de kilomètres d'Auch. Pour l'heure aucun travailleur d'ESAT n'y a été orienté après sa retraite.

L'AGAPEI a ouvert en avril 2015 dans la proche banlieue toulousaine, un foyer qualifié d'expérimental pour l'accueil de 70 travailleurs d'ESAT retraités à partir de 55 ans. Il est composé pour l'instant d'une majorité de places identifiées foyer de vie et de quelques places identifiées FAM. Au fur et à mesure de l'avancée en âge des retraités d'ESAT, on peut imaginer que les problèmes de santé vont s'aggraver et par conséquent le projet de cet établissement prévoit que le rapport entre les places foyer de vie et les places FAM s'inversera.

Cette structure expérimentale a été imaginée il y a une bonne dizaine d'années, or le délai est si long entre la réflexion fondée sur une analyse réalisée il y a plus de 10 ans (soit avant la loi de 2005 et la loi HPST de 2009) et sa mise en œuvre effective, que je m'interroge sur le bien-fondé aujourd'hui de ce type de structure collective relativement importante (70 places). D'autant qu'elle a accueilli quelques personnes vieillissantes provenant d'autres foyers de vie puisqu'il n'y avait pas assez de travailleurs d'ESAT retraités qui étaient entrés.

Actuellement, je constate chaque jour que la majorité des nouveaux entrants en ESAT ne souhaitent pas d'hébergement collectif. Il n'y a à ce jour que 5 personnes sur les 24 qui constituent la liste d'attente pour entrer à l'ESAT qui souhaitent un hébergement, soit 20%. Sachant que l'ESAT dispose d'un agrément de 80 ETP, j'en conclus que dans les années à venir, 20% des travailleurs d'ESAT auraient besoin d'un foyer d'hébergement soit 16 personnes. Or le foyer d'hébergement offre actuellement 20 places plus 2 d'accueil temporaire. Ces 5 personnes ont été reçues en entretiens par la RUIS au début de l'année 2015 : 2 ont déclaré ne pas être « en état de travailler » pour l'instant, 1 attend l'ouverture prochaine du nouveau foyer d'hébergement de l'AGAPEI à Condom (50 km au nord d'Auch) et 1 a réalisé un stage à l'ESAT qui ne lui a pas donné satisfaction. Donc au final, une seule personne va entrer à l'ESAT et au foyer d'hébergement. Or le foyer d'hébergement dispose depuis le mois de mars 2015 de 3 places vacantes. Ces places ne seront pourvues qu'à la fin de l'année 2015, soit un manque à gagner notable en termes de financement pour le foyer d'hébergement.

Qui plus est, le nouveau foyer d'hébergement, de la même capacité que celui d'Auch, à savoir 22 places, qui ouvre ses portes dans le courant du premier semestre 2016 à Condom, est loin d'être complet à ce jour. Ce dernier projet a été imaginé il y a aussi un certain nombre d'années, et je ne suis pas certaine qu'il corresponde aux attentes actuelles des nouveaux travailleurs d'ESAT.

Je me suis rapprochée de la MDPH du Gers afin de leur signaler que le foyer d'hébergement disposait de places vacantes et que je n'avais personne en liste d'attente, donc qu'ils veuillent bien faire une information dans ce sens auprès des personnes qu'ils orientaient vers un ESAT avec hébergement. J'ai appris à cette occasion par la MDPH, que l'ESAT de Rieumes en Haute-Garonne avait la même problématique en ce moment.

Je prends donc le parti de développer, conformément au SROMS Midi-Pyrénées 2012-2017 que je cite dans l'introduction et dans le paragraphe 1.1.3, « une alternative à l'hébergement pour garantir l'accès de tous aux dispositifs de droit commun ». C'est actuellement la demande des nouveaux entrants à l'ESAT, dont le souhait est « d'avoir un appartement ».

3.3.2 L'élaboration des projets de services vers une reconfiguration de l'offre

Je développais dans le paragraphe 1.1.3, que Le SROMS Midi-Pyrénées 2012-2017 précisait que la région présente une part des services dans les structures médico-sociales moins importante qu'au niveau national, et le secteur des adultes handicapés présentait un développement particulièrement faible (en 2008, 9% de l'équipement de ce secteur). Les appels à projet en cours ou qui ont abouti en 2015, sur la région, sont consacrés en grande partie au secteur sanitaire. Pour le secteur médico-social, ils ont concerné la création d'un IME et plusieurs transformations de places de SAVS en places SAMSAH.

Par exemple, il n'y a pas de SAMSAH généraliste dans le Gers qui ne dispose que de 10 places de SAMSAH pour la prise en charge du handicap psychique. Le taux d'équipement en structures pour personnes handicapées étant relativement important sur le Gers, ces créations de places ne pourront être envisagées que par redéploiement des moyens existants. Même si les Associations ne sont plus à l'origine des projets depuis 2009, nous pouvons néanmoins être force de propositions auprès des financeurs.

L'élaboration des projets de services est un des plans d'action qui fait suite à l'évaluation externe. Il a débuté en septembre 2015 par la constitution d'un groupe de

travail avec des réunions dédiées. En comité qualité, la marche à suivre suivante a été adoptée :

- établissement d'une trame à partir de la trame associative du projet d'établissement, puisque le projet de service est une déclinaison « pratique » du projet d'établissement qui précise les prestations proposées par le service.
- analyse de la population accueillie dans le service à partir des mêmes items qui ont été la base de l'analyse réalisée pour l'élaboration des projets d'établissement en 2012.
- description des missions et des prestations (PAP, cadre de vie, accompagnement social, accompagnement médical, gestion des risques) en réponse aux besoins et aux attentes des personnes accueillies.
- les perspectives d'évolution.

