



**DYNAMISER LA COOPÉRATION INTERSERVICES POUR
FAVORISER L'EMPLOYABILITÉ DES PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE**

Sophie POULARD

2012

cafedes



Remerciements

Je tiens à remercier :

Michèle Dorival, Vice-présidente de l'Association ISATIS, pour son écoute et son soutien.

Jean-Claude Greco, mon Directeur Général, pour la confiance qu'il m'a accordée en me permettant d'évoluer professionnellement.

Joëlle Choux, ma guidante de mémoire, pour sa patience, sa disponibilité, sa remarquable adaptation au rythme de ma production, ainsi que pour sa bienveillance.

Philippe Niogret, qui à l'occasion de mon stage de DF1, a partagé avec moi son expérience de directeur.

Les équipes avec lesquelles j'ai la chance de travailler, qui ont su continuer à travailler en s'adaptant à mes nombreuses absences durant ce cursus de formation, sans jamais se démotiver.

Egalement, mes collègues et camarades de promotion pour les échanges constructifs autour d'un café ou d'un repas, et les séances de révision et de soutien mutuel intenses ; une pensée particulière pour Sylvie, Aurore, Michel, Rémi, Michel et Jacques.

Enfin, mon père et sa compagne pour le soutien logistique hors pair, l'accueil chaleureux et soutenant pendant la période intense d'écriture de ce mémoire.

Sommaire

Introduction	1
1 Handicap psychique et employabilité	3
1.1 De la folie au handicap psychique	3
1.1.1 De l'assistance à l'inclusion, évolution de la notion et de la représentation du handicap	3
1.1.2 La reconnaissance par les politiques publiques de la spécificité du handicap psychique et des besoins d'accompagnement liés	5
1.1.3 Handicap psychique, maladie mentale, trouble psychique.....	9
1.2 Les personnes souffrant d'un handicap psychique	11
1.2.1 Le handicap psychique, un handicap invisible et pourtant très stigmatisé	12
1.2.2 Les problématiques et le quotidien de ces personnes	13
1.2.3 L'insertion socio professionnelle, ou la preuve de la « normalité »	16
1.3 L'employabilité des personnes souffrant de troubles psychiques.....	18
1.3.1 Employabilité et troubles psychiques.....	18
1.3.2 Les mesures en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap.....	21
1.3.3 Le milieu protégé au cœur d'injonctions fortes	24
2 L'offre de service d'ISATIS dans les Bouches-du-Rhône, des réponses multiples mais non homogènes	26
2.1 Le contexte associatif	27
2.1.1 ISATIS, naissance et histoire de l'association	27
2.1.2 Cadre éthique d'intervention, règlement associatif et charte traduisant les valeurs	28
2.1.3 Une association reposant sur un système de gouvernance et un mode de délégation construits	29
2.2 Un développement associatif territorial au service de projets ayant comme finalité l'employabilité.....	31
2.2.1 Les établissements et services de l'Association	31
2.2.2 Une des forces des équipes et de l'Association, la culture du réseau.....	40
2.2.3 L'évolution de l'organisation territoriale, la création de la direction territoriale des Bouches du Rhône.....	44
2.3 Des dispositifs cloisonnés : une organisation territoriale à renforcer	45
2.3.1 La problématique d'un management à distance	45

2.3.2	La problématique particulière de l'ESAT des Ateliers du Merle	48
2.3.3	La problématique de l'articulation opérationnelle des missions sur un territoire complexe	49
3	Créer les conditions d'une coopération efficiente dans un contexte de réorganisation territoriale.....	55
3.1	Créer et animer le nouveau pôle territorial	56
3.1.1	Construire et renforcer la solidarité de l'équipe de direction	56
3.1.2	Structurer les fonctions supports.....	61
3.1.3	Animer le pôle territorial	61
3.2	Redonner sa place à l'ESAT	62
3.2.1	Promouvoir la notion d'appartenance.....	63
3.2.2	Structurer l'équipe en interne en lien avec le projet.....	64
3.2.3	Mettre à l'équilibre et dynamiser le secteur économique.....	69
3.3	Organiser la coopération et la communication à l'échelle du territoire	71
3.3.1	A l'interne.....	71
3.3.2	A l'externe.....	75
	Conclusion	80
	Bibliographie.....	83
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
AGEFIPH	Association de Gestion des Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AM	Alpes-Maritimes
ANDICAT	Association Nationale des Directeurs et cadres des ESAT
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agences Régionales de la Santé
BAPC	Budget Annexe de l'activité de Production et de Commercialisation
BDR	Bouches du Rhône
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CA	Conseil d'Administration
CAFERUIS	Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CATTP	Centre d'Activité Thérapeutique a Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDS	Chef De Service
CIP	Conseiller en Insertion Professionnelle
CMP	Centre Médico Psychologique
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
CVS	Conseil à la Vie Sociale
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DI	Déléguée à l'Insertion
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DT	Direction Territoriale
DUD	Document Unique des Délégations
EA	Entreprise Adaptée
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ESMS	Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH	Foyer d'Hébergement

FJT	Foyer de Jeunes Travailleurs
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HID	Handicap Incapacités Dépendance
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
IME	Institut Médico Educatif
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PRIAC	Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
RH	Ressources Humaines
RQTH	Reconnaissance et Qualité de Travailleur Handicapé
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSDAE	Restriction Substantielle et Durable de l'Accès à l'Emploi
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SASTH	Service d'Accompagnement et de Suivi des Travailleurs Handicapés
SAVS	Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SRS	Service Relais Santé
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
UNAFAM	Union Nationale des Amis et FAmilles de Malades mentaux

Introduction

Je travaille en tant que directrice pour l'Association ISATIS qui a pour mission l'insertion des personnes adultes souffrant de troubles psychiques. Celle-ci mène depuis quatorze ans des actions d'insertion sociale et professionnelle en faveur de ce public. Son engagement envers ces personnes, jusqu'alors peu ou pas reconnues, tient à la volonté d'améliorer la situation des familles et des personnes confrontées à la maladie psychique chronique et à ses conséquences sociales. Implantée sur la région PACA et Corse, l'Association a développé des services différents mais complémentaires sur son territoire d'intervention. Son siège social se situe à Nice et l'Association conduit l'implantation de directions territoriales dans chaque département. Cette perspective est aujourd'hui engagée par la Direction Générale sur les Bouches-du-Rhône. Cette création doit conduire au rattachement sous une direction unique d'un SAMSAH¹ à vocation départementale, de trois SASTH PPS², d'un GEM³ et d'un ESAT. Je viens d'être nommée au poste de directrice territoriale (prise de poste en juin) avec pour mission de mener à bien cette réorganisation qui va entraîner pour l'ensemble des services et les équipes qui les constituent une mutation organisationnelle et institutionnelle importante.

L'objectif affiché par l'Association et la Direction Générale, que je vais avoir la charge de mettre en œuvre, est tout d'abord de fédérer les services et les établissements autour des valeurs associatives, d'une culture commune et de principes d'action communs. La création de cette direction territoriale vise également à accroître la lisibilité des services de l'association et des opérateurs de terrain dans le département vis-à-vis des pouvoirs publics et des partenaires. Elle devra permettre de potentialiser les moyens, les ressources et les actions de chaque service. Ainsi, en favorisant une coopération inter-établissements, elle permettra de proposer une palette de services visant notamment l'employabilité des personnes, mais aussi, une action homogène, concertée, assurant un service rendu à l'utilisateur cohérent et de meilleure qualité. Acteur de son projet de vie, l'utilisateur disposera d'un accompagnement adéquat et équitable et d'une qualité d'accompagnement identique dans tous les services et établissements du territoire.

La mise en œuvre de ce projet est d'autant plus importante que l'ESAT de Salon de Provence s'est créé très rapidement et a connu plusieurs directions. Il a donc souffert de ce démarrage chaotique et ne remplit pas pleinement ses missions. Aussi, il conviendra dans ce projet d'y apporter une attention particulière, de réinterroger sa place et son

¹ Service d'Accompagnement Médico Social pour Adultes Handicapés

² Service d'Accompagnement et de Suivi des Travailleurs Handicapés-Prestations Ponctuelles Spécifiques

³ Groupe d'Entraide Mutuelle

fonctionnement, d'y réinsuffler du sens et de le replacer au sein des dispositifs de l'Association en permettant aux équipes de se sentir plus intégrées. Quant aux autres services, il s'agit également d'impulser et d'accompagner un véritable changement de mode de management.

Quels sont les enjeux de la fonction de direction qui sont alors traversés par ces questions ? Il s'agit autant du management d'équipe, que de l'adaptation des services à l'évolution des besoins des usagers. L'un des rôles d'une direction territoriale est d'accompagner les équipes à la compréhension des politiques publiques et à leur mise en œuvre efficiente et respectueuse des projets de vie des personnes. Force est de constater qu'à l'égard du public en situation de handicap psychique notamment, les dispositifs existants tendent à fragmenter les accompagnements alors que les parcours de vie de ces personnes sont eux-mêmes déjà très morcelés.

L'installation de cette direction territoriale doit permettre de faire vivre et d'articuler le projet associatif régional sur un territoire, en le mettant au service des projets personnalisés des personnes. La notion de territoire sera à interroger dans cette réorganisation.

Comment, à partir d'établissements et de services répartis sur un territoire, et dans un contexte de réorganisation territoriale, créer une offre de service lisible et opérationnelle au service de l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique ?

Je propose de présenter ce travail en abordant dans un premier temps les concepts liés au handicap psychique et à la question de l'employabilité.

Je présenterai ensuite l'organisation des services des Bouches-du-Rhône ainsi que son diagnostic.

Enfin, je détaillerai le plan d'action que l'ensemble de ces éléments m'a conduite à élaborer. Il s'articulera autour de la création de la direction et de la dynamisation des personnels en mutualisant les savoir-faire.

Ceci sera pensé à la lumière des valeurs fondatrices de notre association et dans le souci de placer nos actions au service de la personne en situation de handicap.

« De l'homme à l'homme vrai, le chemin passe par l'homme fou »

Michel Foucault

1 Handicap psychique et employabilité

Dans cette première partie, je propose de présenter les concepts liés au handicap à travers les lois, et plus particulièrement à la création du handicap psychique. Puis je dresserai un tableau des personnes en situation de handicap psychique et de leur situation au regard de la question de l'employabilité.

1.1 De la folie au handicap psychique

Avant de nous pencher sur le traitement sociétal de la folie et de sa prise en compte au regard des politiques publiques, il convient de s'arrêter sur l'évolution de la représentation de la notion de handicap dans sa prise en compte et sa reconnaissance.

1.1.1 De l'assistance à l'inclusion, évolution de la notion et de la représentation du handicap

Il apparaît nécessaire de rappeler en préambule les grandes évolutions relatives à la notion de handicap ces trente dernières années, en faisant un focus sur l'évolution de la place du « fou » dans la société. Sous l'Antiquité, la démence comme l'infirmité, constituent des « signes de puissance divine ». ⁴ Ainsi les fous ont une place sociale importante. L'avancée de la médecine va quelque peu atténuer le poids de la volonté des dieux et inscrire ces personnes à une autre place ; en 450 avant J.-C, le droit romain consacre l'incapacité de la personne dite démente.

Avec l'avènement du christianisme, une nouvelle façon de penser la folie s'installe, en relation directe avec la notion de charité prônée par les Evangiles. Les plus démunis et les plus incapables sont pris en charge par la société au travers de la famille et de la paroisse. Le mode de vie rural facilite cette solidarité.

L'urbanisation, les grandes famines, les guerres et les épidémies vont quelque peu enrayer ce mode de « prise en charge ». Les processus de stigmatisation et marginalisation sont en action, les fous se retrouvent écartés de la société dite normale, abrités (ou isolés) dans des hébergements spécifiques.

La prise en charge des plus démunis, des nécessiteux, et des infirmes ou des marginaux, tels que qualifiés par les textes, a elle aussi longtemps été organisée « en dehors de la société », les personnes dont les familles ne savaient ou ne voulaient se soucier étant souvent recueillies dans des asiles. ⁵

⁴ MULLER S., *Comprendre le handicap psychique*, Champ Social Editions, 2011, p.12

⁵ LOCHEN V., *Comprendre les politiques d'action sociale*, éd. Dunod, avril 2010

Un virage par rapport à cette logique dite « assistancielle » envers les plus fragiles s’amorce avec **les lois du 30 juin 1975**⁶ qui viennent consacrer la notion de « handicap » et d’intégration dans la société. Elles mettent aussi un terme aux appellations stigmatisantes en introduisant la notion de handicap. En créant un statut de la personne handicapée, la loi reconnaît des droits aux personnes concernées. Elle prône leur nécessaire intégration dans la société, en opposition à la relégation dont elles étaient souvent victimes. Est alors développée une palette de réponses institutionnelles, principalement organisées autour du placement en institution.

Les modalités de prise en charge et les droits créés sont alors peu organisés en fonction des besoins réels des personnes, il leur est souvent demandé de s’adapter à la solution proposée, et non l’inverse. Aussi, si la volonté de changer le regard posé sur ces personnes apparaît, ces lois les plongent malgré tout dans un paradoxe, leur reconnaissant spécificité, statut et droit, et en parallèle leur proposant une intégration « fléchée » en établissement, via des critères d’entrée dépendant du degré de déficience. Valérie Löchen relève la présence d’une « *contradiction entre l’idée que les personnes handicapées bénéficient des mêmes droits que tous et la mise en œuvre de structures spécialisées à l’écart du droit commun* »⁷.

Un changement de cap s’amorce dans les années 1980/1990, la question de la prise en considération de l’environnement de la personne handicapée est soulevée, comme contributive à une meilleure insertion des personnes handicapées. L’amorce de la prise en charge globale est en marche, ainsi que de la nécessaire adaptation de l’environnement à la personne.

En 1987, la loi pour l’emploi en faveur des personnes handicapées⁸ est votée. Elle prévoit 6% de travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de vingt salariés.

De même, est votée en 1991⁹, la loi d’accessibilité pour l’aménagement des bâtiments recevant du public.

L’Union Européenne influence fortement le mouvement. En effet dès 1996, une résolution du Conseil de l’Union européenne invite les Etats membres à s’assurer que leurs politiques publiques permettent aux personnes handicapées de participer pleinement à la vie sociale. Et en 1997, l’article 13 du Traité d’Amsterdam demande à ses signataires de lutter contre toutes formes de discrimination, dont celle fondée sur un handicap. Mais c’est le Traité de Lisbonne qui pose les fondations de la future loi du 11

⁶ Loi n°75-534 d’orientation relative aux personnes handicapées et loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

⁷ Idem 5 p. 170.

⁸ Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l’emploi des travailleurs handicapés.

⁹ Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l’accessibilité aux personnes handicapées des locaux d’habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public.

février 2005 dite de « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » en engageant les Etats membres dans la coopération « pour la protection sociale et l'inclusion sociale », dès décembre 2007.

Nous pouvons enfin également citer la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, parue plus avant, le 29 juillet 1998. Si elle ne concerne pas spécifiquement les personnes en situation de handicap, elle est à considérer comme porteuse de changement en ce qu'elle vise à rendre effectif l'accès aux droits existants des personnes en difficulté. Le concept d'inclusion est en germe. Il ne doit pas s'entendre comme le contraire de l'exclusion. Ce concept, d'influence anglo-saxonne, nous invite à penser plutôt qu'un environnement doit pouvoir permettre à chacun d'y trouver une place, de participer aux activités choisies sans contrainte supplémentaire ou privative liée au handicap. Il s'agit donc d'engager des démarches visant à rendre l'environnement accessible à tous plutôt que de demander aux individus de s'adapter à leur environnement.

« Remettre l'usager au centre du dispositif » tel est ensuite l'objectif ambitieux et nécessaire posé par **la loi 2002-2**¹⁰. Elle vient modifier la place donnée à la personne, à l'usager dans ce paysage institutionnel, en lui conférant une place et des droits, absents dans les lois de 1975. Ainsi, elle garantit notamment les droits et les libertés individuelles de la personne accompagnée (art. L331-3). Elle institue un droit à un accompagnement individualisé (art. L 311-3.3°) et la participation effective de l'usager à l'élaboration de son projet (L 311-3.7°). Elle pose le principe de l'alternative possible à l'institution en imaginant l'action sociale et médico-sociale y compris du côté du domicile.

1.1.2 La reconnaissance par les politiques publiques de la spécificité du handicap psychique et des besoins d'accompagnement liés

Parallèlement à ces avancées législatives relatives au handicap, la question de la souffrance psychique et de sa prise en compte se fait de plus en plus prégnante.

Avant 2005, les personnes souffrant de troubles psychiques n'étant pas reconnues comme des personnes en situation de handicap, relèvent exclusivement d'une prise en charge sanitaire au sein des hôpitaux psychiatriques, et la question de leur place dans la cité n'est pas une évidence. Ainsi, l'hôpital psychiatrique, le terme apparaît en 1937, fait suite à l'asile d'aliénés, créé en 1838¹¹, et longtemps en charge des malades mentaux. Ce sont des structures dont le fonctionnement est opaque, qui traitent la folie en la séquestrant et qui sont souveraines face à leurs patients. D'ailleurs, de même que les établissements créés pour les personnes handicapées, ces centres hospitaliers

¹⁰ Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

¹¹ Loi sur les Aliénés n°7743 du 30 juin 1838

spécialisés sont souvent construits à l'extérieur des villes, et jusque dans les années 1970, les patients pouvaient ainsi rester à l'hôpital jusqu'à leur mort.

C'est avec le mouvement « *désaliéniste* » de l'après-guerre, porteur d'une certaine idée d'ouverture, que s'affirme progressivement la notion de « secteur » psychiatrique. Une circulaire¹² consacre le terme en 1960. Elle traduit une volonté d'intégrer autant que possible les malades mentaux dans leur milieu de vie ordinaire, ce qui commence à être rendu possible grâce aux progrès médicaux qui permettent de développer des traitements ambulatoires et des hospitalisations partielles.

Par la création des secteurs de psychiatrie, il s'agit de permettre la prise en charge du patient par secteur d'hospitalisation. Il y a lieu pour le personnel soignant d'opérer ainsi une ouverture sur l'extérieur, y compris au domicile du patient. Sont créés les CMP (Centres Médico-Psychologiques), et les CATTP (Centres d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel), permettant une prise en charge ambulatoire au plus près du domicile du patient pour les premiers, et une prise en charge sanitaire au travers d'activités temporaires pour les seconds.

Une circulaire, qui prévoit d'assurer des missions d'intervention dans la communauté et de favoriser les actions de ré-insertion, instaure le concept de « santé mentale » en 1990¹³. Les politiques inciteront dès lors encore plus le secteur psychiatrique à travailler avec le monde extrahospitalier. En décembre 2000, une charte, spécifiquement élaborée pour les usagers en santé mentale, est mise en place dans les hôpitaux psychiatriques.