L'élaboration des projets de service doit permettre aux professionnels de trouver le sens de leur action dans un ensemble cohérent. Elle doit aussi permettre de proposer des perspectives d'évolution qui seront prises en compte par le prochain projet d'établissement dont la mise à jour, ainsi largement facilitée, se fera en 2017.

A) L'évolution du SAVS, et le projet de création d'un SAMSAH mutualisé

Pour éviter une rupture brutale dans le parcours de vie des travailleurs d'ESAT, il faut leur offrir la possibilité d'investir, avant la cessation d'activité, de nombreuses autres sphères d'activités sociales en dehors du travail. C'est donc vers cet objectif général que les futurs projets des services du Complexe Gabriel Dupré doivent tendre.

Les projets de service orienteront donc leurs actions afin de prendre en compte les 4 volets sociaux du projet de vie, tels que décrit par Jean-René LOUBAT⁷⁵ : la santé et le bien-être (hygiène de vie, état physiologique, climat psychologique), les activités (bénévoles et non pas professionnelles puisqu'elles sont du ressort de l'ESAT), le mode de vie (logement, rythme de vie, choix de consommation, conditions de vie) et les relations (familiales, intimes, amicales, publiques).

L'objectif du SAVS est d'insérer peu à peu les travailleurs d'ESAT dans des associations locales (peinture, musique, bibliothèque, visite du patrimoine local, sport...) grâce à l'accompagnement d'un éducateur, puis peu à peu sans aide. Cet accompagnement peut se réaliser par petits groupe de 3 ou 4 personnes ou individuellement. L'apprentissage de la gestion du temps libre doit être débuté dès

⁷⁵ LOUBAT JR., 2013, « Parcours et projets de vie, vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », *Les cahiers de l'actif*, n°446/447, p11

l'entrée de la personne en SAVS et renforcé 5 ans avant le départ prévisible à la retraite, pour pouvoir développer avec elle toutes les capacités sociales qu'elle devra mobiliser lors de la transition entre l'activité professionnelle et la retraite. La culture du parcours, c'est aussi envisager la sortie d'un service dès l'entrée de la personne. Il s'agit de voir, au-delà des simples missions du service, quelles sont les phases dans une vie qui peuvent être critiques, et comment les appréhender au mieux. Le passage de l'activité professionnelle vers la retraite en est une, nous avons vu dans la deuxième partie de cet écrit, les incidences.

Les activités, le mode de vie (en mutualisant certains outils avec le FH comme je le développe ci-après) et les relations sont pris en compte par le SAVS, mais la santé et le bien-être ?

a) L'intérêt d'un SAMSAH

Je propose une diminution de 4 places en foyer d'hébergement pour la création de 5 places de SAMSAH généraliste, hors handicap psychique, avec une spécialisation en gérontologie.

Les missions d'un SAMSAH sont définies par l'Art. D312-155-9 : « les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins la réalisation des missions visées à l'art. D.312-155-5 ».

L'art. D.312-155-5 définit les missions du SAVS, que je rappelle : « les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité ».

Le SAMSAH couvre l'ensemble des missions du SAVS avec en complément une prestation de suivi et de soin. C'est ce qui manque actuellement, qui plus est quand il faut accompagner 14 personnes dans une préparation à la retraite, pour lesquelles l'accompagnement se poursuivra jusqu'à l'arrivée de la dépendance puisqu'il n'y a pas de limite d'âge à un suivi contrairement au FH.

L'enjeu du projet de service SAVS et de son extension SAMSAH concernant les personnes susceptibles de partir à la retraite, relève d'un accompagnement par le SAVS/SAMSAH qui doit pouvoir leur permettre de rester dans le lieu de vie de leur choix le plus longtemps possible, en prenant en compte le volet santé, tout en les aidant à recomposer une vie sociale en dehors de l'ESAT.

J'imagine ainsi que les personnes puissent rester à leur domicile jusqu'à ce qu'arrive la dépendance, elles pourront alors entrer en EHPAD si leur état de santé le nécessite.

Le SAVS/SAMSAH sera ainsi positionné auprès des personnes identifiées par le médecin, comme un coordinateur des actions au domicile des différents partenaires sociaux et médicaux du département (CIAS, SSIAD, HAD, CLIC, aides à domicile, assistantes sociales de secteur, associations tutélaires...).

Le volet soin du SAMSAH me paraît être un incontournable pour la coordination des parcours de soins des personnes accueillies. Je mentionne dans le paragraphe 1.1.3 que le PRS Midi-Pyrénées relève des difficultés d'accessibilité à l'éducation et à la promotion de la santé, au dépistage (santé bucco-dentaire, dépistage organisé des cancers). La prévention dans le domaine de la santé reste insuffisante au sein du Complexe Gabriel Dupré, même si des actions d'information collective sont réalisées par la CPAM qui est un partenaire bien identifié dans ce domaine. De plus, la coordination des actions de prévention santé et des soins est encore difficile du fait d'un certain cloisonnement qui perdure entre le sanitaire et le médico-social. Par exemple, la psychologue du Complexe est bien identifiée par le CMP d'Auch comme l'interlocuteur privilégié, mais il est impossible à l'heure actuelle de formaliser sous forme d'une convention notre partenariat.

Le lien avec les autres partenaires tels que l'HAD, le CMP, le SSIAD serait grandement facilité s'ils avaient comme interlocuteurs des professionnels de la santé (médecin et infirmière).

Le SAMSAH généraliste avec une orientation gérontologie, peut apporter à l'échelle locale une ressource et une expertise en matière d'évaluation des besoins éventuels de compensation des personnes handicapées âgées auprès de la MDPH lors des évaluations médico-sociales à domicile, ou encore lors de participation aux équipes pluridisciplinaires. L'équipe « soignante » sera en mesure de proposer des actions collectives ou individuelles d'éducation à la santé, d'en effectuer le suivi ou de les coordonner, puis de les évaluer.

L'équipe du SAMSAH sera associée à celles du FH, du SAVS et de l'accueil de jour, notamment lors des réunions d'équipe et apportera des préconisations ponctuelles d'ordre médical en fonction des situations. En effet, j'imagine les 5 places « en file active », c'est-à-dire que le suivi SAMSAH sera nécessaire pendant une période donnée avec un début et une fin pour une personne (par exemple 6 mois), puis si la situation ne le justifie plus, une autre personne pourra bénéficier du suivi par le SAMSAH. L'objectif final est que le SAMSAH accompagne les personnes suivies dans un apprentissage de la gestion de leur santé par elles-mêmes, dans une perspective de la fin d'accompagnement par le service.

b) Le financement

Je souligne ici que le coût à la place du FH du Complexe Gabriel Dupré est de 28 474 euros et que la moyenne des coûts à la place des FH de l'AGAPEI est de 32 398 euros.

De même, le coût à la place du SAVS du Complexe est de 6 576 euros alors que la moyenne du coût à la place des SAVS de l'AGAPEI est de 8 732 euros⁷⁶. Les 2 services sont manifestement sous-dotés, or comment offrir des prestations harmonisées d'un département à l'autre, comme sont en droit de les attendre les personnes accueillies et leur famille ?

Mon projet est la création d'un nouveau service avec l'intervention d'un nouveau financeur, l'ARS, donc pour cette partie uniquement, il nécessite des moyens nouveaux. Le volet soins du plateau technique du SAMSAH serait composé d'un 0,10 ETP de médecin généraliste avec une formation en gériatrie, d'une infirmière à 0,5 ETP et d'une aide-soignante à temps plein. Ce volet soins, financé par l'ARS, serait d'un montant estimé de 57 000 euros.

Dans le cadre de ce projet de création du SAMSAH, et plus particulièrement du volet « accompagnement médico-social », il n'y aura pas de moyens nouveaux (conformément au SROMS) mais un redéploiement des financements existants du conseil départemental.

J'inclue 0,25 ETP de psychologue, qui sera mutualisé sur les 4 services qui composeront alors le Complexe Gabriel Dupré : SAVS, SAMSAH, FH et accueil de jour. Nous avons vu précédemment dans le paragraphe 1.3.1, que le temps actuel de la psychologue (0,25 ETP) était largement insuffisant pour réaliser les 74 PAP annuels du Complexe Gabriel Dupré. Grâce au projet de création du SAMSAH, le temps de psychologue sera porté à 0,50 ETP sur l'ensemble du Complexe, ce qui couvrira les besoins.

Le coût est estimé à 15 200 euros sur la base de la rémunération de la psychologue en poste figurant dans les comptes administratifs 2014 du Complexe.

Le volet social comportera aussi un moniteur éducateur à temps plein (estimé à 35 000 euros) mutualisé avec le SAVS, puisque la norme communément admise en termes d'encadrement est de 1 ETP pour 10 suivis. Ce qui fera 45 suivis SAVS/SAMSAH pour 4 éducateurs. Je rappelle qu'actuellement 3 éducateurs accompagnent 40 bénéficiaires, ce qui explique notamment un coût à la place inférieur de plus de 2 000 euros à la moyenne des SAVS de l'AGAPEI.

⁷⁶ Rapport synthétique des comptes administratifs 2014 de l'AGAPEI

Donc au total, le volet « médico-social » du SAMSAH est estimé à 47200 euros, sans moyens nouveaux. En effet, la suppression de 4 places au FH génère 113 896 euros de « disponible » d'où 47200 euros seront transférés du FH vers le volet médico-social du SAMSAH.

Le cout à la place du SAMSAH s'élève à 20 840 euros, or le coût à la place (volet social + volet soins) d'un SAMSAH est en moyenne de 21 000 euros⁷⁷.

Le projet est rationnel, je pourrais même proposer de suivre 6 personnes pour abaisser le coût à la place à 17 366 euros.

En termes de procédure : je dois le présenter au directeur général, qui, s'il le valide, le présentera au CA. Ce n'est qu'après validation par le CA, qu'un rendez-vous sera pris par la direction générale à l'ARS et au Conseil Départemental du Gers. L'objet de ce rendez-vous sera de mettre en avant le bien-fondé de ce projet. Si, à la suite de ce rendez-vous, un appel à projet est lancé conjointement par les deux financeurs, je préparerai la réponse que je transmettrai au directeur général pour validation.

Les bénéficiaires sont d'ores et déjà identifiés : le SAMSAH généraliste ayant vocation à intervenir à partir de 20 ans jusqu'à l'arrivée de la dépendance, j'identifie 8 personnes (entre 40 et 56 ans) qui ont un besoin d'accompagnement dans l'apprentissage de la prévention santé (contrôles médicaux annuels, addictions), ainsi que dans le suivi de la prise de leur traitement (épilepsie, agressivité récurrente).

c) La mutualisation

Une fois le SAMSAH créé, l'objectif n'est pas de perdre les moyens restants, d'autant que l'ensemble des services existants sont sous-dotés, mais bien de récupérer les 60 000 euros restants (arrondi) du budget initial du FH pour le SAVS.

Actuellement, le coût à la place du SAVS est de 6 576 euros pour 40 places d'où une dotation globale de 263 040 euros à laquelle j'ajoute les 60 000 euros = 323 040 euros, ramenant le cout à la place du SAVS à 8076 euros soit presque à la moyenne du cout à la place des SAVS de l'AGAPEI.

Au final, pour que le projet soit viable, il convient de le présenter avec une mutualisation entre les 4 services.