Mais toutes ces avancées sont à inscrire également dans un contexte de réformes hospitalières et de fermetures de lits dont la psychiatrie est certainement la discipline qui a le plus souffert, voyant des services entiers se fermer, alors que le nombre de patients de psychiatrie ne baisse pas. En 1996, le plan Juppé vient réformer le système de santé. Sont concernés : la protection sociale, la médecine de ville, l'hospitalisation publique et privée, via trois ordonnances. Celle du 24 avril 1996 porte sur la réforme de l'hospitalisation. Elle crée une Agence Régionale de l'Hospitalisation dans chaque région, chargée de réguler l'hospitalisation au plan régional. Cette régulation est fondée sur les lois annuelles de financement de la Sécurité Sociale et de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie(ONDAM). L'objectif initial était de réduire les coûts et de rationaliser l'offre de soins. Cela a accéléré les restructurations et fermetures de lits. Nous pouvons observer que dans ces mutations, l'hôpital a dû recentrer ses missions sur le traitement de la crise, raccourcissant de fait les durées d'hospitalisation au détriment du temps nécessaire au traitement de ces publics. De plus, les malades « stabilisés » qui, de fait, sortent de l'hôpital après un séjour bien trop court parfois, se retrouvent en situation

¹² Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeurs des hôpitaux psychiatriques anciens.

¹³ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé mentale

d'errance pour certains ou viennent frapper à la porte des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux, qui ne sont pas nécessairement outillés pour les accueillir en étant porteurs de réponses adaptées.

Parallèlement à ces évolutions sanitaires des rapports fondamentaux et fondateurs sont publiés. **Le livre blanc des partenaires en Santé Mentale** réalisé par l'Union Nationale des Amis et Familles des Malades psychiques (UNAFAM)¹⁴, fait quelques propositions essentielles pour que la reconnaissance du handicap psychique soit effective et sa prise en charge spécialisée. Les objectifs soulignent différents besoins tels que : informer sur le handicap pour faire exister les personnes concernées, faire reconnaître leurs droits, leur permettre le lien social, assurer le suivi continu médical, psychologique et social, officialiser les partenariats et généraliser les clubs.

Le « rapport Charzat »¹⁵, en mars 2002, milite également pour une reconnaissance de ce public en souffrance psychique, et pour la prise en compte de ses besoins spécifiques. Cela fait écho au souhait de certaines associations de familles, telles l'UNAFAM¹⁶, d'une reconnaissance à part entière d'un handicap nouveau, le handicap psychique, pour une prise en compte de la spécificité des problématiques de ce public.

En 2003, l'UNAFAM communique, à nouveau, à travers le Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité. Ce document précise plus particulièrement ce qui semble devoir caractériser l'aide à apporter à ce public. Ainsi, au terme de « prise en charge » il substitue celui « d'accompagnement individualisé ». Il prône l'accueil dans une continuité des prestations, que ces dernières soient sociales ou médicales, l'accompagnement pouvant alors devenir une alternative à l'hospitalisation.

Un rapport de janvier 2005¹⁷ témoigne des réalités de prise en charge et des actions à mettre en place pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Il précise que les freins observés pour la concrétisation des parcours d'insertion relèvent du handicap lui-même mais aussi de la non-adaptation des dispositifs existants à la spécificité du handicap psychique. Il propose d'inventer de nouvelles formes d'interventions spécifiques au handicap psychique, et de favoriser une approche globale pour l'accompagnement des personnes.

¹⁴ L'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) a été créée en 1963. Elle a pour but l'information et l'entraide auprès des familles concernées par la maladie psychique. Elle a également pour mission l'orientation des personnes vers des structures, la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement, le développement de la recherche en santé mentale et la représentation des personnes malades. Elle regroupe 15000 familles autour de 97 délégations départementales.

¹⁵ CHARZAT, Rapport parlementaire, « *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* », Mars 2002.

¹⁶ Op.cité

¹⁷ Rapport du Conseil Economique et Social Régional Région (CESR) Rhône-Alpes – 2005 : « Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle » - Rapport n° 2005-03

Ces rapports font écho aux mesures de l’OMS, en janvier 2005, qui, dans son plan d’action sur la santé mentale pour l’Europe, souhaite proposer des solutions concrètes pour l’amélioration du bien-être des populations, l’évitement des problèmes de santé mentale et l’intégration des personnes atteintes de troubles mentaux.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, viendra consacrer ces travaux en reconnaissant pour la première fois les troubles psychiques comme un handicap consécutif à la maladie, et en créant une appellation nouvelle : le handicap psychique. Ce faisant, elle pose le principe du besoin d’une prise en charge spécifique, mais surtout confère un statut administratif à ces personnes qui jusqu’alors n’étaient reconnues que du côté de la maladie. Elle fait cesser une situation perçue comme inéquitable par de nombreux acteurs en permettant la création de dispositifs spécifiques pour les personnes en situation de handicap psychique, à l’instar de ce qui existait déjà pour d’autres types de handicaps.

La revendication de la reconnaissance d’un handicap psychique reposait en effet sur « *l’intérêt d’un accompagnement adapté en dehors des murs de l’hôpital psychiatrique, tout d’abord et la reconnaissance d’un droit à compensation spécifique et d’un statut protégé, ensuite.* »¹⁸

Elle donne également une nouvelle définition du handicap : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d’activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d’une altération substantielle, durable ou définitive d’une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles cognitives ou psychiques, d’un poly-handicap ou d’un trouble de santé invalidant* ». Cette définition, qui s’inspire de la classification de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS), introduit pour la première fois la présence d’un désavantage social consécutif à une « altération des fonctions psychiques », et réaffirme les principes d’égalité, de droit à l’intégration et à la solidarité nationale. Le handicap est dorénavant perçu en fonction de la personne et de son environnement et non plus du côté unique de l’influence médicale des lois de 1975, et du traitement des maladies.

Cette loi permet la concrétisation de principes d’action importants. Elle conforte un recentrage sur la personne en situation de handicap, ses besoins et son intégration dans la société. Elle crée les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH). Ces dernières doivent notamment apporter un service de proximité aux usagers. La loi modifie les conditions d’attribution de l’Allocation Adulte Handicapé. Elle pose, entre autres, une possibilité de cumul avec les revenus du travail. Elle introduit et définit la notion de droit à compensation. Ainsi, ce droit est ouvert à toute personne en situation de

handicap. Il s'agit d'un droit à la compensation des conséquences du handicap. Il se traduit en aides humaines, techniques ou encore animalières. Ce droit à compensation est valable quels que soient l'origine et la nature du handicap, l'âge ou le mode de vie de la personne handicapée. Enfin, elle prévoit que, dans toutes les instances qui émettent un avis ou adoptent des décisions qui les concernent, les personnes en situation de handicap devront être représentées.

En résonnance avec le rapport Charzat et le plan de psychiatrie et santé mentale 2005/2008, qui promouvaient la mise en œuvre d'actions d'accompagnement global, le décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 qui porte création des SAVS et des SAMSAH est publié.

S'il est considéré que les troubles psychiques peuvent engendrer un handicap d'origine psychique, nécessitant une prise en charge adaptée, il convient alors de développer les structures d'accueil et d'accompagnement pour ces personnes. Ainsi, la réaffirmation par la loi du 2 janvier 2002-2 et par celle du 11 février 2005 des missions médico-sociales des ESAT doit se penser comme une volonté de permettre aux ESAT de se concentrer sur un public en grande difficulté, notamment les personnes en situation de handicap psychique. D'ailleurs la circulaire DGAS du 1er Août 2008 « *relative aux ESAT et aux personnes handicapées qui y sont accueillies* » (qui précise également que les travailleurs d'ESAT sont des usagers et non des salariés) viendra confirmer ce point en veillant « *à ce que les ESAT restent largement ouverts à tout type de handicap* ». ¹⁹ Ce qui revient à préciser que les personnes en situation de handicap psychique relèvent bien des ESAT.

1.1.3 Handicap psychique, maladie mentale, trouble psychique

Mais que recouvre le concept de handicap psychique, quelle distinction opérer entre handicap mental, handicap psychique et trouble psychique ?

Il est habituel de parler de handicap ou de maladie mentale sans bien en mesurer les nuances. Or, le statut et la prise en charge seront différents en fonction de l'angle sous lequel sont abordés les troubles psychiques. La survenance des troubles psychiques provient d'un enchaînement multifactoriel avec un cumul de causes environnementales, biologiques et psychologiques. La description de ce public²⁰, telle que présentée dans le rapport Charzat, se réfère à la sémiologie classiquement admise des maladies mentales, en référence aux trois structures psychiques de base : psychoses, états limites, névroses graves.

¹⁸ MULLER S., *Comprendre le handicap psychique*, Champ Social éditions, 2011 p.8

¹⁹ CIRCULAIRE N°DGAS/3B/2008/259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies

➤ **Les psychoses** sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et l'image de soi, s'accompagnant de délire, éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. Il s'agit d'une profonde perturbation de la relation de la personne à la réalité. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie. Leur évolution est lente et exige des traitements lourds au cours desquels les personnes restent fragilisées avec rechute et hospitalisation

Nous pouvons citer :

-La schizophrénie, qui débute généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte, en est une des formes les plus invalidantes. Cette maladie est communément estimée réputer toucher environ 1 % de la population

-Les troubles bipolaires qui sont caractérisés par des épisodes alliant l'humeur triste avec la perte de l'intérêt et du plaisir, alternés par des phases dites maniaques d'agitation et d'exaltation extrême.

➤ **Les névroses** perturbent la pensée et la relation à l'environnement (ressassement dépressif, troubles obsessionnels...). La personne peut sombrer dans une dépression lourde, présenter divers symptômes (telles que rumination, peur panique...) et des attitudes de restriction et d'inhibition. La personne a conscience de sa maladie et établit des modes d'échanges cohérents. Ces troubles peuvent être d'origine externe, réactionnelle par rapport à une situation de vie, un deuil, une maladie.

➤ **Les structures limites** sont à la frontière des psychoses et des névroses. Ces affections se manifestent par une instabilité, sans repère, un comportement d'immaturation, des troubles du comportement alimentaire, des réactions caractérielles. Les douleurs morales sont concomitantes à une situation psychosociale de précarité, avec une image de soi dévastée et un isolement tenace.

Le handicap psychique est donc présent lors d'une atteinte par une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée. Les antécédents et le pronostic laissent à penser qu'il s'agira d'une maladie à longue évolution. Ces pathologies chroniques, même lorsqu'elles sont stabilisées, génèrent des conséquences de l'ordre de l'incapacité et du désavantage que l'on peut définir comme handicap psychique.

Ce handicap n'est pas la conséquence d'une déficience innée, ce qui correspondrait à un autre type de handicap, très différent: le Handicap Intellectuel. Ces deux catégories ont longtemps été confondues sous le terme de Handicap Mental²¹. Le handicap psychique

²⁰ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – *Rapport CHARZAT : Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proche* - 2002

²¹ http://www.alhpi.com/Nature_handicap.htm#_ftn1

peut mener à des hospitalisations en psychiatrie pour des durées qui peuvent varier de quelques jours à plusieurs mois, afin d'y recevoir un traitement en vue de stabiliser la pathologie. Mais cela est aujourd'hui rendu plus difficile au regard des moyens en baisse constante des centres hospitaliers. De plus, le poids des traitements médicamenteux peut être extrêmement lourd au quotidien. Ces derniers amoindrissent la capacité de réflexion, la volonté et l'envie d'entreprendre. En conséquence, les personnes interrompent souvent la prise de médicaments par lassitude, rejet ou oubli, ce qui peut entraîner des décompensations et des hospitalisations, voire des passages à l'acte²².

Cette fragilité importante entraîne des difficultés d'insertion et d'intégration dans la société. De ce fait, les risques, évoqués ci-dessus, d'abandon de traitement, de rechute, voire de clochardisation sont importants pour ces personnes qui se trouvent fréquemment en situation d'exclusion. De plus, il n'est pas rare que cela s'accompagne de conduites addictives, voire d'actes dangereux pour la personne elle-même (tel que le suicide), ou envers les autres (actes délictueux, agressivité ...).

Quand des personnes n'ont pas de pathologie avérée au sens strict du terme, qu'elles ne relèvent pas d'un diagnostic fixe avec une symptomatologie bien déterminée, on parle alors de troubles psychiques. Ils peuvent être moins durables dans le temps, liés à une situation précise, mais ils sont tout aussi invalidants sur le plan social, affectif ou professionnel. De plus, les personnes présentant ces problématiques psychiques peuvent être "stabilisées" sur le plan médical, mais garder des séquelles profondes. En effet, le trouble psychique « *blesse la personne dans sa pensée, sa mémoire, son estime de soi, son rapport au monde et sa communication avec les autres* »²³.

Nous pouvons dire, comme le soutient le rapport Charzat, que la souffrance psychique devient un handicap quand les traitements ne peuvent l'apaiser complètement ou le peuvent au prix d'effets secondaires qui pèsent lourd sur la vie quotidienne.

1.2 Les personnes souffrant d'un handicap psychique

Aujourd'hui encore, la maladie psychique fait peur et rend complexe la question de l'insertion sociale et a fortiori professionnelle des personnes en situation de handicap psychique.

²² D'après un document de l'UNAFAM, le risque de suicide est 12 fois plus élevé chez les malades psychiques.

²³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – *Rapport CHARZAT : Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proche* - 2002

1.2.1 Le handicap psychique, un handicap invisible et pourtant très stigmatisé

Le handicap psychique est aussi appelé handicap invisible. Ce terme peut également s'appliquer aux personnes souffrant d'un traumatisme crânien ou cérébro lésées. En effet les troubles ne se voient pas sur la personne.

Si nous reprenons les travaux et la définition du sociologue canadien Erving Goffman, la stigmatisation est un attribut qui « *constitue un écart par rapport aux attentes normatives des autres à propos de son identité* »²⁴. Goffman classait les stigmates en visibles et invisibles, les seconds étant ceux difficilement décelables via un simple contact visuel, regroupant toutes les facettes d'un individu et que la personne va s'efforcer de cacher à l'autre. Nombre de personnes souffrant d'une maladie mentale ou d'un trouble psychique mettent en œuvre différentes stratégies pour masquer leur difficulté, paraître « normales », « comme tout le monde » et pouvoir ainsi revendiquer un droit à leur place dans une société qui a tendance à exclure qui ne se s'adapte pas, ou qui fait peur.

Sur le plan sémantique, « l'exclusion » renvoie à son contraire « l'inclusion » qui, elle-même, renvoie à la notion d'« insertion ». Beaucoup de termes ont été utilisés pour traiter de ces questions, et de nombreuses recherches de sociologues ont tenté de cerner ce concept. Ainsi Robert CASTEL parle de « désaffiliation », Serge PAUGAM de « disqualification » et Michel AUTES de « déliaison ».

L'exclusion, que l'on peut définir en première analyse comme la « rupture du lien social » qui unit les individus au reste de la société, recouvre de multiples dimensions aux racines enchevêtrées. Elle résulte d'un processus de fragilisation mêlant facteurs individuels et contextuels. La perte d'emploi est centrale dans l'explication du processus d'exclusion²⁵. La perte de revenus qu'elle engendre entraîne les individus dans un processus de « désaffiliation sociale ». Le travail perd ainsi son rôle d'intégrateur social, de « normalisateur ». Les personnes décrochent, et se vulnérabilisent encore plus. Quand cela se cumule pour elles avec une problématique liée à la maladie mentale, les difficultés sont grandes pour ces personnes pour parvenir à « remonter la pente ».

D'autant plus que, bien trop souvent il n'est question dans les médias de la maladie mentale qu'à l'occasion de faits-divers aussi rares que spectaculaires. Ainsi c'est bien suite à un événement dramatique en 2008²⁶ à Grenoble que le chantier de la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sans consentement a été lancé et que le projet de loi qui en a découlé, accepté en première lecture le 22 mars 2011 par les députés,

²⁴ GOFFMAN E., *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Ed. de Minuit, 1977 (1ère éd.1963)

²⁵ Cf. annexe 4, arbre des causes

« parachève le virage sécuritaire imposé par les pouvoirs publics à la psychiatrie publique »²⁷. Ainsi plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, unité fermée dans chaque structure, obligation de soins en leur sein et soins ambulatoires sans consentement sont prévus par ce texte. Même si nous ne pouvons nier que certaines personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères nécessitent d'être maintenues enfermées le temps de soigner la crise et de stabiliser la pathologie, nous pouvons cependant craindre à l'instar de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme que « la loi reste bien floue sur la portée réelle, en termes de libertés publiques »²⁸. De manière générale, « le patient sera plus isolé que jamais dans une société hostile ». Et « le débat en cours, sur un texte essentiellement axé sur la protection de la société, ne milite pas en faveur d'une plus grande acceptation de la présence des malades mentaux dans la cité ».

Il y a donc à avoir une véritable démarche éthique de la part du directeur au sein des services dont il a la responsabilité, en favorisant auprès de ses équipes la bienveillance à l'égard du public accueilli, le non jugement et la valorisation de l'accès à la citoyenneté pour tous. En partant du principe que l'usager est « un être en devenir toujours capable d'évolution »²⁹.

Cela pose la question essentielle de l'évaluation de la maladie mentale et du handicap qui en découle. Les représentants du handicap moteur (sensoriel et physique) allaient dans le sens du modèle social et parlaient de personne « en situation » de handicap, lors des débats préliminaires à la promulgation de la loi de février 2005³⁰. Tandis que les représentants du handicap psychique militaient, eux, afin que « l'entrée dans le handicap reste médicale (...). (Car) tout ne s'épuise pas dans l'environnement »³¹. Or ce qui rend l'évaluation du handicap psychique si difficile est bien qu'il se situe à la croisée des regards médicaux et sociaux.

1.2.2 Les problématiques et le quotidien de ces personnes

Le vécu des personnes souffrant de troubles psychiques est souvent caractérisé par des situations de rupture, de la difficulté à s'engager dans un projet ou à s'y maintenir et la

²⁶ « Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement », article de Cécile Prieur, paru dans Le Monde du 29 mars 2011.

²⁷ Idem 26

²⁸ Citations extraites de l'Avis de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, adopté en assemblée plénière le 31 mars 2011.