La psychologue à 0,50 ETP interviendra sur l'ensemble des PAP des 4 services, les postes de direction, cadre intermédiaire et comptables seront mutualisés, donc il n'y a aucune dépense supplémentaire dans ce domaine. Les dépenses relatives au groupe 1 (carburant pour le véhicule, fournitures administratives..) et celles relative au groupe

⁷⁷ Rapport CREA, 2011, « Spécialisation et variabilité dans le fonctionnement des SAMSAH dans cinq départements de la région Provence Alpes Côte d'Azur ». Appel à projet en 2012, portant création d'un SAMSAH en Territoire de Belfort.

3 du SAMSAH seront mutualisées avec le SAVS et donc « absorbées » par le financement supplémentaire accordé au SAVS.

En termes d'amélioration de l'accompagnement des personnes accueillies par l'ensemble de l'UG (ESAT, FH, SAVS, accueil de jour), le SAMSAH apportera une indéniable plus-value en termes de conseils, de préconisations auprès des personnes et des professionnels. L'équipe soignante interviendra ponctuellement à la demande des personnes et/ou des professionnels au niveau des PAP, mais aussi dans les réunions d'équipe pour apporter un éclairage sur une situation particulière ou pour faire le lien avec le secteur sanitaire.

B) Le foyer d'hébergement

4 places seront supprimées au foyer d'hébergement. Le moniteur éducateur envisagé dans la constitution de l'équipe SAMSAH proviendra de l'équipe qui intervient au FH. Je dispose actuellement d'une demande d'une personne qui travaille sur le FH et qui souhaiterait travailler sur le SAVS. Après une formation d'adaptation à l'accompagnement social au sein d'un SAMSAH, cette personne sera positionnée sur ce nouveau service.

Je conserve les 4 studios et les 4 chambres articulées autour d'un espace commun dans le bâtiment éloigné de la résidence elle-même, ce mode d'hébergement « satellite » un peu plus autonome correspond aux demandes des travailleurs d'ESAT. La résidence est composée d'un espace collectif au rez-de-chaussée et de 4 chambres de l'autre côté du hall d'entrée. Ces 4 chambres seront réaménagées sans difficulté et sans travaux onéreux en 2 bureaux et un espace de type salon, plus convivial, pour identifier l'équipe du SAMSAH. Ainsi les personnes suivies bénéficieront d'un lieu de rencontre, l'entrée sera indépendante de l'entrée du foyer d'hébergement.

Dans le cadre de l'élaboration du projet de service, je formalise la progressivité du mode de logement. Collectif à la résidence, l'étape suivante consacrera une autonomie un peu plus importante dans la partie de l'autre bâtiment qui regroupe les 4 chambres individuelles, et enfin une autonomie préparant à la vie en appartement dans l'aile réservée aux 4 studios. Les apprentissages seraient de fait différenciés selon les 3 sites et modulés entre eux afin de réunir un « socle commun » de compétences requises pour entrer dans un appartement avec l'appui du SAVS. Donc dès l'entrée du résident au foyer d'hébergement, l'accompagnement préparera la sortie vers un appartement.

Cette réflexion se mènera avec les professionnels du FH, sous forme de groupe de travail. L'appui d'un formateur de l'INPES dans ce groupe de travail pourrait aider les éducateurs à bâtir un enchaînement logique et pédagogique des différents apprentissages liés à la composition et à la fabrication de repas équilibrés par exemple, sur la base du classeur « alimentation atout prix » développé par l'INPES qui est un outil d'intervention et de formation en éducation nutritionnelle. Ce classeur constitue un ensemble progressif : s'interroger, comprendre, apprendre et construire. Il existe des antennes départementales de l'INPES, sur lesquelles il conviendra aussi de s'appuyer pour développer une éducation à la santé.

Le FH constitue alors un vrai tremplin vers l'indépendance d'un appartement autonome, et non plus un simple mode de logement collectif. L'enjeu étant d'individualiser nos réponses car tous les travailleurs d'ESAT ne souhaitent pas poursuivre leur vie en institution. Nous devons alors anticiper très en amont pour ouvrir avec ceux qui en font la demande « le champ des possibles » et ainsi leur donner les moyens de vivre comme tous, parmi tous.

3.4 La démarche d'évaluation

L'évaluation de ce nouveau dispositif et ses actions mises en place se réalisera par l'intermédiaire d'indicateurs rassemblés dans un tableau de bord spécifique à la retraite des travailleurs d'ESAT.

Le premier indicateur est l'évolution du taux d'absentéisme sur 5 ans des personnes de plus de 45 ans. Il correspond à l'amélioration des conditions de travail, et au sentiment de bien-être au travail, bien qu'un sentiment soit difficilement mesurable.

Le taux de satisfaction juste après le déroulement des actions de formation de préparation à la retraite ainsi que les actions de formation réalisées par le cabinet de kinésithérapeutes, est un élément tangible qui permet de mesurer l'adéquation du contenu de la formation aux attentes des travailleurs.

L'évolution du nombre de tutorats mis en place sur 5 ans nous indiquera si les travailleurs « anciens » se sont approprié cette formule. Parallèlement, une enquête de satisfaction est nécessaire auprès des 2 publics concernés par cette prestation. Il faut aussi être attentif aux retours que pourront faire les équipes des IMPRO. Ainsi des mesures correctives seront élaborées.

Le comité qualité est tout désigné pour déterminer les indicateurs adéquats, et les suivre tout au long des 5 ans. Néanmoins, il faut être plus réactifs en ce qui concerne

les enquêtes de satisfaction et demander aux intervenants un réajustement rapide de l'offre si elles démontrent une insatisfaction de la part des travailleurs.