²⁹ Charte de l'Association ISATIS

³⁰ Serge Milano, « le handicap psychique, d'une loi à l'autre », in Revue Française des Affaires Sociales, 2009, p. 23

³¹ Idem 26

perte de contact avec la réalité. Les besoins d'accompagnement sont donc variés. De façon générale les personnes accueillies souhaitent s'inscrire dans une vie qualifiée par elles de « normale ». Cependant cela est directement mis à mal par la pathologie et ses conséquences. Ainsi la maladie empêche de vouloir et d'entreprendre. Mais l'absence de demande, la « non demande » est aussi à entendre comme un mécanisme en tant que tel. « *La trop grande difficulté à faire coexister le monde intérieur et le monde de la société conduit à l'exclusion. La personne s'arrange dans un renfermement où elle n'a plus rien à demander, elle s'installe dans la non-demande, si reposante enfin* ». ³² Il est alors primordial de préserver autour de la personne en souffrance psychique « un certain entourage » qui ne se cantonne pas aux liens de la famille et des soignants, mais aussi « des accompagnants sociaux ». Donc la demande de la personne à son entrée dans le service peut être différente des besoins identifiés pour elle par les professionnels de l'équipe après quelques rendez-vous.

Nous accueillons au sein des services d'ISATIS ces deux types de population (handicap psychique et troubles psychiques) et nous constatons que les conséquences des maladies impactent le plan sanitaire ainsi que le plan social et psychologique s'agissant des difficultés qui en découlent. ³³ Nous avons mesuré que la séparation arbitraire entre ces deux champs d'action (le sanitaire et le social) avait tendance à s'atténuer, voire parfois à s'effacer, la transversalité de l'action des professionnels des services se vérifiant quotidiennement.

Ainsi les difficultés sanitaires que nous repérons sont liées à la prise de traitements qui sont parfois lourds et invalident le lien à la réalité sociale. Y sont souvent associées des pathologies somatiques lourdes, fréquemment engendrées par la prise de traitement psychotropes (prise de poids, endormissement, etc.). Le suivi psychiatrique est soutenu, soit en médecine de ville « privée », soit en hôpital de jour, soit en CMP. Enfin les parcours d'hospitalisations entraînent des ruptures dans la vie du bénéficiaire.

Les difficultés sociales sont marquées par des ruptures avérées quant à une insertion sociale et professionnelle, une forme de « déprise sociale ». Les liens à la hiérarchie et à la fonction symbolique sont altérés de par les difficultés d'intégrer du lien social.

Enfin, les difficultés psychologiques peuvent être entraînées notamment par un fort investissement affectif, l'adoption d'une position de retrait, un sentiment de solitude et d'échec, un grand mal-être, une psycho-somatisation fréquente ou/et encore des plaintes diverses.

³² Bertrand ESCAIG, « le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus », p.90 in Handicap psychique et vie quotidienne, Revue française des Affaires Sociales, 2009.

³³ Rapport d'activité du SAMSAH des Bouches du Rhône, 2010

Elles peuvent s'accompagner de troubles anxio-dépressifs parfois très importants, et qui amènent les personnes à consommer un certain nombre de médicaments, tout en pouvant rester, paradoxalement, dans une faible demande de soins.

D'une façon générale, ces personnes témoignent, d'une perte d'élan vital, de liberté et d'action considérable, sur leur propre vie³⁴.

Les conséquences de ce rapport à soi parasité du fait d'une perception faussée de la réalité impactent notamment les besoins primaires.

Ainsi les personnes peuvent négliger de s'alimenter ou de boire, ne ressentant pas la faim ou la soif. En effet, la maladie entraîne souvent un rapport à soi et au corps fortement altéré, et les traitements peuvent accentuer les symptômes liés à la maladie qui empêche de faire ou de vouloir.

De même, le rapport à l'hygiène (corporelle ou du domicile) peut être problématique. Il n'est pas rare que les personnes souffrant de troubles psychiques négligent leur toilette et/ou laissent leur logement dans un état proche de l'insalubrité. Aménager, entretenir et habiter ne sont pas des évidences pour ce public et tenir ces exigences nécessite du soutien. Certaines tâches du quotidien peuvent paraître insurmontables. Ainsi faire cuire du riz peut relever de l'infaisable pour une personne souffrant d'un handicap psychique³⁵. Cela a, nous pouvons aisément l'imaginer, des conséquences fort invalidantes dans la vie quotidienne. Les capacités d'anticiper, planifier, élaborer et entreprendre sont, elles, amoindries. Elles exigent une énergie et une concentration souvent trop importantes pour ce public. Elles sont freinées par les hallucinations auditives, visuelles, tactiles, voire gustatives. La prise de traitement en atténue les manifestations mais au prix de l'accentuation de la lenteur à former les idées.

Cela a des conséquences directes sur le lien à l'autre. Tenir une conversation peut demander une énergie épuisante et difficilement imaginable. Souvent la personne va avoir besoin de quelques minutes de silence pour évacuer les parasitages qui la perturbent avant de pouvoir répondre à une question, par exemple. Cela produit chez autrui un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, d'autant plus si la réponse apportée est complètement hors de propos, ce qui peut être le cas.

La stigmatisation dont ces personnes sont victimes se nourrit de ces situations³⁶. Y compris dans l'entourage familial qui peut être épuisé d'un quotidien usant, tout en

³⁴ Rapport d'activité pôle social ISATIS 2004

³⁵ On parle d'aboulie : c'est l'incapacité à exécuter des actes planifiés et pourtant simples, ainsi que la difficulté à prendre des décisions.

³⁶ Pour exemple, une étude IPSOS en 2005 montre que 64% des Français pensaient que les personnes atteintes de schizophrénie étaient dangereuses (contre 48% en 2001). La surmédiation de certains faits-divers (drame de Pau, par exemple) n'y est pas étrangère. Pourtant, seulement 1 à 2% des personnes atteintes de schizophrénie présentent des comportements agressifs.

culpabilisant fortement d'à la fois ne pouvoir rien faire pour atténuer la si grande souffrance dont sont victimes leur proches, tout en aspirant à du répit. Or les liens familiaux, quand ils sont maintenus, sont souvent les seuls contacts entretenus avec l'extérieur.

Cela a des conséquences également sur la gestion des tâches administratives quotidiennes (factures, documents administratifs,...). Bien souvent, le rapport au temps est limité à du court terme, ce qui n'est pas sans causer de désagréments.

Enfin cela a des conséquences sur l'emploi de ces personnes.

1.2.3 L'insertion socio professionnelle, ou la preuve de la « normalité »

« Un grand nombre de personnes handicapées psychiques veulent travailler, même si cela s'avère difficile. Si le logement reste une priorité, l'insertion professionnelle tend à devenir un élément de l'autonomie. »³⁷.

Pour tout un chacun le travail est un enjeu de développement. Mais peut-être faut-il expliciter et définir ce que souvent la notion regroupe, implique, mélange. Souvent activité, travail et emploi sont confondus.

Ainsi l'activité fait référence à la mise en mouvement du corps et de l'esprit. Ne pas avoir d'activité, être oisif, est souvent perçu comme un signe clinique de mal être et socialement comme une menace.

Le travail est l'énergie produite par une force ou un mouvement, en sciences physiques. Il désigne un processus mais aussi un produit.

L'emploi, enfin, renvoie à l'usage que l'on fait de quelque chose ou de quelqu'un. Ce terme fait référence à la façon dont la personne ploie (de ployer) sous la tâche qui lui est confiée. Actif et travailleur ne sauraient donc se confondre uniquement avec employé.

Nous pouvons donc dire que l'individu a besoin d'activité pour sa santé physique et psychique et qu'il a besoin de se nourrir et de se loger. Il doit donc percevoir une rémunération et échanger du travail contre de l'argent.

Mais nous pouvons dire aussi qu'appartenir à une institution ou à une entreprise est également un moyen de faire partie de la société et d'être reconnu. En effet, pour la majorité des adultes, l'entreprise est le vecteur d'inscription sociale de référence. Elle emploie la personne, la rémunère en échange d'un travail et lui garantit des droits (mais n'a-t-elle pas aussi un rôle sociétal visant à garantir la valorisation des individus en tant qu'employés mais aussi en tant que citoyens ?).

Pour le public en situation de handicap psychique, les choses ne sont pas différentes.

³⁷ AMARA F., JOURDAIN-MENNIGER D., MESCLON-RAVAUD M., LECOCQ G., *La prise en charge du handicap psychique*, rapport de l'IGAS, aout 2011, page 46

Ce public peut se caractériser par des parcours de vie qui sont tout sauf linéaires. L'entrée dans la maladie mentale se fait généralement au sortir de l'adolescence souvent de façon brutale : une crise, un épisode hallucinatoire par exemple déclenchent une première hospitalisation. C'est en général le point de départ d'un long parcours qui va nécessiter à la personne d'accepter la maladie, les soins psychiatriques qui y sont liés (médication et thérapie) et les rechutes probables.

Une fois cette acceptation faite, et cela peut prendre de longues années, la question de l'emploi vient alors se poser comme l'accès à une certaine normalité, ou de ce qui se pense ou se vit comme normalisant pour le public présentant des troubles psychiques. L'emploi donne accès à une réinsertion sociale, à une forme de lien social, que nous devons favoriser même si les personnes accompagnées présentent des pathologies très invalidantes.

Enfin, il est synonyme d'un mieux être en construction. Il s'agit notamment pour la majorité de ces personnes de passer du statut de malade incapable à celui de travailleur utile à la société. Le travail permet de ne plus se focaliser uniquement sur la maladie, comme c'est le cas pendant les périodes d'hospitalisation, mais de rêver et de mettre en œuvre une autre réalité à laquelle le travail va, entre-autre, contribuer.

Or, force est de constater que les parcours d'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique sont souvent émaillés d'échecs, qui résident dans le fait qu'elles ont été orientées vers des dispositifs proposant des démarches d'insertion normatives et ne correspondant pas aux besoins de ce public, par méconnaissance des difficultés rencontrées par ces personnes. L'absence de temps laissé pour pouvoir mettre en place un espace de parole et de confiance rend difficile l'instauration d'un lien de qualité, qui permettrait de rendre plus lisible la pathologie, et d'entendre les demandes réelles de la personne.

L'importance des problèmes de santé de ce public, qui peuvent se situer autant du côté somatique que psychique, nous l'avons vu plus haut, avec parfois des problèmes plus administratifs ou liés à leur situation de précarité, rendent très complexes ces accompagnements, qui pour être de qualité, doivent être en capacité de prendre en compte ces problématiques de façon globale et transversale.

Or le passage de l'hôpital psychiatrique, très contenant, au « monde réel », peut être vécu violemment et être source d'angoisse voire de rechutes. Il est donc nécessaire de proposer des sas sécurisants, permettant à la personne de reprendre des repères. En effet, le projet de la personne peut être de trouver ou retrouver du travail en milieu ordinaire mais il peut nécessiter une phase de transition.

1.3 L'employabilité des personnes souffrant de troubles psychiques

Je propose ici, après avoir étudié le lien entre employabilité et troubles psychiques, de nous arrêter sur les mesures pour l'emploi en faveur des personnes en situation de handicap, et de faire un focus particulier sur la question des ESAT.

1.3.1 Employabilité et troubles psychiques

Selon un récent rapport, l'employabilité est une notion multifactorielle³⁸.

Ainsi, elle s'analyse avec la formation, l'expérience, la durée de l'éloignement de l'emploi, les capacités fonctionnelles, la motivation, l'environnement familial et social, l'adaptabilité de la personne, celle de l'environnement.

En revanche, aucune étude ne permet à ce jour de proposer une caractérisation ni, *a fortiori*, une pondération de chacun de ces déterminants de l'employabilité. Ce même rapport suggère d' « *introduire dans la réglementation la définition suivante* » : « *L'employabilité est la probabilité d'accéder ou de se maintenir dans l'emploi. Elle est conditionnée par des facteurs personnels objectifs et subjectifs (capacités fonctionnelles, aptitudes comportementales et relationnelles, compétences...) et/ou des facteurs situationnels (marché de l'emploi, accessibilités aux lieux et modalités de travail, adaptabilité des postes et des organisations, contraintes professionnelles...), est susceptible d'évoluer dans le temps et d'être améliorée par la mise en œuvre de moyens d'orientation, de formation, d'adaptation ou de compensation* ».

Cette définition présente l'avantage de mettre en lumière la multiplicité des causes et la nécessité d'une approche pluridisciplinaire pour l'évaluation et l'accompagnement. Mais elle sous entend également que l'emploi est le principal objectif, il faut « *être en emploi et s'y maintenir* »³⁹.

Notons qu'à ce jour la notion d'emploi est sans doute réductrice (rémunération et avantages sociaux en découlant). En effet, elle exclut les ouvriers d'ESAT, qui ne relèvent pas du code du travail, alors même qu'ils occupent bien une fonction, un poste de travail, dans des conditions parfois fort difficiles.

Cela est à appréhender ici au regard des spécificités des personnes en situation de handicap psychique au regard de l'insertion professionnelle. Qu'est ce qu'être en emploi quand on présente des troubles psychiques ? Quelles sont les limites à l'employabilité induites par la maladie ? Et quels sont également les atouts de ce public au regard de l'emploi ?

³⁸ Rapport remis à Xavier Darcos et Nadine Morano, *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous ; évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle*, décembre 2009, page 17

³⁹ Idem 31 , page 19

Nous avons détaillé plus haut les difficultés qui sont celles d'une personne en situation de handicap psychique dans sa vie quotidienne. Analysons-les avec le prisme de l'employabilité.

S'agissant des difficultés d'ordre sanitaire :

-la prise de traitement lourds peut être cause de bizarrerie du fait d'une réalité invalidée par le traitement, de somnolence et donc de vigilance moindre. En fonction du poste de travail occupé cela peut être dangereux pour la personne, ou tout du moins pénible pour ses collègues.

-les pathologies somatiques lourdes fréquemment associées ou engendrées par la prise de traitement psychotropes peuvent nécessiter un suivi médical dense, de même que le suivi psychiatrique soutenu soit en privé, soit en hôpital de jour, soit en CMP. Cela peut avoir des conséquences sur la présence de la personne à son poste de travail. Il n'est pas toujours aisé d'obtenir un rendez-vous médical en dehors des horaires « de journée ».

- de même certaines personnes continuent d'avoir besoin d'être suivies par un service d'accompagnement. Là encore comment combiner les horaires de rendez-vous, comment faire comprendre à un employeur que la personne sera mieux sur son poste de travail si elle s'absente de temps en temps pour aller aux rendez-vous programmés ?

- enfin les hospitalisations qui ne sont pas toujours évitables entraînent des absences longues, comment concilier cela avec la possibilité de garder son poste ?

S'agissant des difficultés d'ordre social :

-Les ruptures de parcours dues notamment aux hospitalisations entament les capacités professionnelles. Il peut être difficile pour une personne de se réadapter à un rythme, des horaires de travail, à la relation avec des collègues, voire encore à la relation hiérarchique.

S'agissant enfin des difficultés d'ordre psychologique :

- nous l'avons vu plus haut ces personnes peuvent surinvestir affectivement des relations. Cela peut engendrer des difficultés de fonctionnement au sein d'une équipe de travail : lien très fort avec un collègue, très grande proximité et difficulté à accepter l'envie de l'autre de se défaire ou de simplement prendre un peu de distance.

- de même, certaines personnes vont avoir tendance à mobiliser la plainte comme moyen d'expression : plainte à l'encontre du poste de travail non adapté au regard de leurs compétences, des horaires, des collègues, de la hiérarchie. Ces mécanismes vont être à la fois difficiles à décrypter comme se situant du côté du symptôme pour les équipes encadrantes et les collègues, mais aussi à canaliser sans formation.

-enfin, la variabilité des troubles va avoir des effets tant comportementaux que professionnels. Certains jours de grande souffrance, la personne pourra avoir eu à cœur de venir travailler malgré tout mais sera dans l'incapacité de tenir son poste. Comment avoir une réaction humaine et bienveillante tout en tenant compte des impératifs de

production et en veillant à rester dans une certaine équité vis-à-vis des autres employés ?

Il est possible également de faire le même exercice d'analyse mais s'agissant des atouts des personnes en situation de handicap psychique, avec le prisme de l'employabilité. Dans le rapport rendu en Août 2011, sur la prise en charge du handicap psychique, les spécificités pouvant être a priori favorables à l'emploi sont clairement identifiées⁴⁰ :

-un niveau de formation qui semble plus élevé. En effet le handicap se déclare souvent à l'adolescence ou au tout début de l'âge adulte. Un parcours d'études a parfois été entamé.

-les progrès des traitements médicamenteux qui permettent des périodes de stabilisation plus longues et un moindre retentissement sur les fonctions cognitives

-l'absence en général de déficit intellectuel et cognitif.

Il convient donc de tenir compte de ces spécificités et des besoins d'accompagnements spécifiques qui en découlent pour penser et mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement et de maintien dans l'emploi spécialement dimensionnés pour ce public. Est-on un employé comme un autre quand on souffre de troubles psychiques, d'autant plus dans un contexte de crise qui rend difficile l'intégration socio professionnelle et les offres d'emploi rares ? N'est-ce pas alors notre rôle en tant que directeur que de militer aussi pour une meilleure connaissance de ces mondes qui se côtoient voire s'opposent : le monde de l'entreprise et celui de « l'avant-entreprise », de l'accompagnement, afin de rendre compatible au mieux le travail au handicap ? Et s'il s'agissait demain de l'adaptation de l'entrepreneur et non plus uniquement de celle du demandeur d'emploi handicapé. Car le monde du travail moderne, la concurrence accrue et la mondialisation obligent les entreprises à travailler toujours plus vite, toujours mieux, toujours plus. Si ce climat est fortement anxiogène pour un salarié lambda, il l'est encore plus pour une personne présentant des troubles psychiques. « *En effet, un malade psychotique, même stabilisé aura besoin de repères, (quid de la polyvalence), d'un environnement de travail stable et amical (quid du rendement, du mauvais climat relationnel ?).* »⁴¹ Or ces personnes du fait de leur maladie et de leur situation ont besoin de plus de temps que les autres pour s'engager dans un parcours d'insertion. Elles nécessitent également un accompagnement personnalisé (notamment d'une équipe pluridisciplinaire susceptible de les suivre tout au long de leur parcours) qui leur redonne

⁴⁰ AMARA F., JOURDAIN-MENNIGER D., MESCLON-RAVAUD M., LECOQ G., *La prise en charge du handicap psychique*, rapport de l'IGAS, août 2011, page 47

⁴¹ AIT-ALI B., LESIEUR G., *Guide pratique pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques*, Octares Editions, 2008, page 5

confiance, et qui les aide à instaurer des repères fixes, et d'une prise en charge immédiate et globale leur permettant de rompre l'isolement dans lequel elles sont.

Quel est aujourd'hui le parcours d'une personne handicapée souhaitant s'orienter vers l'emploi ? Comment va-t-elle être accompagnée et conseillée, et vers quels dispositifs ou établissements va-t-elle être orientée ?

1.3.2 Les mesures en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap

A) La mise en œuvre des politiques pour l'emploi

Elles sont relayées au niveau national par l'AGEFIPH et le Service Public de l'Emploi (SPE), notamment. Depuis 2009, le rôle de l'Etat est réaffirmé au niveau régional, par la mise en place des plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH), que doivent mettre en place les préfets de région. Ils visent à positionner la région comme l'échelon territorial de la définition et du pilotage stratégique des politiques de l'emploi. La loi du 10 juillet 1987, en créant l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées), a confié à cette structure la mission de développer l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises en milieu ordinaire de travail. L'AGEFIPH finance ainsi certains dispositifs d'accompagnement à l'emploi pour les personnes handicapées, dont des dispositifs spécifiques pour le public en situation de handicap psychique.

La loi du 11 février 2005 est venue modifier certains aspects de la loi de 1987 (entreprises concernées, bénéficiaires), compléter certains aspects des dispositifs existants, et améliorer l'accès à l'emploi des personnes handicapées par la mise en place de mesures destinées à favoriser leur accès à la vie professionnelle. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la création du droit à compensation, l'élargissement du bénéfice de l'obligation d'emploi aux titulaires de la carte d'invalidité et aux titulaires de l'allocation adulte handicapé (article L 323-3 du code du travail), ou encore la mise à la charge des employeurs d'une obligation générale de prendre « les mesures appropriées » pour permettre aux travailleurs handicapés « *d'accéder ou de conserver un emploi correspondant à leur qualification, de l'exercer ou d'y progresser, ou pour qu'une formation adaptée à leurs besoins leur soit dispensée* »⁴².

Même si la loi a développé ces mesures incitatives, les personnes en situation de handicap ont toujours plus de difficultés que les personnes dites valides à trouver un emploi, et sont les premières menacées en cas de difficultés économiques.

B) Les acteurs de l'insertion professionnelle des personnes handicapées : le dispositif spécialisé ⁴³

Il s'agit en premier lieu des **Cap Emploi** qui répondent - de façon transversale - à toutes les questions liées au recrutement, au reclassement et à l'accompagnement des personnes handicapées. Cette action s'exerce dans le cadre de la mission de service public de l'emploi (S.P.E.), en complément de l'action de Pole emploi. L'offre de service des Cap Emploi est déclinée entre services aux personnes d'une part, et services aux entreprises, d'autre part.

Les services spécifiques complètent l'action des Cap Emploi. Le terme générique de service spécifique d'appui recouvre un ensemble de prestations dédiées à la compensation du handicap dans certaines situations d'insertion. Ces prestations viennent en complémentarité des interventions des structures Cap Emploi ; elles sont financées par l'AGEFIPH. Les dispositifs SASTH (Service d'Accompagnement et de Suivi des Travailleurs Handicapés) développés par l'Association ISATIS relèvent de cet axe. Nous aborderons dans le chapitre II le fonctionnement de ces services.

Nous pouvons citer également **les Missions Locales**. Ce ne sont pas des acteurs spécialisés de l'accueil du public en situation de handicap, mais leur mission d'accueil des jeunes de 16 à 25 ans les place sur le parcours de ce public. Le réseau des Missions Locales intervient dans l'accompagnement et l'insertion professionnelle des jeunes handicapés, en articulation avec les Cap Emploi, le Pôle Emploi. Les jeunes en situation de handicap psychique déclaré sont plus rares. Les troubles intervenant souvent à l'adolescence, le diagnostic tardif et le temps nécessaire à l'acceptation de la maladie, retardent la prise en charge dans des dispositifs spécialisés de ce public. Ces difficultés en font un public encore plus vulnérable et que les conseillers travaillant en Mission Locale ne sont pas souvent formés à repérer.

Et enfin, **les acteurs de la formation professionnelle des personnes en situation de handicap**. Ils sont nombreux, nous ne pourrions ici détailler leurs actions, mais citons notamment : les Centres de Pré-orientation (dont la mission est d'accueillir en stage des travailleurs handicapés dont l'orientation professionnelle présente des difficultés particulières, ce afin d'établir un bilan global quant aux capacités intellectuelles et physiques à l'apprentissage d'un métier au vu duquel une orientation sera prononcée, et les Centres de Reclassement Professionnelle (financés par l'Assurance Maladie, ils

⁴² Ainsi les entreprises de plus de 20 salariés qui n'avaient engagé aucune action en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés en 2009 auraient du verser à l'AGEFIPH une contribution égale à 1 500 fois le salaire horaire minimum de croissance par travailleur handicapé non employé.

⁴³ Guide régional Nord - Pas de Calais de l'insertion professionnelle des personnes handicapées • Juin 2006

permettent à des travailleurs handicapés en situation de reconversion, d'accéder à une formation qualifiante dans un environnement médico-social adapté).

C) La réforme de l'AAH et la création de la RSDAE, l'évaluation de l'employabilité des demandeurs de l'AAH

La loi de février 2005 a confié aux MDPH la compétence en matière d'évaluation de l'employabilité des personnes, et une fois cette évaluation faite, d'orientation vers le marché du travail avec un projet validé. En outre depuis 2008, l'État souhaite porter ses efforts sur l'évaluation plus systématique de l'employabilité des demandeurs de l'allocation adultes handicapés (AAH), afin de proposer à ces personnes un projet professionnel et un parcours vers l'emploi répondant à leurs aspirations⁴⁴. La loi de 1975, qui a créée l'AAH, prévoyait son octroi aux personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80% et une « impossibilité de se procurer un emploi » reconnue par la COTOREP. La loi de 2005, via un de ses décrets d'application ⁴⁵ précise ensuite que le demandeur de l'AAH dont le taux d'incapacité est évaluée entre 50 et 79% ne doit pas avoir occupé d'emploi depuis un an pour que sa demande soit recevable. La notion d'impossibilité de se procurer un emploi sera définie par une circulaire en 2005⁴⁶, précisant que « *l'impossibilité de se procurer un emploi doit être exclusivement due au handicap de la personne* ». La circulaire ajoute, et c'est d'importance, que « *les deux notions de RQTH et d'impossibilité de se procurer un emploi ne sont pas incompatibles* » et qu'il est possible d'attribuer simultanément RQTH et AAH. La loi de finance pour 2009 reprendra nombre de ces mesures et disposera que toute attribution d'AAH sera assortie de l'attribution de la RQTH, et que chaque demande de RQTH sera assortie d'une décision d'orientation professionnelle (vers le milieu ordinaire, le milieu protégé ou une formation). La loi supprimera également l'obligation liée au fait d'avoir été sans emploi pendant un an pour pouvoir prétendre à l'AAH avec un taux d'incapacité entre 50 et 79%. Enfin, un décret de 2011⁴⁷ est venu préciser la relation RSDAE (la restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi) et AAH. La notion de RSDAE est une notion fondamentale qui, cumulée avec un taux d'incapacité compris entre 50 et 80% d'une personne, ouvre les droits au bénéfice de l'AAH. La RSDAE renvoie à l'idée que la personne rencontre

⁴⁴ Bilan de la conférence nationale du handicap du 8 juin 2011 « La politique de l'emploi des travailleurs handicapés au centre des préoccupations du gouvernement pour favoriser leur inclusion sociale »

⁴⁵ Décret d'application 2005-725

⁴⁶ Circulaire interministérielle DGAS/DGEFP/1C/SD3/ MEPH n° 2005-433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés

⁴⁷ Décret n°2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) subissant une Restriction Substantielle et Durable pour l'Accès à l'Emploi (RSDAE) et à certaines modalités d'attribution de cette allocation

des difficultés importantes et pérennes d'accès à l'emploi du fait de son handicap. Or le décret prévoit que l'AAH, pour les personnes ayant un taux d'incapacité de 50 à 79 % et présentant une restriction substantielle et durable d'accès à l'emploi, n'est attribuée que pour un ou deux ans renouvelables au lieu de 5 ans maximum actuellement, y compris pour les personnes en ESAT, ce qui risque d'entraîner des situations de précarité forte. En outre, il assortit l'octroi de l'AAH de celui d'une RQTH systématique, ce qui fait peser sur les personnes une pression relative à l'obligation de chercher et trouver du travail quel que soit son état de santé, puisqu'en effet l'AAH n'est plus accordée que pour un temps court et que nous ne connaissons pas, à ce jour, les critères qui prévaudront à son renouvellement au bout des deux ans. Il organise en outre la prédominance des représentants de l'Etat en CDAPH pour les attributions d'AAH.

A noter : Selon une enquête réalisée en 2007 par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation des Statistiques), les personnes qui ont une déficience d'origine psychique représentent 25% des demandeurs d'AAH et 28% des AAH accordées, et 13% des demandeurs d'AAH ayant une déficience d'origine psychique travaillaient au moment de l'enquête⁴⁸.

1.3.3 Le milieu protégé au cœur d'injonctions fortes

Dans le paysage des structures relevant de l'emploi accueillant des personnes en situation de handicap s'agissant du travail, les ESAT restent les plus adaptés. A l'origine appelés Centre d'Aide par le Travail (CAT), les ESAT sont régis principalement par les textes suivants : la loi 2002-2 du 2 janvier 2002, la loi du 11 février 2005 (qui transforme les CAT en ESAT), et la circulaire DGAS du 1er Août 2008 « *relative aux ESAT et aux personnes handicapées qui y sont accueillies* » (qui précise également que les travailleurs d'ESAT sont des usagers et non des salariés). Enfin alors que les débats avaient penché un temps pour un rattachement des ESAT à la future DIRECCTE, ils se voient rattachés par la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) du 21 juillet 2009 aux ARS (Agences Régionales de Santé). Les ESAT sont donc financés par deux dotations, une via les ARS pour le financement du budget social et une aide au poste pour compenser une partie de la rémunération garantie. Par ailleurs, les ESAT gèrent également un budget commercial, dit budget annexe, et qui finance notamment la part directe de la rémunération garantie et les investissements relatifs à la production. La réaffirmation par la loi du 2 janvier 2002-2 et par celle du 11 février 2005 des missions médico-sociales des ESAT doit se penser

⁴⁸ « Les personnes souffrant d'un handicap psychique : Allocation aux adultes handicapés et emploi », *Revue française des affaires sociales* 1/2009 (n° 1-2), p. 95-98. URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-95.htm.

comme une volonté de permettre aux ESAT de se concentrer sur un public en grande difficulté au regard des conséquences de son handicap.

La loi de février 2005 a permis que soient créés des ESAT spécifiques pour l'accueil du public en situation de handicap psychique. Ils se situent donc comme les autres dans ce double défi : accueillir un public en situation de handicap psychique, dont les retentissements de la maladie prennent des formes très variables et doivent être prises en compte dans ce qu'elles ont de singulier pour les personnes, dans une structure dont la finalité comporte aussi un objectif de production et une activité commerciale qui se doit d'être rentable. L'orientation vers l'ESAT est alors pensée comme une phase, un passage, et se différencie là de celles qui peuvent être prononcées pour un public en situation de handicap mental, pour lequel les choses sont inscrites dans une certaine durabilité et sont peu évolutives. Il s'agit là d'une opportunité pour la personne, parfois uniquement vécue par elle comme une opportunité administrative d'accéder à un dispositif, tant elle ne souhaite pas se vivre uniquement comme malade mentale. Ainsi les ESAT permettent à des personnes de tester leurs capacités à s'insérer professionnellement dans un sas protégé, avant d'affronter le milieu ordinaire, sans avoir obligatoirement à dire le handicap, ce à quoi certaines personnes en situation de handicap psychique aspirent. Dans ce paysage, les ESAT dit « de transition » ont vocation à être ce sas. Ils doivent répondre à leurs missions classiques : favoriser l'individualisation des parcours, ce qui prend encore plus de sens s'agissant d'un ESAT accueillant des personnes en situation de handicap psychique, tout en ayant une action visant à dégager des excédents sur l'activité production, et à permettre une sortie vers le milieu ordinaire plus rapide (entre deux et trois ans). Or il convient de rappeler que le taux de sortie vers le milieu ordinaire constaté dans les ESAT est assez stable et marginal, autour de 1% des personnes accueillies. L'objectif d'insertion semble être difficile à atteindre. Le public accueilli peut avoir une difficulté à se projeter sur le milieu ordinaire, vécu comme contraignant et angoissant, même avec un accompagnement adapté. Les entreprises, qui visent généralement la rentabilité accrue, particulièrement dans un contexte de crise économique, hésitent à recruter des travailleurs handicapés moins productifs et nécessitant une adaptation du poste, particulièrement pour le public en situation de handicap psychique. Enfin les ESAT eux-mêmes peuvent, pour certains, hésiter avant de se séparer d'un ouvrier donnant toute satisfaction. La réalité économique actuelle ne favorise pas l'insertion professionnelle et la mise en lien avec le milieu ordinaire. Les ESAT sont tributaires de ce contexte économique et de restrictions budgétaires. En effet la nécessité de valoriser la production associée à l'instauration des tarifs plafonds plongent les ESAT dans une réelle contradiction au regard de leurs missions d'établissement médico-social. Les taux directeurs appliqués pour les reconductions budgétaires avoisinent les 0,5% de taux directeur et permettent mal de

fonctionner. Les ESAT doivent donc obligatoirement développer la partie production pour survivre. Or les excédents sont de plus en plus difficiles à réaliser et les marchés compliqués à trouver.

Comment un ESAT accueillant des personnes en situation de handicap psychique, pour lesquelles les choses doivent se penser avec souplesse et adaptation, ce qui s'oppose à la logique de la production, peut-il résoudre ce paradoxe ? Et comment combiner cela avec un niveau d'exigence élevé car c'est par ce biais que l'on peut permettre aux personnes de devenir des professionnels accomplis, l'ESAT se situant bien du côté du travail ? Comment soutenir ce rôle d'accompagnement socio-professionnel des personnes, dans une logique de parcours personnalisé et d'individualisation des solutions recherchées, tout en le conciliant à la nécessité de conserver l'activité de production à un niveau rentable ? Il s'agit bien de concilier éthique et pragmatisme. Comment aussi résoudre le problème majeur soulevé par l'absentéisme assez fréquent de ce public ? L'absentéisme concentre en effet sur les présents la charge de travail, ce qui peut générer des difficultés d'organisation, de l'insatisfaction et un allongement des délais de production. Or ce cas de figure est relativement fréquent avec ce public, les difficultés étant autant liées à la démarche de se rendre chez un médecin, qu'à la conscience de la nécessité de le faire.

Conclusion de la première partie

Pour une personne souffrant de troubles psychiques et souhaitant accéder à l'emploi, le chemin est tortueux. De ce fait, il est nécessaire de mettre en place des dispositifs de prise en charge permettant de les accompagner au mieux dans ce parcours. Je présenterai dans la deuxième partie les solutions imaginées par l'Association ISATIS depuis sa création et j'en dresserai un diagnostic.

2 L'offre de service d'ISATIS dans les Bouches-du-Rhône, des réponses multiples mais non homogènes

A partir du contexte associatif et de la présentation du développement de l'Association et de son implantation régionale, je présenterai la situation des services des Bouches du Rhône et son diagnostic. J'en exposerai les limites de fonctionnement, internes et externes. Pour conduire mon analyse, je me suis inspirée du modèle de diagnostic SWOT⁴⁹, qui propose d'analyser une organisation en observant l'interne (forces et

⁴⁹ *S-trengths* (forces), *W-eaknesses* (faiblesses), *O-pportunities* (opportunités), *T-hreats* (menaces).

faiblesses) et l'externe (opportunités et menaces). Ce diagnostic se concentrera sur la question centrale de la coopération, à l'externe et à l'interne, et ses possibilités d'amélioration, en résonance avec la qualité du service rendu, préoccupation majeure et essentielle d'un directeur.

2.1 Le contexte associatif

2.1.1 ISATIS, naissance et histoire de l'association

ISATIS, Association pour l'Intégration, le Soutien, l'Accompagnement au Travail et l'Insertion Sociale a pour mission principale de favoriser l'intégration sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, suivant leurs besoins et en fonction de leurs demandes. A l'origine l'association devenue ISATIS aujourd'hui, est une émanation de la section UNAFAM⁵⁰ (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) des Alpes Maritimes. Cette section, créée en 1979 sous le nom d'« Espérance Nice », devient « Azur Unafam AM » en 1995 toujours sous la forme juridique d'une association loi 1901. Elle regroupe des familles concernées par la maladie mentale souhaitant créer des solutions alternatives à l'hospitalisation pour leurs enfants. Son but est de permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques de retrouver « *une place d'adulte citoyen responsable et libre au sein de la société* ». ⁵¹

C'est dans cet esprit et cette dynamique que sera créé le premier « établissement » de l'association, le Club Orion, en janvier 1997. Il s'agit d'un centre d'accueil de jour, destiné à accueillir des personnes sortant d'une hospitalisation en psychiatrie, que l'on ne nomme pas encore personnes en situation de handicap psychique, cette reconnaissance et cette appellation ne verront le jour qu'avec la loi de février 2005⁵².

L'association se développe jusqu'en 2002, dans le souci de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. Ainsi elle crée différents services en s'appuyant sur les constats et remontées des équipes de terrain ainsi que sur les demandes des personnes accueillies. Cette évolution l'amène à être présente sur deux régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Le nombre de services créés positionnent alors l'association plus comme une association gestionnaire et professionnelle que comme une émanation d'une section départementale de l'UNAFAM.

⁵⁰ L'UNAFAM (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques) a été créée en 1963. Elle a pour but l'information et l'entraide auprès des familles concernées par la maladie psychique. Elle a également pour mission l'orientation des personnes vers des structures, la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement, le développement de la recherche en santé mentale et la représentation des personnes malades. Elle regroupe 15000 familles autour de 97 délégations départementales.

⁵¹ Extrait des statuts de l'association Azur Unafam AM, 1995.

⁵² Loi numéro 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Ce constat de fait entraîne le changement de nom de l'association, elle devient ISATIS en 2002 : Association pour l'Intégration, le Soutien, l'Accompagnement au Travail et l'Insertion Sociale. Elle se dote de nouveaux statuts, y sont précisés les moyens d'action de l'association qui sont : « *la création et la gestion d'établissements et de services au moyen de financements publics et privés ; l'échange et la transmission de nouvelles connaissances acquises avec d'autres institutions présentant un but identique ou parallèle ; des campagnes visant à améliorer la représentation sociale de la maladie psychique dans l'opinion publique, des réunions d'information , des conférences, des expositions...* »⁵³.

L'association continue par la suite à développer des actions sociales et médico-sociales offrant des prestations individualisées d'accompagnement et de soutien aux personnes souffrant de troubles psychiques. La reconnaissance d'un travail centré sur la réponse aux besoins des personnes associant en étroite collaboration les acteurs du soin, du social et de l'emploi, l'amène à développer des actions nombreuses et diversifiées, visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes.