Ainsi, concernant l'ensemble des prestations facilitant la transition vers la retraite, puis l'accompagnement pendant la période post professionnelle par le SAVS/SAMSAH, je souhaite intégrer comme partenaires invités au comité qualité, les représentants des personnes accueillies aux CVS de l'ESAT et du Complexe. Je suis ainsi fidèle à la logique de l'inclusion et aux principes de la responsabilité sociétale des organismes avec la prise en compte de toutes les parties prenantes de l'organisation.

Conclusion partielle

Ce plan d'action permet de mesurer l'effet global de l'ensemble des interventions des professionnels de l'ESAT et du Complexe Gabriel Dupré autour de la personne, tout en respectant ses besoins et ses attentes. Il vise à accroître les partenariats en identifiant le SAVS comme le coordinateur des interventions à domicile durant la période post professionnelle.

Une transversalité est mise en place au sein de l'UG afin de mieux prendre en compte les 4 volets du projet de vie de la personne, notamment par l'instauration de Référents Retraite qui interviendront pour coordonner les actions de préparation à la retraite.

Enfin, la création d'un service prenant en compte la prévention à la santé, ainsi que l'accompagnement ponctuel de la personne au cours de son parcours de soin sans se substituer toutefois aux services de droit commun, correspond aux orientations actuelles des politiques sociales sur la région Midi-Pyrénées.

Conclusion

Le point de départ de ma réflexion a été l'évolution démographique de la population accueillie à l'ESAT. Au regard de l'assouplissement des conditions de départ anticipé à la retraite pour les personnes en situation de handicap, engendré par la loi du 20 janvier 2014 ; 33 personnes sur un effectif de 85 peuvent prétendre à un départ anticipé entre 2015 et 2020.

En me penchant sur les 5 dernières années qui ont vu seulement 3 départs à la retraite, je me suis rendue compte que pour l'un d'entre eux, les attentes de la personne n'avaient pu être satisfaites. Le principal loisir d'un monsieur était ses promenades quotidiennes en ville, il en aimait l'animation et lors de sa retraite, la seule solution fut une famille d'accueil à la campagne. Une réflexion organisée s'imposait alors autour de la retraite, cette tranche de vie post professionnelle avant la vieillesse biologique. D'autant que les représentants des familles, lors d'un CVS au Complexe Gabriel Dupré en début d'année, m'ont fait part de leur inquiétude concernant « l'après ESAT ».

Il y a de nombreux écrits qui fleurissent depuis quelques années sur le vieillissement, apportant leur lot de structures « expérimentales » qui catégorisent encore les personnes handicapées – âgées. En revanche, j'ai constaté qu'il y avait peu de recherches sur le temps de vie des personnes en situation de handicap, situé entre la fin de l'activité professionnelle et le vieillissement amenant vers la dépendance.

Avant de voir la déficience de la personne, je la considère avant tout comme une personne ; j'ai donc abordé le sujet de la retraite sous l'angle du droit commun. Quelles sont les attentes des personnes à la retraite ? Quels sont leurs comportements ? Quelles peuvent être les conséquences de la retraite et les risques à anticiper ?

Ainsi, pour une personne en situation de handicap, quels dispositifs de compensation peut-on mettre en place, pour lui permettre de vivre sa retraite selon ses souhaits et « comme tout le monde » ? C'est bien ici que réside tout l'intérêt du sujet, car je suis persuadée que plus cette tranche de vie sera mieux vécue par la personne, plus nous pourrons reculer la survenance de la dépendance.

Ce sujet permet enfin aux professionnels des 2 établissements, l'ESAT et le Complexe Gabriel Dupré réunis récemment en Unité de Gestion, de débiter une réflexion commune et un travail transversal sur un thème qui est, à mon sens, particulièrement fédérateur. En effet, grâce à cette approche en termes de parcours de vie, les professionnels s'inscrivent dans une dimension partenariale plus large. Ils sont un maillon de la chaîne qui aura contribué à répondre aux attentes particulières de chacune des personnes accueillies. C'est une manière de redonner du sens à l'accompagnement au quotidien, qui au fil des

ans peut être démotivant ou usant, si l'on n'en voit pas l'aboutissement. Ce sont aussi les prémices d'une culture commune partagée par 2 équipes aux profils très différents, culture commune qui me paraît indispensable pour optimiser le fonctionnement d'une Unité de Gestion.

Néanmoins, cette problématique de la retraite des travailleurs d'ESAT mérite une réflexion beaucoup plus générale que celle que j'ai pu mener au sein de l'UG. L'AGAPEI est en capacité de piloter une recherche avancée sur ce thème de la retraite qui concerne les 650 travailleurs d'ESAT qu'elle accueille.

Bibliographie

Ouvrages

BORGETTO Michel, LAFORE Robert – Droit de l'aide et de l'action sociales – 8^{ème} édition – Collection Domat Droit public – 2012, Montchrestien, Lextenso éditions, Paris. 806p

JULLIEN François - Les transformations silencieuses – 2009, Editions Grasset et Fasquelle, Paris. 199p

LEGRAND Monique (sous la direction de) - La retraite : une révolution silencieuse – Collection Pratiques du champ social – 2001, Editions ERES, Ramonville Saint-Agne. 350p

MIRAMONT Jean-Marie, COUET Denis, PATURET Jean-Bernard – Le métier de directeur, techniques et fictions – 5^{ème} édition – 2012, Presses de l'EHESP, Rennes. 276p

THIERRY Dominique (sous la direction de) - L'entrée dans la retraite : Nouveau départ ou mort sociale ? Les enjeux individuels et collectifs – Collection Liaisons Sociales – 2006, Editions LIAISONS. 140p

ZRIBI Gérard (sous la direction de) - Le vieillissement des personnes handicapées mentales – 3^{ème} édition – 2012, Presses de l'EHESP, Rennes. 167p

Rapports et avis :

GOHET Patrick, « L'avancée en âge des personnes handicapées, contribution à la réflexion », Tome I, Rapport octobre 2013

HOCQUET Jean-Yves, « Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médico-social à l'inclusion des personnes handicapées, des clefs pour la cité », Rapport avril 2012

PIVETEAU D., « Zéro sans solution » : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches, Tome I, Rapport 10 juin 2014

PRADO C, « Mieux accompagner et inclure les personnes en situation de handicap : un défi, une nécessité », Avis du Conseil Economique, Social et Environnemental, séance du 25 juin 2014.

Rapport CREAL, 2011, « Spécialisation et variabilité dans le fonctionnement des SAMSAH dans cinq départements de la région Provence Alpes Côte d'Azur ».

Etude régionale du CREAL sur les SAMSAH, à la demande de l'ARS Bretagne, Février 2014.

Recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM :

L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes, Mars 2015.

L'accompagnement à la santé de la personne handicapée, Juin 2013.

Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en ESAT, Avril 2013.

Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, Juin 2010.

Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service, Mai 2010.

Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement, Septembre 2009.

Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, Décembre 2008.

Les attentes de la personne et le projet personnalisé, Décembre 2008.

Ouverture de l'établissement à et *sur* son environnement, Décembre 2008.

La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, Juin 2008.

Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des personnes accompagnées, Juin 2008.

Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale, Mars 2008.

Revue et articles :

CARADEC V, 2008, « Eléments pour une approche sociologique du vieillissement après la retraite » *in La vieillesse des uns et le travail des autres : les enjeux contemporains d'une rencontre séculaire*, Perpignan : Presses universitaires de Perpignan. Disponible sur Internet : <http://books.openedition.org/pupvd/675>.

CAVALLI S., 2007, « Modèle de parcours de vie et individualisation », *Gérontologie et société*, 4/2007 n°123, p 55-69.

CHAUVIÈRE M, « Intégration, insertion, inclusion... évolution ou révolution ? » *in Les Etats régionaux de l'inclusion*, 27/11/2012, Dijon, disponible sur internet : <http://etatsregionauxinclusion.apf.asso.fr/media/01/02/1094403908.pdf>.

GARDOU C, « La société inclusive : de quoi parle-t-on ? » *in Les Etats Régionaux de l'inclusion*, 24/04/2013, Toulouse, disponible sur Internet : <http://inclusionmp.blogs.apf.asso.fr/media/02/01/2482840106.pdf>.

GUIÈZE G, « L'inclusion : conditions et obstacles » *in Les Etats Régionaux de l'inclusion*, 14/02/2013, Auvergne, disponible sur internet : <http://etatsregionauxdelinclusion-auvergne.blogs.apf.asso.fr/media/00/02/2484494885.doc>.

GUILLAUME JF, 2009, « Les parcours de vie, entre aspirations individuelles et contraintes structurelles », *Informations sociales*, 6/2009 N°156, pages 22 à 30.

GUILLEMARD AM, 2002, « De la retraite, mort sociale, à la retraite solidaire », *Gérontologie et société*, 3/2002 N°102, pages 53 à 66.

LE CAPITAINE JY, 2013, « L'inclusion n'est pas un plus d'intégration : l'exemple des jeunes sourds », *Empan*, 1/2013 N°89, pages 125 à 131.

LOUBAT JR, 2003, « Pour la participation sociale des Personnes Handicapées », *Lien social*, publication N°675 du 28/08/2003.

« Transitions, continuité et ruptures dans les parcours individuels de prise en charge : impacts sur les trajectoires de vie ». Les cahiers de l'Actif N°446-447 – Juillet/Août 2013

Sites Internet :

Ma retraite, mode d'emploi : le guide pour comprendre et préparer sa retraite. (visité le 20.06.2015), disponible sur Internet : <http://www.info-retraite.fr>

Retraite du salarié : retraite anticipée pour handicap. Mise à jour le 19.01.2015 – Direction de l'information légale et administrative (Premier Ministre). (visité le 20.06.2015), disponible sur Internet : <http://vosdroits.service-public.fr/F16337.xhtml>

Recherche – Action :

Recherche – Action « Vieillissement et cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT ». Avril 2006. Recherche – action pilotée par le CLEIRPPA.

Liste des annexes

Annexe 1 : L'AGAPEI, implantation et chiffres clés

Annexe 2 : « Guide de repérage de la situation des personnes handicapées vieillissantes », utilisé par le Conseil Départemental de Haute - Savoie

Annexe 3 : Etat prévisionnel des départs à la retraite 2015 - 2020

Annexe 4 : Echelle IADL et échelle IADL simplifiée

ANNEXE 1

L'AGAPEI

Nombre d'agrément (Finess)	58
Places autorisées	2 339
Nombre salariés PP	1 700



ANNEXE 2

Guide de repérage de la situation des personnes handicapées vieillissantes

Outil utilisé par le Conseil général de Haute-Savoie,
Document travaillé à partir de la "grille de repérage des signes de vieillissement des
personnes handicapées observables par les moniteurs d'ateliers" élaborée au CAT *La Mandona*

MODIFICATIONS PHYSIQUES

1. Locomotion

- 1.1. Modification de la démarche
- 1.2. Altération des membres
- 1.3. Détérioration ou perte de la coordination
- 1.4. Perturbation de l'équilibre
- 1.5. Lenteur motrice
- 1.6. Autres

2. Gestes

- 2.1. Perte d'habileté gestuelle
- 2.2. Raideur
- 2.3. Tremblements
- 2.4. Somnolence
- 2.5. Plaintes relatives au maintien de la position (trop longtemps assis ou debout...)
- 2.6. Diminution des acquis de la vie quotidienne
- 2.7. Autres