A ce jour⁵⁴, l'association est gestionnaire de 46 établissements et services. Ils sont répartis en 22 sites d'intervention couvrant les 8 départements des deux régions PACA et Corse. L'association emploie 201 salariés. Ils accueillent près de 2 200 personnes par an. Ce chiffre important s'explique par le fait qu'une partie des services de l'Association, notamment les services SASTH et les services SAMSAH, proposent un accueil de jour de type séquentiel, et non une prise en charge au long court. En effet, le public orienté vers ces services, ne nécessite a priori pas une prise en charge quotidienne.

2.1.2 Cadre éthique d'intervention, règlement associatif et charte traduisant les valeurs

Le changement de nom de l'association en 2002 s'est aussi accompagné d'un travail interne autour de l'écriture du projet associatif et d'une charte d'accompagnement. Il s'agissait d'accompagner la naissance de cette nouvelle association par l'affirmation par écrit des valeurs qu'elle porte.

Ainsi les orientations fondamentales de l'association auprès des personnes demandent entre autre de prendre en considération l'environnement de vie et de s'appuyer sur le réseau de soin et le réseau social en veillant à coordonner les liens entre le sanitaire et le social, en donnant à la personne la possibilité d'être acteur de son propre projet de vie et en soutenant l'évolution vers une meilleure qualité de vie et une plus grande autonomie.

⁵³ Article 2 des statuts de l'association ISATIS 2002

⁵⁴ Chiffres à fin 2011

Les personnes que nous accueillons sont donc en droit d'attendre un accompagnement conforme aux principes définis par la charte d'ISATIS, tels que le respect de leur singularité, de leur demande, de leur souffrance, de leur plainte, de leur rythme d'évolution, de leur intimité aussi bien sur le plan physique que psychique.

Chaque direction d'établissement ou de service de l'association cherche à respecter les critères de lieux d'accueil, de vie et de travail à dimension humaine, proche d'un environnement ordinaire, dans des lieux conviviaux et dignes.

Nous avons établi en interne une procédure d'admission qui permet au nouveau salarié de prendre la mesure des documents en vigueur au sein de l'Association. Ainsi tout nouveau salarié se voit remettre à l'occasion de sa prise de poste un livre d'accueil comprenant, entre autres, les statuts, le projet associatif, la charte interne. Il est informé que tout autant que son contrat de travail, ces documents le lient (peut être pas juridiquement au même titre que le contrat de travail) et l'engagent, et qu'il doit les respecter dans le cadre de ses fonctions et des accompagnements qu'il mène. Il doit, entre autres, assurer un accueil humain et bienveillant, respecter et écouter la demande de la personne, évaluer avec elle ses besoins, et créer et entretenir des liens de coopération externe (la liste est non exhaustive).

2.1.3 Une association reposant sur un système de gouvernance et un mode de délégation construits

Le Conseil d'Administration de l'association est fortement investi et présent. Composé à la création de l'association principalement de parents ou familles de personnes souffrant de troubles psychiques, il est aujourd'hui équilibré entre personnes de la société civile, issues en grande partie du secteur social et médico-social, et personnes représentant les familles. Le Président fondateur de l'association, aujourd'hui membre d'honneur, était personnellement touché par la maladie mentale au sein de sa famille. Le Président actuel qui a pris ses fonctions en 2008, est un ancien directeur général d'association œuvrant dans le champ du handicap intellectuel.

Un séminaire de travail, véritable espace de concertation, réunit chaque année le Conseil d'Administration, le Directeur Général et les directeurs. Les débats et échanges lors de ces séminaires permettent de faire le bilan des actions menées, et de poser des perspectives pour la définition des objectifs à tenir par l'association durant l'année, voire durant les années à venir. Ils font l'objet d'une validation lors du conseil d'administration qui suit le séminaire. Cette organisation permet de s'assurer du partage par les directeurs des valeurs portées par l'association et ses différents représentants, ainsi que du partage des orientations prises.

Enfin une expérimentation est menée sur le territoire des Bouches du Rhône, celle de la mise en place d'une instance appelée Conseil de Territoire. Elle fait notamment suite à un

séminaire réunissant le Conseil d'Administration, le Directeur Général et les directeurs en septembre 2010, à l'occasion duquel le principe d'une telle expérimentation sur un territoire, à l'époque encore à déterminer, a été décidé. Il ne s'agit pas d'une nouvelle instance associative mais d'un outil et de moyens opérationnels nouveaux à côté des Directions Territoriales et du Conseil d'Administration. Il est piloté en conséquence par le Directeur Général afin de lever toute ambiguïté et contradiction au regard de la délégation unique dont il est investi et ainsi toute interférence des administrateurs dans cette délégation unique. Il réunit le président, le directeur général, son adjoint, le directeur territorial des Bouches-du-Rhône, un représentant de l'UNAFAM, un médecin psychiatre, des représentants des usagers, des représentants d'associations intervenant dans le secteur médico-social, un philosophe. Cette instance ambitionne d'être une structure de réflexion sur le handicap psychique pour les personnes, leur famille, sur l'analyse des besoins non couverts et puisse également être force de proposition auprès des politiques publiques.

L'organisation administrative de l'association repose sur un principe général de la délégation des pouvoirs assurant une répartition claire et engagée des fonctions et des tâches. La charte associative rappelle à tous, bénévoles⁵⁵ et salariés, les caractéristiques du projet social à l'intérieur duquel chacun, dans les limites de ses attributions, peut développer des actions nouvelles. P LEFEVRE⁵⁶ explique que « *la délégation est une organisation de pouvoir. Elle permet de responsabiliser les acteurs internes, elle développe des marges d'autonomie, elle entretient la créativité et la compétence* ».

Les fonctions de direction sont très larges et prennent en compte l'étendue et la diversité des territoires d'intervention. La délégation donnée par le Directeur Général aux directeurs territoriaux se constitue notamment au travers de la fonction stratégique et politique. C'est dans cette fonction que les directeurs doivent représenter ISATIS au sein des différentes instances. Ainsi, je siège à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées(CDAPH), je suis présidente de l'Association Parcours Marseille Sud, je siège au bureau d'Interparcours Handicap 13.

Font aussi partie de la délégation, la fonction projet, la fonction sociale, la fonction d'employeur, la fonction administrative, la fonction financière, la fonction patrimoniale, en lien avec la direction générale. Le directeur a ainsi une responsabilité globale, sous contrôle et évaluation du Directeur Général. Ma fonction de directrice au sein d'ISATIS comporte des missions classiques, mais ce qui l'est moins est le territoire d'intervention.

⁵⁵ Les membres du conseil d'administration sont bénévoles au sein de l'association

⁵⁶ LEFEVRE P, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 3ème édition

Cela demande une organisation opérante, une planification ajustée et une gestion du temps efficiente.

Le principe de reconnaissance des compétences et des responsabilités des professionnels entraîne le même système de délégation pour tous les professionnels de l'Association. Il s'agit de rendre chacun acteur. Pour ce faire, chaque salarié dispose de sa fiche de poste, sur laquelle ses missions sont clairement énoncées. Ainsi lors des entretiens annuels dans le département des Bouches-du-Rhône, j'énonce formellement les objectifs de travail des professionnels et les moyens mis à disposition pour y parvenir. Pour assurer mes missions, je suis entourée de deux chefs de services (un chef de service sur l'ESAT et un chef de service des services, qui prendra ses fonctions en octobre 2012), d'une Assistante de direction, d'une comptable d'établissement à l'ESAT, d'une comptable ayant en charge la comptabilité des services.

2.2 Un développement associatif territorial au service de projets ayant comme finalité l'employabilité

A partir d'un éclairage sur les services ayant amené l'Association à s'implanter sur deux régions, je dresserai le diagnostic des services des Bouches-du-Rhône notamment s'agissant de leurs forces.

2.2.1 Les établissements et services de l'Association

A) Sur le territoire d'intervention de l'association

a) *L'origine de l'ancrage régional, l'éclairage de l'histoire des SASTH*

Nous l'avons vu plus haut l'Association n'a cessé de se développer depuis sa création, au point qu'elle couvre aujourd'hui deux régions. Mais il ne s'est pas agi d'un développement « tentaculaire » ou opportuniste mais bel et bien d'un développement territorial structuré au service des usagers.

L'ouverture du premier « service », le Club Orion a mis en lumière des besoins autres que ce que le lieu pouvait prendre en charge, au risque de nuire à la qualité de ces prestations originelles. Révélés autant par les équipes en place, que par les usagers accueillis, et par le réseau de partenaires, ces besoins se situaient pour certaines des personnes accueillies, non plus uniquement du côté de l'insertion sociale mais également du côté de l'accès à l'emploi.

Les offres de prestations existantes à l'époque en faveur de l'accompagnement à l'insertion professionnelle pour les personnes en situation de handicap n'étaient pas adaptées pour ce public, et les professionnels se trouvaient démunis face aux difficultés de ces personnes. Un projet de service complémentaire est donc initié par le Directeur

Général. Le public identifié avec les partenaires (personnes ayant une RQTH et éligibles au titre de la loi du 10 juillet 1987), la mission du service (appui technique aux opérateurs de placement sur la spécificité du handicap psychique), le cadre de référence des politiques de l'emploi en faveur des personnes handicapées placent l'AGEFIPH comme partenaire financier naturel du projet. Le premier SASTH voit ainsi le jour à Nice début 1999.

Le SASTH représentait une innovation lors de sa création. Il venait occuper une nouvelle place au sein des dispositifs spécialisés d'accompagnement déjà existants et visait un public considéré comme peu ou pas employable. Pour répondre à ces missions, le choix opéré par notre directeur général a été celui de mettre en place une équipe sous une forme inédite. Il s'agissait d'introduire un principe de travail en binôme. La composition choisie en était psychologue clinicien et délégué à l'insertion. Ce titre est une invention « maison » pour qualifier un professionnel aux missions nouvelles dans un service nouveau. Ce binôme, dans l'organisation était bien-sûr secondé par une secrétaire, dont le rôle, au-delà des fonctions techniques, était d'assurer un accueil physique des personnes et de pouvoir notamment communiquer les éléments de situations ou de comportements des personnes accueillies lors des réunions de travail.

Les résultats de la première année de fonctionnement conduiront l'AGEFIPH à demander à l'Association de reproduire le dispositif SASTH sur les autres départements de la région PACA et Corse (territoire de la Délégation Régionale AGEFIPH initiatrice du projet), dans le cadre du PEX (Programme Exceptionnel).⁵⁷

Une étude interne, portant sur les enjeux internes de politique associative (changement de statut pour l'aspect géographique et risque financier) et les enjeux partenariaux dans les départements d'implantation, a été menée. S'agissant des enjeux partenariaux, il fallait vérifier si un tel projet pouvait être soutenu et porté par les délégations UNAFAM des autres départements (à l'époque ISATIS s'appelle encore AZUR UNAFAM AM), soutenu également par les PDITH, et attendu par les partenaires.

Il en ressortira des réponses positives sur chacun des points, exception faite des Bouches-du-Rhône. Ainsi entre janvier 2000 et février 2001, 7 services ouvrent sur les deux régions, PACA et Corse. Les services SASTH des Bouches-du-Rhône finiront par ouvrir en 2002, soit une année après les autres, en raison de tensions avec la délégation départementale de l'UNAFAM 13, apaisées aujourd'hui.

C'est donc bien l'opportunité liée à la création de ces SASTH qui préfigure donc l'implantation territoriale de l'Association.

⁵⁷ Le PEX a donné lieu à une convention d'objectif entre l'Etat et l'AGEFIPH le 09 décembre 1998, et dotait l'AGEFIPH de fonds supplémentaires attribués par décision du Ministère du Travail et de la Solidarité (1,5 milliards de francs sur 3 ans).

b) *Le développement de services complémentaires*

Parallèlement à l'ouverture de ces services, les équipes en place et la direction générale vont continuer à être en veille sur les besoins non couverts par les SASTH.

Ainsi, nous l'avons dit, la RQTH était nécessaire pour y être suivi. Se pose alors le problème des personnes qui ne sont pas reconnues handicapées mais qui présentent des troubles psychiques et qui sont dans une volonté d'insertion professionnelle.

C'est pour elles que l'Association va alors développer des services SRS (Services Relais Santé) dans les départements d'implantation des SASTH.

La mission de ces services sera de proposer un accompagnement et un suivi des personnes souffrant de troubles psychiques par un soutien psychologique dans la mise en œuvre de moyens utiles pour les aider à sortir de la précarité, l'objectif final étant de leur permettre d'aller vers l'emploi en se préoccupant des étapes intermédiaires de l'insertion mais aussi de la reconnaissance, de l'acceptation et de la prise en compte de leurs troubles. Les SRS, financés par les Conseil Généraux s'implantent dans différents départements à l'exception des Bouches-du-Rhône, dont le Conseil Général ne souhaite pas financer sur le dispositif RMI des services ayant comme finalité l'emploi.

L'expérience des SASTH permettait de poser le constat que nombre de personnes y étaient orientées à défaut, faute de réponse adaptée, vers ces services.⁵⁸ Ainsi nous pouvions identifier de nombreux points situant les accompagnements en dehors du cadre du cahier des charges de l'AGEFIPH : une durée d'accompagnement nettement supérieure à la durée prévue, des accompagnements vers l'insertion professionnelle en milieu protégé et non vers le milieu ordinaire, des accompagnements visant à aider la personne à faire le deuil de l'emploi.

Autant d'indicateurs donnant à penser qu'une réponse alternative ou complémentaire était à construire. Le SAMSAH en ce qu'il met en œuvre un accompagnement spécifique, à la croisée du médical, du social et du professionnel a semblé être une de ces réponses, spécifique, adaptée, de proximité et surtout novatrice. « *Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soins, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement 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* ». ⁵⁹ S'il existait déjà des dispositifs d'accompagnement intervenant à domicile, (services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services d'aide à domicile (SAD), services d'auxiliaires de vie (SAV), services spécialisés pour une vie autonome à domicile (SESVAD), tous étaient relativement

⁵⁸ Cf Bilan annuel des SASTH, année 2007

⁵⁹ Articles D.312-162 et D.312-166 du CASF

spécialisés, ou cloisonnés s'agissant de leurs interventions. L'approche globale instaurée via le SAMSAH est novatrice en ce qu'elle mixe le social, le médical et le médico social, articulation même qui fonde les actions de l'Association ISATIS. Les SAMSAH sont envisagés comme des possibilités alternatives à l'hospitalisation pour les personnes souffrant de troubles psychiques et comme une solution pour des personnes vivant à leur domicile jusque là sans accompagnement. Ces besoins, repérés par les politiques publiques au niveau national, l'ont été également au niveau local. La région PACA⁶⁰, suite au constat d'absence de prise en charge adaptée pour cette population, s'est engagée à favoriser la prévention et l'accompagnement pour l'amélioration de l'insertion sociale et professionnelle des personnes, notamment autour de la dimension du logement et de l'emploi en milieu ordinaire et protégé. C'est dans ce contexte que l'Association a fait le choix de développer des SAMSAH parallèlement et en complémentarité aux services SASTH déjà implantés. Ainsi entre 2006 et 2008, nous avons déposé en CROSMS et ouvert, suite à avis favorable, les SAMSAH dans différents départements (13, 04, 05, 84). Nous pouvons dire que nous avons étendu la palette de réponses pour faire face aux différentes situations des personnes présentant des troubles psychiques, ainsi qu'aux différents moments de leur parcours dans la maladie. De plus, la reconnaissance du handicap psychique par la loi étant récente, les dispositifs spécialisés dans l'accueil de ce public n'existent que peu et sont encore aujourd'hui à construire. L'Association a ainsi complété ses réponses par l'ouverture de FAM, ESAT et GEM dans différents départements.

c) Un choix de maillage territorial au plus près des usagers

L'ouverture des services SASTH s'est faite dans un premier temps dans les villes comportant la préfecture dans les départements concernés.

Les orientations qui nous ont été faites ont rapidement concerné l'ensemble du territoire des départements d'implantation. Aussi, nous avons fait le choix de proposer une couverture départementale à partir de lieux d'implantation fixes (disposant de la logistique administrative et d'un secrétariat) et de lieux de permanence. Cela permet d'être présent au plus près du lieu de vie des personnes. Dans des départements dont la taille est parfois fort importante et dont le réseau de transport en commun n'est pas toujours facilitant, il était évident qu'il fallait organiser les services de façon à ce qu'ils aillent à la rencontre des bénéficiaires. Nous avons donc sollicité différents partenaires (CAP EMPLOI, les CCAS, les Relais de Services Publics, les MDS, associations partenaires)

⁶⁰ PRSP 2005-2009, Eléments de contexte et premières propositions. 2005 et SROS Psychiatrie et Santé mentale. 2006.

afin de pouvoir utiliser des bureaux mis à notre disposition sur la base d'une présence hebdomadaire dans chacune des communes identifiées.

Cela permet donc d'éviter aux personnes de faire de trop grands déplacements pour se rendre à un rendez-vous. Cela prend en compte les difficultés liées aux troubles psychiques qui rendent difficiles les déplacements. En effet, en raison d'un traitement médicamenteux, il peut être contre-indiqué de conduire, en raison d'une angoisse importante, il peut être difficile de se confronter à autrui dans les transports en commun, ou à soi-même au volant d'un véhicule. Enfin le coût généré par de tels déplacements, souvent réguliers dans le cadre d'un suivi, peut rapidement devenir très important pour des personnes dont les revenus sont les minima sociaux ou l'AAH. Il ne pouvait donc être question de leur faire supporter une telle dépense.

Ainsi nous proposons aujourd'hui, des services identiques dans quasiment tous les départements des deux régions, ce afin de proposer une unité de réponse aux personnes habitant ces territoires⁶¹.

B) Dans les Bouches-du-Rhône

Dans le département des Bouches-du-Rhône, en tant que directrice territoriale, j'ai la responsabilité de la gestion des services de trois SASTH, implantés à Aix en Provence, Marseille et Arles, fonctionnant avec des permanences d'accueil, un SAMSAH, à vocation départementale (implanté sur trois sites : Aix en Provence, Marseille et Arles, dont chaque unité fonctionne de façon autonome des deux autres, et avec des permanences d'accueil), un GEM, situé sur Arles, un ESAT, situé sur Salon de Provence.

En tant que directrice territoriale, je suis responsable de la bonne marche des services sur le plan administratif et sur le plan de la qualité des services rendus aux personnes. J'ai la responsabilité des actions pédagogiques, sociales, médico-psycho-éducatives ou techniques que les services conduisent. Sous ma direction se trouvent : un chef de service de l'ESAT de Salon de Provence ; un chef des services SAMSAH, SASTH et GEM, qui prendra ses fonctions en octobre 2012 ; une comptable d'établissement à l'ESAT(elle assure en lien avec moi l'ensemble des tâches de gestion et de comptabilité nécessaires au fonctionnement d'un service médico-social) ; une comptable ayant en charge la comptabilité des services SAMSAH SASTH et GEM (elle intervient pour plusieurs services et son temps de travail est réparti au prorata) ; une Assistante de direction (elle m'assiste dans l'ensemble de mes tâches de direction des établissements et services). Elle traite et organise l'ensemble des informations et des relations internes et externes des services et/ou de la Direction. Elle intervient pour plusieurs services et son

⁶¹ Cf. annexe 1 carte de l'implantation régionale d'ISATIS

temps de travail est réparti au prorata. Elle assure également la fonction d'Assistante en ressources humaines).

Afin de rendre plus lisible l'organisation structurelle et hiérarchique, un tableau synthétique figure en annexe⁶². Il permet de mettre en évidence le caractère complexe de l'organisation territoriale des services ainsi que la multiplicité des lieux d'intervention.

a) *Les services des Bouches-du-Rhône*

Ils sont présentés ici de façon synthétique, leurs objectifs principaux de fonctionnement figurent en annexe 5.

Les SASTH : ils s'adressent à des personnes en situation de handicap psychique, reconnues travailleurs handicapés, demandeurs d'emploi, principalement définis comme ayant peu ou pas de qualification, souvent en grande difficulté sociale et éloignées de l'emploi, ayant un projet professionnel avec comme visée leur insertion, leur suivi dans l'emploi ou leur maintien dans le milieu ordinaire de travail. Le financement de ces services relève de l'AGEFIPH comme nous l'avons vu plus haut et les besoins sont préalablement convenus avec le prescripteur CAP EMPLOI HEDA.

Le SAMSAH à vocation départementale. Le travail effectué autour du Schéma Départemental des Personnes Handicapées des Bouches-du-Rhône⁶³ signalait lui aussi, bien avant le décret de mars 2005 et la reconnaissance légale des SAMSAH, « *l'émergence accrue de demandes de prise en charge émanant de personnes présentant des pathologies mentales récurrentes mais non permanentes.* » Il est précisé que « *la fréquence plus grande des personnes présentant un handicap psychique mais qui ne sont plus confinées dans une destinée asilaire, nécessite la mise en place d'un projet global intégrant toutes les dimensions de la vie de la personne.* ».

Le schéma départemental 2004-2008 des Bouches-du-Rhône établit le premier cahier des charges des SAMSAH, et l'imagine alors comme une plateforme articulant les différentes interventions autour de la personne handicapée (soins, loisirs, logement...). Il présente un fort ancrage du côté du lieu de vie de la personne, donnant un sens à l'accompagnement qui peut être envisagé plutôt à domicile qu'à partir du domicile.

Les autorités de contrôle et de tarification ayant partagé notre diagnostic, le SAMSAH ouvre donc en septembre 2008 dans les Bouches-du-Rhône. Il offre la possibilité de mettre en œuvre un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire, et non plus en

⁶² Cf annexe 3

⁶³ Conseil Général des Bouches-du-Rhône – Direction Générale Adjointe de la Solidarité – Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. Version à la date du mardi 4 novembre 2003.

binôme seulement comme au sein des SASTH. Alors que le Conseil Général des Bouches-Du-Rhône, situait à l'origine le SAMSAH uniquement sur un volet vie quotidienne, nous y avons introduit une orientation « accompagnement au travail » qui fait le lien avec les observations et constats nous ayant amenés au fur et à mesure des années à développer des services favorisant l'insertion professionnelle. Le SAMSAH a pour sa part vocation à accompagner des personnes se situant du côté du travail protégé. Nous avons calqué notre proposition d'intervention selon les modes d'organisation mis en place pour les SASTH et avons proposé un fonctionnement en file active. Cette notion est empruntée au sanitaire, où la file active s'entend par l' « *ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence (généralement l'année) par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge* »⁶⁴. Cela s'oppose à la notion de place en vigueur dans le secteur médico-social. Cela nous semblait plus adapté aux besoins des personnes en situation de handicap psychique se situant à la frontière entre social, sanitaire et médico-social.

Le GEM : c'est une association composée de personnes souffrant de troubles psychiques et d'isolement, qui a pour vocation de se réunir autour de valeurs telles que l'échange, la solidarité, l'accueil, la convivialité, le partage, l'autonomie, le soutien mutuel. En 2006, l'Association ISATIS a accompagné l'ouverture d'un GEM en Arles. Comme le prévoit la circulaire des GEM⁶⁵, l'association d'adhérents a été créée en juin 2008, L'association ISATIS restant l'organisme gestionnaire parrain du GEM. Une convention de parrainage précise les relations qui unissent ISATIS et « Gemme de Soi », l'association d'adhérents. L'association ISATIS assure la gestion financière et administrative des postes de fonctionnement : loyer et charges du local, salaires et charges diverses liées à la gestion du personnel, assurance. Elle fait pour cela les demandes et perçoit les subventions. L'association ISATIS met à disposition les moyens obtenus pour l'accueil et l'accompagnement des adhérents et futurs adhérents de l'association « GEMME DE SOI ». Pour ce faire, elle verse une subvention à l'association « GEMME DE SOI ».

L'ESAT des Ateliers du Merle : cet établissement situé à Salon de Provence est rattaché à la direction des Bouches-du-Rhône depuis juin 2012, soit très récemment.

L'ESAT des Ateliers du Merle est un établissement médico-social habilité et financé pour la partie sociale par l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et se définit comme une structure de transition et un tremplin vers le milieu ordinaire, c'est-à-dire un établissement

⁶⁴ Cf. Site internet du CHU Charcot, Caudan, Bretagne

⁶⁵ Circulaire DGAS/3B no 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques

où l'on apprend un métier, des compétences et des aptitudes, en un mot, des savoir-être et des savoir-faire et qui dans l'absolu, n'est qu'un lieu de passage vers un ailleurs professionnel.

L'ESAT « Les Ateliers du Merle » accueille des personnes en situation de handicap psychique. Il est agréé pour 36 places et se situe à la périphérie de l'agglomération Salonnaise. Il propose des activités se situant principalement autour des espaces verts et de l'entretien de locaux. La particularité qu'il présente d'être un ESAT « de transition », ayant de ce fait vocation à accompagner les travailleurs handicapés vers une insertion professionnelle en milieu ordinaire au terme de leur passage dans l'ESAT. Certes l'objectif de tout ESAT est de viser la réinsertion en milieu ordinaire pour les usagers accueillis, en leur proposant un soutien médico-social ainsi que des activités professionnelles associées. L'ESAT de Salon ambitionne d'aller au-delà et de favoriser une insertion professionnelle rapide (en deux à trois ans). L'ESAT développe les activités suivantes : espaces verts, entretien de locaux et maintenance en bâtiment, mises à disposition. L'objectif pédagogique et professionnel est, par une prise en charge individualisée et collective, de permettre et de favoriser les apprentissages fondamentaux, de renforcer les acquis, de préparer à une forme d'autonomie conduisant à une insertion professionnelle et sociale.

En plus de ces constats, l'établissement a cumulé plusieurs difficultés dès le démarrage et plusieurs coups d'arrêt sur lesquels nous reviendrons. Néanmoins, sa problématique est dans l'ère du temps puisque c'est un établissement spécifique pour personnes handicapées souffrant de troubles psychiques.

b) Des équipes formées, compétentes et réactives

Pour mener ses missions à bien, l'Association a eu la volonté de se doter de personnels qualifiés et compétents. En effet, la spécificité du public porteur d'un handicap psychique est d'être un public hors norme, « qui glisse entre les cases ». Le trouble psychique altère drastiquement leur rapport à la réalité de part la souffrance, le caractère parfois imprévisible de ses manifestations, la fragilité des personnes, la variation importante des troubles dans le temps ponctuée de périodes de rémissions et de périodes de crise aiguës. La variabilité de l'humeur peut entraîner, par exemple, le changement intempestif de projet, d'un rendez-vous à l'autre. Il convient donc d'allier compétences cliniques certaines et compétences d'accompagnement social et professionnel. Ainsi sur les SASTH le travail se fait en binôme, psychologue clinicien, délégué à l'insertion, et sur les SAMSAH au sein d'une équipe pluridisciplinaire ; un interlocuteur professionnel qui serait seul à conduire ces accompagnements, de surcroît non formé à la psychopathologie, prendrait le risque de s'essouffler, voire de s'égarer avec la personne suivie.

Les psychologues embauchés sont titulaires d'un Master en psychologie clinique. Les délégués à l'insertion sont titulaires de diplômes post bac allant du titre professionnel de Conseiller en Insertion Professionnel (CIP) à différents Masters.

Les équipes des services SAMSAH sont elles aussi composées de professionnels qualifiés : Secrétaires diplômées, conseillères en Economie Sociale et Familiale (CESF), Conseillère en insertion socio-professionnelle, Psychologue clinicien, Infirmière, Médecin psychiatre.

Ce travail en binôme ou en équipe pluridisciplinaire permet de croiser les regards sur la personne et d'interroger l'aptitude relationnelle du bénéficiaire. Cela favorise une complémentarité de réponses à leurs besoins, permet d'analyser et de mettre du sens suivant plusieurs lectures : une clinique, une plus en lien avec la réalité du monde du travail, une plus sociale et /ou une médicale. Cela permet ainsi d'évaluer les freins, les difficultés, les ressources et les potentialités de la personne en vue de son projet de retour à l'emploi ou d'insertion sociale.

Nous avons une politique de formation interne visant à maintenir le niveau de formation élevé. *« ISATIS agit aussi pour mettre en œuvre une politique de gestion du personnel qui corresponde aux exigences de qualité auxquelles elle s'engage. Le recrutement, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la formation, la recherche sur les pratiques professionnelles, obéissent à ces exigences. ISATIS s'attache à identifier les ressources et compétences de chacun et à favoriser leur expression dans une recherche d'excellence. »*⁶⁶.

Ainsi à l'ouverture des SAMSAH, nous avons organisé la formation de toutes les secrétaires intervenant sur ces services au titre qualifiant de Secrétaire Médico-Sociale, dispensée par l'AFPA. Elles l'ont toutes obtenu.

Quand nous faisons le choix de recruter des personnels non diplômés, mais ayant été recrutés au sein des services au regard de leur expérience professionnelle et de leurs qualités humaines, nous le faisons en accord avec notre projet associatif qui précise que : *« Les compétences des professionnels qu'elle a recrutés constituant sa richesse principale, l'association les reconnaît et les considère au quotidien »*⁶⁷. Nous avons, en parallèle, dans un souci de promotion de nos équipes, organisé le départ en formation de CIP de trois salariés dans les Bouches du Rhône depuis 2011. *« En contrepartie, il est de la responsabilité de chacun de s'impliquer dans l'adhésion aux valeurs associatives et de maintenir la qualité des actions qui relèvent de sa responsabilité. »*⁶⁸

⁶⁶ Article VI du projet associatif

⁶⁷ Article VI du projet associatif

⁶⁸ idem

2.2.2 Une des forces des équipes et de l'Association, la culture du réseau

La culture du réseau est indispensable pour qu'une coopération soit opérante, dans la réflexion et dans l'action. Je l'ai indiqué régulièrement dans cet écrit, nous attachons une importance particulière aux liens avec le partenariat local. Avant toute explication opérationnelle sans doute convient-il de distinguer et d'explicitier ces deux termes, partenariat et réseau, souvent employés l'un pour l'autre mais ne recouvrant pas les mêmes champs.

A) Partenariat et réseau, éléments de définition

Le partenariat peut se définir comme un « *système associant des partenaires sociaux ou économiques, et qui vise à établir des relations d'étroite collaboration* ». ⁶⁹

Pour Fabrice Dhume, le partenariat se définit comme « *une méthode d'action coopérative fondée sur un engagement libre, mutuel et contractuel d'acteurs différents mais égaux, qui constituent un acteur collectif dans la perspective d'un changement des modalités de l'action – faire autrement ou faire mieux - sur un objet commun - de par sa complexité et/ou le fait qu'il transcende le cadre d'action de chacun des acteurs -, et élaborent à cette fin un cadre d'action adapté au projet qui les rassemble, pour agir ensemble à partir de ce cadre.* » et le réseau comme le « *lien entre des personnes ou des structures, considérés indistinctement dans leur multiples dimensions : affectives, organisationnelles, communicationnelles [...]* » ⁷⁰

Partenariat et réseau sont donc complémentaires, logique institutionnelle pour le premier et logique d'acteurs pour le second. Il est alors possible de dire que le préambule nécessaire pour mettre en place un partenariat est l'existence d'un réseau. Il peut s'agir de développer chacun à son niveau d'intervention le simple carnet d'adresse « partenariat incantatoire », le réseau spontané entre professionnels « partenariat palliatif », le réseau professionnel « partenariat idéologique » et enfin le réseau de responsables « partenariat opératoire » qui s'accompagne de liens juridiques entre les organisations. ⁷¹ Autrement dit dans le réseau, les liens s'envisagent de façon horizontale et l'autonomie est maintenue, alors que dans le cadre du partenariat, il s'agit d'établir des liens à terme plutôt formalisés. Le directeur est le garant des principes qui fondent le cadre légal de l'individualisation de la prise en charge, et le partenariat peut être un des outils que le directeur doit développer à cet effet. De plus, la loi 2002-02 souffle aux directeurs de mener une telle politique, en sa section 4, art. 21 - « De la coordination et de la

⁶⁹ Définition dictionnaire Larousse

⁷⁰ DHUME F., *du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*, éditions ASH, Paris 2001.

coopération ». Elle permet la création ou renouvellement d'instruments formels de coopération.

B) Le travail partenarial interne

Il s'agit de tous les temps d'échanges formalisés ou non et ayant comme objectif de produire le meilleur accompagnement possible au service des bénéficiaires.

Les réunions d'équipe par service font partie de ce travail partenarial interne. Elles sont généralement organisées en deux temps

Un temps technique : il s'agit d'organiser et de préparer la semaine de travail à venir (planning des activités, des rendez-vous, des rencontres extérieures, informations diverses), d'échanger sur les futurs projets d'animation et de réfléchir aux outils de travail en vue d'améliorer leur opérationnalité et leur pertinence.

Un temps clinique : il s'agit d'échanger sur les pratiques professionnelles en lien avec les suivis des bénéficiaires, de partager les informations et les observations les concernant. Ceci dans le souci de maintenir la cohérence des accompagnements.

L'assistante de direction, non impliquée dans l'accompagnement des bénéficiaires, ne participe pas à ce temps de travail, mais les secrétaires des services concernés y sont bien évidemment présentes.

La réunion de supervision : elle est animée et encadrée par un superviseur qui a la responsabilité de faciliter l'expression de chaque participant et la réflexion sur les situations évoquées pour permettre l'émergence de solutions. Il s'agit d'une réunion dont l'objectif est de permettre aux participants d'évoquer les difficultés rencontrées dans le cadre de leur travail et de trouver ensemble des solutions ; l'analyse de la pratique, du fonctionnement institutionnel et des « études de cas », constituent l'essentiel du contenu de cette réunion. Assistent à cette réunion tous les professionnels (sur la base du volontariat) participant régulièrement à l'accompagnement des bénéficiaires. Elle a lieu toutes les six semaines et dure deux heures. Les équipes sont mélangées pour permettre un meilleur échange et une complémentarité. Ainsi les équipes SAMSAH et SASTH de Marseille ont la même supervision, c'est identique sur Aix en Provence et sur Arles (où les animatrices du GEM participent également). Seule l'équipe de l'ESAT de Salon n'a à ce jour pas de temps de supervision.

C) Le travail partenarial externe

Le champ d'intervention des services nous a amenés à développer et maintenir trois niveaux de partenariat avec des professionnels du soin, du social et de l'insertion

⁷¹ DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., *Travailler en réseau, Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Ed. Dunod, 2003

professionnelle. Cela représente une garantie de cohérence dans le parcours des personnes accompagnées. Ce développement en réseau vise à garantir la réalité d'une prise en charge globale des besoins de la personne et une visibilité de notre action.

Cela passe par la coordination entre les acteurs des différents secteurs, la continuité des prises en charge, notamment en diminuant les délais de transition quand cela est possible, l'adaptation de la prise en charge aux besoins multiples de l'individu.

Il ne s'agit clairement pas de se substituer aux différents acteurs du sanitaire ou du social, mais bien de faire le lien avec eux. Ainsi, progressivement la personne accompagnée pourra être en mesure d'identifier puis de solliciter de façon autonome et adaptée les intervenants en fonction de ses besoins.

Ainsi, parce que de nombreux patients sont maintenus à l'hôpital par manque de place dans des structures plus adaptées, le PRIAC 2009-2013 fait du développement des prises en charge médico-sociales une orientation prioritaire. Il s'agit d'améliorer les coopérations entre la psychiatrie et le secteur social et médico-social.

De même la charte d'Ottawa⁷² pour la promotion de la santé, adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé en Novembre 1986, disposait déjà que « *la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire* ».

La collaboration avec les nombreux partenaires du champ social est nombreuse et variée. Les liens s'organisent autant avec les collectivités territoriales, les centres sociaux, les Associations de resocialisation, les organismes de sécurité sociale et administratifs, les offices HLM, et les associations en lien avec le logement, les services de tutelle qu'avec les organismes culturels, sportifs, artistiques, humanitaires, etc.

La collaboration avec les partenaires du champ professionnel s'organise avec les associations intermédiaires, les entreprises ou chantiers d'insertion, le milieu protégé, les missions locales, le Pôle Emploi et les organismes de formation et de bilan.

Il s'agit aujourd'hui d'une véritable force de l'association dans le département.

Les services multiples d'ISATIS sur le département des Bouches-du-Rhône : accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire, accompagnement médico-social, ESAT, GEM, sont de fait bien repérés sur les territoires respectifs, et sont en lien avec les partenaires, exception faite de l'ESAT.

Le travail se fait également en lien avec les partenaires institutionnels.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées a lancé en 2011 une opération de territorialisation de ses services, dans l'objectif d'assurer une proximité de réponse aux personnes en situation de handicap. Nous avons été particulièrement associés au développement du dispositif sur Salon de Provence, territoire sur lequel notre SAMSAH a une forte activité, et aussi sur lequel notre ESAT est implanté. En Septembre, la MDPH a

inauguré le Pôle Handicap de Salon de Provence, dans lequel nous tenons nos permanences. Nous avons proposé de maintenir la mise à disposition que nous avons inaugurée en 2010 avec les services de la MDPH sur Marseille, et avons donc mis à disposition de ce nouveau lieu, la CESF et la CISP du SAMSAH d'Arles. Elles y tiennent une fois par quinzaine une permanence sociale, ouverte à tous et dont l'objectif est de donner un premier niveau d'information au public se présentant dans les locaux du Pôle handicap.