3. Troubles sensoriels

- 3.1. Diminution de l'acuité visuelle
- 3.2. Diminution de l'acuité auditive
- 3.3. Vertiges
- 3.4. Bourdonnements
- 3.5. Incontinence
- 3.6. Autres

4. Résistance

- 4.1. Baisse des activités physiques
- 4.2. Augmentation de la fatigabilité
- 4.3. Tassement plus rapide / plus fréquent
- 4.4. Diminution de la force physique
- 4.5. Autres

MODIFICATIONS AUX ACTIVITES DIVERSES

1. Diminution de la mémoire

- 1.1. Troux de mémoire
- 1.2. Difficultés à improviser
- 1.3. Baisse d'attention
- 1.4. Perte d'autonomie
- 1.5. Autres

2. Baisse de l'activité psychomotrice

- 2.1. Difficulté de repérage dans le temps
- 2.2. Difficulté de repérage dans l'espace
- 2.3. Baisse de l'activité en quantité

2.4. Baisse de l'activité en qualité

2.5. Autres

3. Diminution des facultés d'adaptation

3.1. Isolement

3.2. Repli sur soi

3.3. Monologue

3.4. "Radotage", idées fixes

3.5. Autres

MODIFICATIONS PSYCHIQUES

1. Tendances hypocondriaques

1.1. Augmentation des demandes de soins

1.2. Appropriation des problèmes de santé des parents

1.3. Langage identique à celui des personnes plus âgées

1.4. Autres

2. États "dépressifs"

2.1. Angoisse due à la difficulté de gérer le quotidien

2.2. Inquiétude face à l'avenir

2.3. Facilement affecté par des événements extérieurs (choc affectif...)

2.4. Plus grande résistance aux changements

2.5. Irritabilité / troubles de l'humeur

2.6. Tristesse

2.7. Diminution du plaisir à boire, à manger...

2.8. Laisser-aller corporel (toilette, rasage...)

2.9. Autres

ANNEXE 3

ESAT LA CAILLAOUERE

ETAT PREVISIONNEL DES DEPARTS A LA RETRAITE 2015 – 2020

Nombre	Date de naissance	Age en 2015	Date d'entrée à l'ESAT	Type de suivi
1	27/03/1954	61	01/03/1988	SAVS
2	05/04/1954	61	02/05/1978	FAMILLE
3	10/10/1955	60	01/09/1992	SAVS
4	02/07/1956	59	01/02/1989	FAMILLE
5	06/09/1956	59	01/02/2005	FAMILLE
6	23/12/1957	58	09/01/1979	FAMILLE
7	08/01/1958	57	01/12/1079	sans
8	11/03/1958	57	15/09/1980	FH
9	24/03/1958	57	01/01/1981	SAVS
10	28/02/1959	56	01/09/1980	FH
11	11/04/1959	56	02/01/1980	sans
12	18/05/1959	56	13/06/1988	SAVS
13	20/07/1959	56	04/01/1982	FAMILLE
14	27/12/1959	56	02/01/1981	FH
15	02/01/1961	54	18/09/1978	sans
16	11/02/1961	54	01/01/1986	FAMILLE
17	12/05/1961	54	01/04/1982	SAVS
18	12/01/1962	53	08/09/1986	FH
19	06/02/1962	53	01/09/1986	SAVS
20	27/02/1962	53	05/09/1994	SAVS
21	13/03/1962	53	11/11/1983	SAVS
22	22/05/1962	53	02/03/1981	SAVS
23	15/09/1962	53	01/08/2005	SAVS
24	13/12/1962	53	22/10/1990	SAVS
25	20/08/1963	52	15/07/2014	sans
26	13/12/1963	52	01/09/1986	FH
27	17/12/1963	52	01/01/1986	FH
28	31/01/1964	51	08/06/1998	sans
29	19/11/1964	51	01/12/1987	FH
30	03/02/1965	50	01/02/1989	SAVS
31	03/10/1965	50	01/10/1990	SAVS
32	13/11/1965	50	21/12/1988	FH
33	22/12/1965	50	02/10/1988	SAVS

ANNEXE 4

Echelle IADL et IADL simplifiée

Nom Prénom :
 Date de naissance :
 Date d'évaluation :
 Nom évaluateur :

Signature : _____

ECHELLE IADL activités de vie courante	
I UTILISER LE TELEPHONE	niveau
5- se sert normalement du téléphone	
4- compose quelques numéros très connus	
3- répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	
2- n'utilise pas du tout le téléphone spontanément	
1- incapable d'utiliser le téléphone	
II FAIRE SES COURSES	niveau
4- fait des courses normalement	
3- fait quelques courses normalement (nombre limité d'achats)	
2- doit être accompagné pour faire ses courses	
1- complètement incapable de faire ses courses	
III PREPARATION DES ALIMENTS	niveau
4- prévoit et prépare normalement les repas	
3- prépare normalement les repas si les ingrédients lui sont fournis	
2- réchauffe, prépare des repas de façon plus ou moins adéquate	
1- il est nécessaire de préparer et servir les repas	
IV ENTRETIEN DU LOGEMENT	niveau
5- entretient son logement seul ou avec une aide occasionnelle	
4- effectue quelques tâches quotidiennes: vaisselle, faire le lit	
3- effectue quelques tâches quotidiennes mais ne peut maintenir un état de propreté normal	
2- a besoin d'aide pour les travaux d'entretien ménager	
1- est incapable de participer aux tâches ménagères	
V BLANCHISSERIE	niveau
4- effectue correctement sa blanchisserie personnelle	
3- l'entretien du linge doit être supervisé(tri, dosage des produits..)	
2- lave les petits articles à la main	
1- la blanchisserie doit être assurée par le service	
VI DEMARCHES ADMINISTRATIVES	niveau
4- effectue correctement les démarches administratives	
3- effectue les démarches administratives en demandant des conseils	
2- peut effectuer des démarches si elles sont supervisées	
1- a besoin d'une aide totale pour toutes les démarches	
VII DEPLACEMENTS	niveau
4- conduit son véhicule ou utilise les transports publics	
3- utilise les transports publics sur un trajet connu	
2- peut prendre les transports publics seul, avec aide (départ - arrivée)	
1- déplacement limité en taxi, a besoin d'être accompagné	
VIII RESPONSABILITE A L'EGARD DU TRAITEMENT	niveau
5- responsable de la prise de médicaments (dose rythme)	
4- responsable si les doses sont préparées (pilulier hebdomadaire)	
3- responsable si les doses sont préparées (pilulier journalier)	
2- oublie fréquent du traitement	
1- incapable de prendre ses traitements même s'ils sont préparés	