Enfin, nous menons un travail de partenariat en lien avec les associations du département.

L'Association ISATIS adhère, dans le cadre du mouvement Parcours Handicap 13, aux associations Parcours Pays d'Arles, Parcours Pays d'Aix, et Parcours Marseille Sud. Le Mouvement Parcours Handicap 13 regroupe des associations et des organismes intervenant pour les personnes en situation de handicap dans les Bouches-du-Rhône.

La mission de Parcours Handicap 13 est d'agir ensemble au plus près des personnes en situation de handicap pour accompagner leur projet de vie. Ses principes d'action sont la prise en compte de la situation et de l'environnement de la personne et la proximité afin d'offrir des réponses plus adaptées aux attentes et aux besoins des personnes en situation de handicap et de leur entourage.

S'agissant de ma fonction de directrice, je l'emploie aussi à être dans une certaine représentativité et dans le lien avec les partenaires et les institutions. Mon implication sur le territoire m'a permis de participer plus étroitement à plusieurs actions des différents Parcours ou en lien avec des associations partenaires et dont une synthèse est présentée en annexe⁷³. Je suis membre élue de la CDAPH. Dans ce cadre, j'assiste également une fois par mois à une réunion de coordination des élus en CDAPH, pilotée par l'Association Interparcours Handicap 13.

Existe dans les BDR, une association regroupant les ESAT et Entreprises Adaptées sur la base d'une adhésion de leur part. La COOPSOC, pour COOPérative SOCiale, a pour rôle d'être l'interlocuteur unique des ESAT et EA auprès de donneurs d'ordre importants. Cela permet ainsi de mieux répondre à une demande à laquelle ils ne pourraient répondre seuls, en mutualisant leurs potentiels et leurs ressources. Au-delà de l'aspect économique évident, il s'agit aussi de créer du réseau. La fédération organise régulièrement des réunions et des rencontres. La COOPSOC a de plus un rôle de conseil technique auprès des ESAT et EA le souhaitant. Ainsi une chargée de relations entreprises peut être détachée pour une mission d'expertise et de recherche de clients pour un ESAT qui le sollicite. De plus, dans un souci d'équité, l'accès aux marchés mis en ligne sur le site est

⁷² Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en novembre 1986

⁷³ Cf. annexe n°6 sur les groupes de travail

privilegié pour les ESAT adhérents qui sont en situation de déficit commercial et d'activité. Or l'Association ISATIS n'y était plus adhérente en 2012.

Enfin, existe également l'association ANDICAT, association nationale de directeurs et cadres d'ESAT. Elle est présidée par Gérard ZRIBI, et compte environ un millier d'adhérents. Elle organise des débats régionaux et nationaux qui concernent la problématique des ESAT et les questions d'actualité. Pour autant l'ESAT des Ateliers du Merle n'y était pas adhérent en 2012, alors que les deux dernières rencontres nationales ont eu lieu dans les BDR.

2.2.3 L'évolution de l'organisation territoriale, la création de la direction territoriale des Bouches du Rhône

La création de cette Direction Territoriale des Bouches-du-Rhône et le rattachement de l'ESAT des Ateliers du Merle en juin 2012, visent à accroître la lisibilité des services de l'Association et des opérateurs de terrain dans le département vis-à-vis des pouvoirs publics et des partenaires. Cette création s'inscrit en phase avec l'objectif affiché par l'Association et la Direction Générale, de fédérer les services et les établissements autour des valeurs associatives, d'une culture commune et de principes d'action communs, dans un souci de cohérence vis-à-vis des politiques publiques. Elle devra permettre d'optimiser les moyens, les ressources et les actions de chaque service. Ainsi, en favorisant une coopération inter-établissements, elle permettra de proposer une palette de services visant notamment l'employabilité des personnes, mais aussi, une action homogène, concertée, assurant un service rendu à l'utilisateur cohérent et de meilleure qualité. Acteur de son projet de vie, l'utilisateur disposera d'un traitement adéquat et équitable et d'une qualité d'accompagnement identique dans tous les services et établissements du territoire. L'installation de cette direction territoriale doit être une nouvelle façon de faire vivre et d'articuler le projet associatif régional sur un territoire, en le mettant au service des projets personnalisés des personnes.

Cette réorganisation va entraîner pour l'ensemble des services et les équipes qui les constituent, une mutation organisationnelle et institutionnelle importante.

Il convient de retracer quelque peu l'histoire de l'Association afin de comprendre ce qui a conduit à la création à ce choix d'option. Le 1^{er} janvier 2002 : AZUR UNAFAM devient ISATIS, et est nommé un Directeur Général par le Conseil d'Administration. La Direction Générale est donc créée avec une assistante de direction et un comptable. En 2003, décision est prise de délocaliser la première Direction. Le choix se porte sur la ville d'Aix-en-Provence dans le département des Bouches-du-Rhône.

Ce choix de réorganisation est motivé par le développement des services SASTH sur la région PACA Corse, et la nécessité de confier la direction de ce qui deviendra le pôle professionnel à un directeur identifié. De plus le choix géographique d'Aix-en-Provence

permettait d'installer une direction « centrale » pour des services éclatés d'Avignon, dans le Vaucluse, à Gap, dans les Hautes Alpes.

En 2004, trois pôles d'activité sont créés, le pôle médico-social, le pôle social et le pôle professionnel, ainsi que trois directions en charge de chacun de ces pôles.

Fin 2005, un découpage de l'association par territoire plutôt que par pôle d'activité est envisagé. Ce choix est tout autant lié à la nécessité pour chaque directeur d'être plus présent auprès de ses partenaires et financeurs directs, qu'à la volonté de réduire l'épuisement des directeurs liés aux distances à couvrir par périmètre d'intervention, et au manque de temps de présence auprès des équipes. C'est ainsi que, début 2006, sont créées les directions territoriales Alpes-Maritimes et Var.

Apparaîtra ensuite la Direction 13-2A-2B, et enfin celle couvrant les départements 84-04-05. Ensuite plusieurs organisations territoriales et scenarii vont se succéder en fonction des recrutements de directeurs. Pour aboutir à la décision de poursuivre dans la voie engagée dès 2006, à savoir la création de direction territoriale sur un territoire cohérent.

Ainsi l'ESAT de Salon de Provence (situé dans les Bouches-du-Rhône) est finalement rattaché à la direction des Bouches-du-Rhône déjà en place, et dont j'ai la responsabilité. J'accepte ce changement et ce challenge, et je prends mes fonctions de directrice territoriale Services et Etablissements Bouches-du-Rhône le 1^{er} juin 2012.

Cette organisation s'est accompagnée à ma demande de la création d'un poste de chef de service supplémentaire. Ce dernier interviendra sur l'encadrement des services des Bouches-du-Rhône dont j'avais jusqu'ici la responsabilité en direct (SASTH, SAMSAH, GEM). Il prendra ses fonctions sur ce poste en octobre 2012.

2.3 Des dispositifs cloisonnés : une organisation territoriale à renforcer

Malgré l'engagement des équipes et la richesse et la pertinence des projets mis en œuvre, des difficultés subsistent. Elles sont notamment liées à l'étendue et à la complexité du territoire d'intervention.

2.3.1 La problématique d'un management à distance

Les équipes de terrain, de part l'organisation territoriale très éclatée des services de l'Association et l'organisation des pôles puis des directions, sont habituées à travailler en grande autonomie et sans un cadre fonctionnel ou hiérarchique présent régulièrement. Cependant cela n'est pas sans provoquer des difficultés de fonctionnement au quotidien. Il convient ici de rappeler que les équipes du 13 et du 84 ont pour seul responsable hiérarchique, le directeur territorial. Il n'y a pas dans ces départements, de chef de

service, faute de budget. Alors, dans le cadre de cette organisation, le rôle du directeur territorial à ISATIS est également celui d'un directeur de proximité au côté des équipes.

Il doit être présent à la fois auprès de ces dernières pour les soutenir et accompagner les projets qu'elles portent mais aussi auprès des partenaires dans une fonction de représentation importante de l'association. Mais du fait du découpage territorial, il ne peut assurer qu'une présence en pointillés dans les services. Ainsi en raison de ma charge de travail, et de mon périmètre d'intervention (3 sites, 7 équipes, ce jusqu'en mai 2012, auxquels s'ajoute l'ESAT à compter de juin), je ne peux évidemment pas assister systématiquement à toutes les réunions d'équipe, ni même être présente quotidiennement sur chacun des sites (ce qui n'est pas sans conséquences sur la dynamique des équipes (projet et sens mais aussi régulation de tensions)). Je dois alors avoir une très grande confiance en les équipes dont j'ai la responsabilité et que je ne vois pas fonctionner au quotidien.

De plus la taille du territoire d'intervention conjuguée à l'agenda m'amène souvent de fait à opérer des choix en termes de présence à des réunions, d'équipes ou partenariales qui impactent sur les territoires et sur les équipes. Cela implique également d'être en capacité de déléguer aux équipes en place, sans pour autant que cela ait des conséquences sur les relations de travail des collaborateurs.

Pour autant, hormis les fiches de poste existantes, je n'ai pas à ce jour mis en place de fonction de coordonateur au sein des équipes, craignant que cela place le salarié choisi en position « hiérarchique », prenant l'ascendant sur ses collègues, sans pouvoir légitimer cela par une promotion ou une reconnaissance salariale, et sans pouvoir réguler les inévitables tensions que cela génèrerait .

Malgré l'autonomie et la responsabilité dont font preuve les équipes, qui ont appris à fonctionner seules au quotidien, situation qu'elles pourraient ne pas vouloir voir changer et qu'elles vont devoir appréhender avec l'arrivée du chef des services en octobre prochain, toutes parlent cependant du manque du « cadre ». J'ai encore eu cette année l'occasion de recueillir leurs impressions et souhaits à ce sujet lors des entretiens annuels. Elles réclament toutes plus de présence de la direction. Une présence qu'elles ne situent pas du côté d'une certaine forme de contrôle, mais plus en termes de regard extérieur, de retour sur le travail fourni, de reconnaissance, de garant des projets, de cap et de sens à donner, de relais avec la direction générale, avec l'association, d'encadrement de proximité, d'animation de temps de réunion d'équipe, ou encore de tiers (ce d'autant plus depuis l'ouverture des nouveaux services et l'agrandissement de la taille des équipes). Car en effet, l'autonomie qui fait la force des équipes de l'Association peut devenir une fragilité dans une période de changement, notamment les périodes de changement de direction.

Ainsi l'absence de chef de service « *agent de liaison* » et son « *accès privilégié à l'information externe et son accès total à l'information interne* »⁷⁴, a impacté nécessairement « *la réception et la transmission d'informations* », qui est l'un des dix rôles du manager reconnus par H. MINTZBERG. Le chef de service est un rouage filtrant. Sans celui-ci, les équipes se sont trouvées confrontées à des informations ou des commandes institutionnelles dont le flux était uniquement descendant. Elles se plaignent légitimement alors de « on » et de « ils » : « *on nous demande de travailler sur certains sujets dont on ne comprend ni le sens ni la portée* ». « *Ils sollicitent notre avis sur un aspect précis de l'accompagnement, et on n'en voit jamais la concrétisation sur le terrain.* ». Or, si ce flux d'informations ne peut être clarifié ou débattu, et si comme l'écrit LOUBAT, apparaît un « *échec dans la gestion des feed-back* »⁷⁵, alors cela peut devenir source de démotivation, d'insécurité et de stress pour les professionnels des équipes.

Les changements de direction assez fréquents ont des conséquences à la fois pour les équipes de terrain mais aussi pour les directeurs en poste. Les réorganisations successives et l'absence de cadre peuvent être source de démotivation, de délitement de travail, de perte de sens, et de perte de confiance dans la relation avec la hiérarchie.

Egalement pour ma part, les réorganisations ont été sources d'une charge de travail supplémentaire à absorber pendant un temps certain. Cela s'est fatalement fait au détriment du travail avec les équipes dont j'ai la charge et avec les partenaires habituels, et cela a été lourd à porter.

Ce sont ces constats qui nous ont conduits à explorer les pistes de réorganisation possibles en tentant de prendre en compte les attentes des équipes et les nécessités incontournables pour faire fonctionner des services.

Cela a donc conduit à repenser l'équilibre des périmètres et les ratios d'encadrement.

L'arrivée du chef de service en octobre 2012 vise notamment à cela.

Se sont alors posées pour moi les questions suivantes :

Comment maintenir une dynamique de travail, une présence symbolique du cadre, une confiance partagée sur un territoire éclaté ? Comment maintenir des liens de qualité avec les partenaires, comment être porteur des valeurs de l'association ? Comment manager et structurer des équipes que l'on voit peu ? Comment légitimer un nouveau cadre, physiquement en la personne du chef de service mais aussi symboliquement dans cette réorganisation après tellement d'autonomie pour les équipes ? A qui et quoi déléguer ? La qualité du service rendu doit être le fil rouge conduisant la réponse à ces questions, qui sont au cœur des préoccupations du directeur.

⁷⁴ MINTZBERG H., *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Ed° EYROLLES, 1973 p. 77.

⁷⁵ LOUBAT J-R, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2006, p. 239

2.3.2 La problématique particulière de l'ESAT des Ateliers du Merle

Elle relève notamment de son implantation géographique. L'ESAT est situé en périphérie de Salon de Provence, et partage les locaux de « Supagro Montpellier » qui abrite sur le site de Salon de Provence les formations de bergers. Le site est donc assez excentré et situé dans une zone rurale et peu accessible. Mais ce partenariat peu commun aurait pu donner lieu à des collaborations (entretien du domaine, partage d'expériences) qui n'ont pas été encouragées et qui font qu'à ce jour cette implantation géographique peut présenter plus de contraintes que d'atouts.

De même, le site ne propose pas d'hébergement. Un dossier de création d'un foyer d'hébergement a bien été agréé en CROSMS mais faute de financements, il ne verra pour l'instant pas le jour. Or, en raison du caractère éloigné de l'établissement, cela devient un véritable problème y compris pour les usagers potentiels, qui renoncent au projet faute de solution d'hébergement.

L'admission des travailleurs handicapés par ailleurs s'est faite sur orientation de la CDAPH, dans un contexte territorial particulier. En effet, l'ESAT du Merle était le premier établissement de travail dédié aux personnes handicapées psychiques sur le secteur salonnais. Il a rencontré un fort écho du côté du personnel hospitalier de l'Hôpital de Salon de Provence et du CMP, en raison du nombre de patients ayant une demande axée sur l'emploi. Les premiers dossiers d'orientation traités par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH ont donc concerné ce public. Nous avons bien sûr procédé à leur admission, y compris quand l'état de stabilisation des personnes au regard de leur maladie n'était pas assuré. Cela n'a pas été sans poser quelques soucis du fait du manque de préparation à un environnement de travail au moment de l'entrée à l'ESAT de certaines personnes orientées.

En conséquence notamment du contexte évoqué ci-dessus, les activités commerciales n'ont pu être suffisamment développées. L'ESAT est aujourd'hui en situation de **déficit commercial**. En effet, nous nous sommes retrouvés face à toute l'ambiguïté et la difficulté dans lesquelles se confrontent les ESAT aujourd'hui : ces établissements ont pour mission de fournir à des personnes en situation de handicap des activités à caractère professionnel, afin de favoriser leur épanouissement personnel, mais doivent générer du chiffre d'affaire pour exister et donc obtenir et pérenniser des marchés. C'est ce qui a été rendu difficile dans le contexte du Merle. L'équipe de travailleurs n'était pas suffisamment stabilisée pour assurer la production et, faute de marchés, l'équipe d'encadrant n'a pas pu être recrutée immédiatement pour notamment développer des marchés supplémentaires. L'ESAT est aujourd'hui en déficit de marchés potentiels. Un ancrage partenarial dans le tissu économique local n'a pas été suffisamment initié. De même un ancrage partenarial local, qu'il s'agisse de la psychiatrie ou de services d'accompagnement médico sociaux n'a pas été favorisé.

Le service formation placement, pierre angulaire d'un ESAT dit de transition n'a pas été mis en place. Ces difficultés viennent notamment de la fluctuation des équipes de direction de l'établissement depuis son ouverture. Ces successions d'événements n'ont pas permis que l'équipe de l'ESAT s'imprègne des valeurs fondatrices de l'Association Isatis et qu'elle mette en œuvre le projet social de l'établissement.

C'est dans ce contexte que la réorganisation du territoire des Bouches-du-Rhône a été pensée. L'objectif de la direction unique des Bouches-du-Rhône est de permettre de continuer à construire des accompagnements et des prises en charge de qualité, qui placent l'usager au centre des dispositifs et le reconnaissent comme acteur de son propre projet de vie. L'une des missions de cette direction territoriale sera donc de veiller à garantir une équité de traitement dans les prises en charge, au sein des différents établissements et services des Bouches-du-Rhône. L'objectif particulier s'agissant de l'ESAT est de réinterroger sa place et son fonctionnement, d'y réinsuffler du sens et du projet et de le replacer au sein des dispositifs de l'Association en permettant aux équipes de se sentir plus intégrées. Il s'agit enfin de veiller à construire une collaboration et une articulation entre l'ESAT et les autres services afin de favoriser les projets individualisés des travailleurs et de permettre au mieux leur mise en œuvre, notamment sur le volet employabilité.

2.3.3 La problématique de l'articulation opérationnelle des missions sur un territoire complexe

A) Le contexte interne

Les territoires d'intervention des SASTH et SAMSAH des Bouches-du-Rhône, sont très étendus. Une fiche présentée en annexe fait état de leur rayonnement géographique⁷⁶.

Ainsi les services d'Arles couvrent les zones de Châteaurenard, Salon de Provence et Arles. Ceux d'Aix-en-Provence couvrent les zones d'Aix-en-Provence, Martigues, Istres et Aubagne pour le SASTH. Enfin, les services de Marseille couvrent les zones de Marseille et Aubagne pour le SAMSAH. Pour le secteur d'Arles, il s'agit a fortiori d'un secteur essentiellement rural, très étendu sur le plan géographique. Les déplacements des bénéficiaires pour se rendre sur les lieux d'intervention, pourtant nombreux, sont rendus difficiles par le manque de développement de réseau de transport en commun et l'irrégularité des horaires liés aux périodes scolaires. Dans l'accompagnement proposé aux bénéficiaires, les permanences sont assurées à tour de rôle par les différents

⁷⁶ Cf annexe 2

membres des équipes. Le manque de bureaux mis à disposition entraîne un espacement des rendez-vous qui peut altérer la qualité de l'accompagnement rendu aux bénéficiaires. La mise en place des permanences induit d'autres difficultés notamment pour les professionnels des services travaillant à temps partiel, principalement les infirmiers et les médecins sur les SAMSAH. D'une part, les jours de permanences accordés ne correspondent pas toujours aux jours de présence sur le service. D'autre part, leur faible temps de présence sur les agences principales rend difficile la transmission d'informations sur le suivi des dossiers avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Par rapport à l'étendue géographique des zones, la mise en place d'ateliers collectifs pourtant fort opérants reste compliquée, et met à mal la qualité du service rendu. En effet la localisation des services principaux et leur distance avec les lieux d'habitation des personnes suivies rendent compliqué la possibilité de proposer un même service à tous.