IX GESTION DES RENDEZ- VOUS MEDICAUX	niveau
4- organise seul et correctement ses rendez vous médicaux	
3- organise ses rendez vous médicaux sur sollicitation	
2- doit être supervisé dans son parcours médical	
1- le suivi médical est confié à l'infirmier	
X APTITUDE A MANIPULER DE L'ARGENT	niveau
4- gère ses finances correctement de façon autonome	
3- gère correctement un budget limité et des dépenses courantes	
2- gère avec difficulté les sommes confiées	
1- est incapable de manipuler de l'argent	
XII GESTION DES LOISIRS	niveau
4- organise seul ses loisirs	
3- a besoin d'être stimulé pour organiser ses loisirs	
2- a besoin d'aide pour l'organisation de ses loisirs	
1- ne s'investit dans aucune activité, refuse les propositions	
<p>Commentaires :</p>	

Echelle de Lawton aménagée

ECHELLE IADL SIMPLIFIEE

Critère I - APTITUDE A UTILISER LE TELEPHONE		niveau
4	Se sert normalement du téléphone	
3	Compose quelques numéros très connus	
2	Répond au téléphone mais ne l'utilise pas spontanément	
1	Ne se sert pas du téléphone	
Critère II - CAPACITE DE DEPLACEMENT		niveau
4	Utilise les transports publics ou conduit un véhicule	
3	Utilise les transports publics sur un trajet connu	
2	Peut prendre les transports publics seul mais avec aide (départ, arrivée)	
1	Déplacement accompagné	
Critère III - RESPONSABILITE A L'EGARD DU TRAITEMENT		niveau
4	Responsable de la prise de ses médicaments (dose et rythme)	
3	Responsable avec pilulier hebdomadaire	
2	Responsable avec un pilulier journalier	
1	Oubli fréquent du traitement	
Critère IV- APTITUDE A MANIPULER DE L'ARGENT		niveau
4	Gère ses finances correctement, de façon autonome	
3	Gère correctement un budget limité et des dépenses courantes	
2	Gère correctement de l'argent de poche	
1	Incapable de manipuler de l'argent	
Critère V- LIRE UN TEXTE SIMPLE		niveau
4	Déchiffre, comprend le sens du texte	
3	Lit mais bute sur certains mots ou tournure de phrases	
2	Lit des phrases à structure simple (sujet, verbe, complément) difficulté à comprendre le sens	
1	Ne peut pas lire des textes simples même avec une aide	
Critère VI - ECRIRE		
4	Utilise l'écriture pour des textes simples messages et courriers	
3	Utilise l'écriture avec quelques difficultés (graphisme, écriture phonétique)	
2	Utilise l'écriture avec beaucoup de difficultés (illisible, mots isolés, sans lien)	
1	Ne peut pas écrire même avec de l'aide	
Critère VII- COMPTER (calcul mental, sur papier ou à l'aide d'une calculatrice)		
4	Effectue correctement des calculs élémentaires calcul mental	
3	Effectue des calculs avec des erreurs ponctuelles	
2	Effectue des calculs avec beaucoup d'erreurs et sans lien avec des situations concrètes	
1	N'effectue pas de calculs élémentaires même avec de l'aide	
<i>Commentaires</i>		
Nom prénom:	Evalueur:	Date:

ETE - GRENIER

Marie-Lise

Novembre 2015

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : CRFPFD de Toulouse

Préparer les travailleurs d'ESAT à la retraite pour favoriser une continuité dans les parcours de vie

Résumé :

Les ESAT furent mis en place dans les années 1970, et à cette époque, la question du départ à la retraite des travailleurs n'était pas vraiment envisagée. A l'heure actuelle, la loi du 20 janvier 2014 a assoupli les conditions de départ anticipé pour les travailleurs d'ESAT.

De fait, l'Unité de Gestion d'Auch, dans le Gers, qui regroupe un ESAT, un foyer d'hébergement, un SAVS et un accueil de jour, se trouve actuellement confrontée au départ potentiel à la retraite de 38% de l'effectif de l'ESAT dans les 5 ans à venir.

Une réorganisation du dispositif est donc nécessaire pour prendre en compte la transition longue entre le temps de vie post professionnelle et la vieillesse biologique. De plus, cette réorganisation permettra, grâce à une problématique transversale à l'ensemble des services, de fixer les bases d'une culture commune partagée par des professionnels aux profils très différents. L'objectif managérial étant de donner du sens à un fonctionnement en Unité de Gestion.

L'enjeu est de reconfigurer l'offre des services, notamment grâce à la création d'un SAMSAH, afin que l'Unité de Gestion contribue à ce que la personne en situation de handicap puisse vivre sa retraite, selon ses souhaits, « comme tout le monde ».

Mots clés :

HANDICAP, ESAT, SAVS, SAMSAH, RETRAITE, INCLUSION, PARCOURS

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.