Pourtant beaucoup reste encore à faire en dépit de la couverture territoriale que nous avons mise en place. En effet certaines localités et zones du département restent sans réponse (Fos-sur-Mer, Port-Saint-Louis-du-Rhône) en raison de leur éloignement géographique. De plus le caractère récent de la reconnaissance du handicap psychique fait que nombre de structures sont encore à inventer et à proposer pour ce public. Le risque est grand de voir les professionnels se démotiver face aux nombreux déplacements générés par les suivis, face aux difficultés liées au lourd travail de reporting administratif qu'engendre une telle organisation si morcelée, face à l'impossibilité de proposer la même prestation d'accompagnement en fonction du lieu d'habitation, face aux files actives dont le volume est très important, nous le verrons ci-après, et face enfin à la difficulté à échanger autour de ces questions avec un cadre qui n'est pas souvent présent.

Les difficultés sont également liées à **l'articulation complexe entre réponses aux besoins des personnes et volume d'activité**. Il est très important, lorsque la prescription de suivi d'une personne est délivrée⁷⁷ aux SASTH, que celle-ci puisse être rencontrée dans un délai très court et que la mise en œuvre d'un projet personnalisé, pour elle, soit effective dans la continuité de l'entretien. Cette exigence du cahier des charges est parfois difficilement réalisable en raison de nombreux facteurs. Les services SASTH ont chaque année des files actives de plus en plus importantes, certains services notamment celui de Marseille, ont mis en place des listes d'attente. De plus les équipes SASTH sont des équipes réduites. Ainsi l'équipe de Marseille est constituée d'un seul binôme, faute de moyens alloués suffisants, ce qui est problématique pour une ville de cette importance. Il n'est donc pas toujours possible de fixer un rendez vous dans un délai

proche de l'entretien d'accueil, le délai peut varier de 3 semaines à deux mois, ce qui est en dehors des exigences du cahier des charges, dont les objectifs ne correspondent pas à la réalité de travail des équipes. De même sur le SAMSAH des listes d'attente ont du être mises en place, particulièrement pour les services de Marseille et d'Arles, dont la permanence de Salon de Provence atteint le double de suivis que celle du site principal d'Arles. Par ailleurs s'agissant du SAMSAH, les problématiques des personnes accueillies sont relativement lourdes. Au regard de la taille des équipes et encore une fois de la file active⁷⁸, il est difficile d'assurer un suivi soutenu des personnes orientées. Or elles se présentent avec des difficultés relevant de l'insertion sociale, du traitement de problèmes administratifs, il faut souvent gérer d'abord de l'urgence sociale plutôt qu'une demande de travail. Cela dilue fortement le travail des équipes qui ne pourront de toutes façons pas mobiliser les bénéficiaires sur le versant de l'emploi, ordinaire ou protégé en lien avec un ESAT, si le reste n'a pas été solutionné en amont. Les équipes visent à rendre le meilleur service possible à la personne afin de l'aider à être mieux, et vivre mieux. Il leur faut donc, pour paraphraser Boris Cyrulnik, « tricoter » des modalités d'accompagnement entre « non demande » parfois et « besoins repérés » souvent.

Par ailleurs, même si les personnels de l'Association sont diplômés et ont une solide formation initiale, je pense cependant que, s'agissant des personnels non spécialistes de la question des troubles psychiques⁷⁹, ils sont malgré tout encore insuffisamment formés à la question de la maladie mentale et de ses retentissements. Ceci est particulièrement vérifiable s'agissant de l'équipe de l'ESAT, probablement pour les raisons de non rattachement à l'Association que nous avons développées. Cela n'est pas sans conséquence dans l'accompagnement des publics. Enfin, si l'esprit de la loi 2002-02 est compris et intégré, les outils ne sont pas tous toujours mis en place, notamment à l'ESAT. En effet, certains professionnels ne conçoivent pas leur utilisation avec un public en situation de handicap psychique, portant ainsi en interne le discours discriminant qui a cours dans la société et qui est si heurtant. Or les personnes en souffrance psychique peuvent être dans le déni de leur maladie ou sur un mode interprétatif. Cela rend le travail des équipes lié à l'élaboration du projet individuel (PI), par exemple, relativement difficile. Comment en effet traduire à l'écrit les difficultés de la personne sans trahir le secret médical et surtout sans la heurter ? Comment, d'autant plus pour certaines personnes dont les difficultés portent par exemple sur des troubles interprétatifs ou paranoïaques, éviter de figer les choses en les « *gravant dans le marbre* » de l'écrit institutionnel ? Cela

⁷⁷ Délivrée par Cap Emploi

⁷⁸ Le ratio d'accueil sur le SAMSAH 13 est de 1 place pour 4 personnes. Or selon le nouveau cahier des charges commandé et supervisé par le Conseil Général, communiqué aux services en novembre 2011, le ratio à rechercher est de 1 place pour 3 personnes.

⁷⁹ CESF, CIP, Délégué à l'Insertion, Secrétaire

pose en interne toute la question du principe même de la participation des usagers⁸⁰ prévu dans la loi, et de sa mise en œuvre délicate avec le public en situation de handicap psychique. Cela doit pour autant être mis en lien avec nos valeurs affirmées dans notre charte de l'accompagnement interne qui dispose que l'utilisateur « *est enfin un être en devenir toujours capable d'évolution* ». ⁸¹ Il convient bien évidemment de prendre cela en compte et en analyser les raisons. Cela peut résulter sans doute d'un défaut de formation des équipes aux écrits professionnels, mais probablement aussi d'une absence physique d'un cadre auprès d'elles, en charge de les questionner et de leur rappeler l'objet de leur intervention et le sens des missions.

D'autres difficultés sont liées à la mission d'accompagnement à l'employabilité. En effet, l'écueil des services SASTH et SAMSAH réside sur l'aspect « vérification » de l'employabilité. De plus les psychologues au sein de l'association sont exclusivement d'obédience clinique, voire analytique. Cela peut les amener à avoir quelques difficultés à se situer du côté du concret, de l'évaluation de la personne. Le changement de cahier des charges du SASTH début 2012, réduisant les durées d'accompagnement et mettant l'accent sur l'employabilité est venu semer le trouble au sein d'équipes installées pour certaines dans leurs pratiques depuis dix ans. Souvent les dispositifs de stage ou EMT (évaluation en milieu de travail) ne sont pas adaptés à notre public (professionnels non formés, durées trop longues, absence de prise en compte des retentissements de la maladie). Aussi nous manquons d'endroits de « test » des aptitudes professionnelles, qui seraient pourtant nécessaires pour confirmer ou infirmer un projet professionnel. Il faudrait développer de courtes immersions (1 journée) en entreprise, destinées à échanger sur les pratiques professionnelles avec un salarié exerçant le métier auquel se destine la personne, des sessions brèves de formation/information sur le métier envisagé, des stages en entreprise destinés à confirmer l'aptitude de la personne dans le cadre du projet professionnel envisagé, de la mobilisation des outils de droit commun disponibles dans le cadre de la recherche d'emploi. Il faudrait également développer le partenariat en interne avec l'ESAT afin d'utiliser ce lieu comme un endroit de test (notamment sur des aspects de respect des horaires, de consignes, de capacité à travailler en équipe et avec une hiérarchie).

⁸⁰ Cette question est au cœur de mes préoccupations. Ainsi en juin 2011, j'ai organisé avec un stagiaire en formation CAFERUIS, accueilli au sein du SAMSAH de Marseille, un séminaire pour les équipes des services des BDR, sur le thème de la participation des usagers. J'y avais convié notre vice présidente. Ce moment nous a permis de vérifier ce que j'évoque ci-dessus, d'en débattre avec les équipes via le sujet des outils liés à la participation des usagers, et d'en tirer des enseignements pour les améliorations à apporter.

⁸¹ Charte de l'accompagnement, document interne ISATIS, article 1

B) Le contexte externe

L'étendue du territoire entraîne la multiplicité des partenaires intervenant autour de la personne, ce qui demanderait à l'équipe de développer sans cesse les contacts afin de pouvoir travailler en réseau, dans l'intérêt des personnes. Le réseau d'acteurs, social, médico-social, professionnel et sanitaire, est identifié mais reste à mobiliser autour de partenariats actifs et opérants. Dans la phase d'ouverture des services, nous avons privilégié les liens avec la psychiatrie afin que les secteurs identifient clairement le service et les collaborations possibles. Aussi, les rencontres avec les professionnels autres sont restées isolées et en lien à des situations concrètes d'accompagnement et aucune convention de partenariat n'a été signée. La stratégie de développement et de soutien du travail en réseau et de partenariat n'a pas été définie avec les équipes. La diversité des territoires d'intervention qui sont à prendre en considération induit des modalités d'intervention à penser en résonance avec l'inscription territoriale des services.

Ainsi la couverture sanitaire sur le plan psychiatrique est assurée par des secteurs différents avec des modalités de prise en charge variées : Centre Hospitalier Montperrin (Aix-en-Provence), l'hôpital d'Arles, l'hôpital de Montfavet (Vaucluse) pour le secteur de Chateaufort, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille. Chaque secteur bénéficie de nombreux CMP, eux-mêmes parfois délocalisés. Le territoire compte 26 secteurs de psychiatrie générale, 11 secteurs infanto Juvéniles, rattachés à 6 établissements de santé, 646 psychiatres, et 398 psychiatres libéraux.

Une carte présentée en annexe montre le nombre d'établissements mais aussi leur concentration dans les villes principales, et le peu de structures existantes sur l'ouest du département⁸².

Les délais de traitement relativement longs des dossiers par la MDPH (environ 4 mois au minimum pour qu'une décision soit rendue), mais qui s'explique par le nombre de demandes reçues (ainsi la MDPH des BDR traite entre 8.000 et 10.000 demandes par mois), alourdissent le parcours de la personne et peuvent freiner son orientation vers un ESMS. Cela pose la question de la nécessaire évaluation globale des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH, notamment pour la question de l'employabilité. Ainsi le rapport annuel 2009 des MDPH⁸³ précise que « *la question de l'accès ou du maintien dans l'emploi et le champ du handicap d'origine psychique sont considérés comme les plus complexes par les équipes pluridisciplinaires, car ils nécessitent d'agir ensemble dans le cadre d'un réseau suffisamment réactif* ».

Le problème est identique pour l'accès à la PCH des personnes en situation de handicap psychique. Les incapacités qu'il entraîne sont parfois mal connues ou mal comprises par

⁸² Cf. annexe 7

⁸³ Rapport annuel MDPH 2009, établi par la CNSA

les membres des équipes pluridisciplinaires ou des CDAPH. « *A titre d'exemple, le fait qu'une personne tétraplégique, qui ne pourra pas sortir de son domicile, sollicite une PCH est aujourd'hui une évidence. Qu'en est-il pour une personne agoraphobe qui sera tout autant dans l'incapacité d'évoluer à l'extérieur de son domicile ?* »⁸⁴. En effet, rares sont à ce jour les dossiers de PCH accordés aux personnes en situation de handicap psychique dans les Bouches-du-Rhône (BDR). La directrice de la MDPH a d'ailleurs initié une démarche afin d'en analyser les causes. La coopération est ici au centre de la problématique. Il convient alors que les ESMS travaillent en étroite collaboration entre eux mais aussi avec la MDPH.

Ainsi, et dans cette dynamique, il est dans mes projets d'adhérer aux deux associations mentionnées plus haut, la COOPSOC et ANDICAT.

Conclusion de la deuxième partie

Aujourd'hui, l'Association ISATIS est reconnue et implantée dans les territoires. Elle a développé des dispositifs innovants et complémentaires pour accueillir les personnes en situation de souffrance psychique.

Nous pouvons dire qu'elle a été en construction et en développement rapide et constant depuis 1998. Ce qui a prévalu est la présence sur les territoires, l'assise de l'association, parfois au détriment d'un encadrement suffisant pour accompagner les développements et sécuriser les équipes, en raison de moyens financiers insuffisants jusqu'en 2005. Le diagnostic institutionnel nous permet de dire que le développement a précédé la mise en place d'une organisation structurée, via la présence entre autres de cadres intermédiaires auprès des équipes.

Pour autant, et particulièrement dans les BDR, les équipes ont malgré tout assuré présence et accompagnement auprès des bénéficiaires, en faisant preuve d'un grand engagement, d'une rigueur et d'une conscience professionnelle qui contribuent largement à ce jour à nous faire reconnaître comme un acteur fiable dans le secteur.

La création de la direction territoriale et l'appui de cadres intermédiaires sollicités depuis longtemps doivent marquer un temps d'arrêt positif de cette période, et doivent pouvoir s'envisager comme un plus au service des équipes, afin de maintenir leur engagement fort et militant pour les personnes dont elles ont la responsabilité.

Comment, à partir d'établissements et de services éclatés sur un territoire, et dans un contexte de réorganisation territoriale, créer une offre de service lisible et opérationnelle

⁸⁴ Rapport sur « *L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en Région Nord/Pas de Calais* » Pauline TURSI, janvier 2009, page 26

ainsi qu'une complémentarité des dispositifs au service de l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique ?

Comment, dans une organisation où l'encadrement n'est pas suffisamment assuré, créer du lien entre des dispositifs que les politiques publiques morcellent alors que la question du parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique est elle-même déjà très morcelée? Quels sont les enjeux de la fonction de direction qui sont traversés par ces questions ? Il s'agit autant du management d'équipe, que de l'adaptation des services à l'évolution des besoins des usagers et que la communication externe par exemple. Quel est alors mon rôle de directrice dans ce changement à opérer, comment puis-je aider à dépasser les éventuels clivages et que puis-je concrètement mettre en œuvre ?

3 Créer les conditions d'une coopération efficiente dans un contexte de réorganisation territoriale

« Les Hommes construisent trop de murs et pas assez de ponts »
Isaac NEWTON

Dans cette troisième partie, je mettrai en évidence la stratégie de direction choisie pour atteindre l'objectif d'accompagner au mieux les personnes en situation de handicap psychique vers une insertion professionnelle. Il s'agit pour moi d'avoir une vision globale et précise des objectifs poursuivis et des besoins à satisfaire, s'agissant des équipes, des partenaires et des personnes accompagnées. Mes axes d'organisation stratégiques s'appuient sur le changement interne organisationnel, la dynamique collective, la mobilisation des acteurs. Ils se déclinent en objectifs opérationnels et en un plan d'action qui s'organise autour de plusieurs aspects. Ce plan d'action veille à s'inscrire dans une cohérence au niveau associatif, au niveau des équipes et au niveau des partenaires, dans l'objectif d'enrichir les modalités de prise en charge des personnes. Cette action, bien que dans une vision à plus long terme, s'inscrira à court et moyen termes, sur une période qui permettra la mise en place des conditions d'un travail collectif identitaire et la mise en place effective des étapes nécessaires de ce pôle à construire. Mon positionnement managérial sera celui d'un management situationnel et participatif. Le management situationnel permet de considérer la situation présente ainsi que le degré de maturité des équipes. Il fixe des objectifs de travail collectif clairs à atteindre. Cela favorise la solidarité des membres de l'équipe. Il s'agit donc de naviguer tous ensemble sur un même bateau, charge à moi de donner le cap et aux équipes d'assurer la navigation en se coordonnant pour arriver à bon port.

3.1 Créer et animer le nouveau pôle territorial

Il faut pouvoir permettre à la direction territoriale de mettre en œuvre une pensée et une action collectives car toutes les actions des services des BDR gagneront dans cette dynamique transversale. En effet, ils interviennent auprès d'un même public, sont en lien avec des partenaires identiques dans le cadre des accompagnements qu'ils mènent, mais travaillent encore trop peu ensemble en interne. La nouvelle équipe de direction va permettre de mettre cela à l'œuvre.

3.1.1 Construire et renforcer la solidarité de l'équipe de direction

Il s'agit de fédérer et donner du sens à une véritable équipe de direction territoriale. Je vais la constituer effectivement à partir de septembre et je vais devoir définir des objectifs clairs et rapidement opérationnels pour les cadres. La création du pôle va permettre de mutualiser les forces et de mettre en place la stratégie globale. C'est à mon sens un moyen au service de l'action des établissements et services. L'organisation choisie par la direction générale pour le territoire des BDR s'apparente, dans une dimension moindre, à celle de la direction d'un pôle d'établissements et de services. Selon P.Lefèvre ⁸⁵, « *le pôle est un concept autant qu'une pratique de direction. Il favorise l'unité et la cohérence, la coopération et le décloisonnement, il permet de penser des innovations et il est un espace de régulation des fonctionnements et des dynamiques d'établissements et de services* ». Après avoir longtemps été seule à la direction des services des BDR, je suis en mesure de constater à quel point le virage que je suis sur le point de négocier est fondamental. Cette opportunité de réorganisation va me permettre de sortir d'un management solitaire, où j'ai occupé toutes les fonctions, et que P. Lefèvre qualifie de « *paternaliste ou familialiste* »⁸⁶. Les équipes attendent les chefs de service à venir et je me dois de penser la meilleure organisation possible afin de leur permettre de prendre place de façon légitime. Toujours selon P. Lefèvre, la constitution de l'équipe de direction va me permettre de « *concrétiser la mise en place d'un management participatif, et (d')assurer aux chefs de service les conditions de leur légitimité et de leur reconnaissance* »⁸⁷. Cela va impliquer pour moi d'être en capacité de déléguer de façon claire à mes collaborateurs.

⁸⁵ P.LEFEVRE, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico sociale*, DUNOD, 3eme édition, 2011, P.294

⁸⁶ Idem 77 P.293

⁸⁷ Idem 77 P.294

A) Les liens avec la Direction Générale et le Conseil d'Administration

Je présenterai à mon Directeur Général les axes stratégiques rendus incontournables par l'analyse de l'existant et la mise en évidence des difficultés organisationnelles actuelles. En effet, l'adhésion de la direction générale au projet est un préalable incontournable. Il s'agit pour moi à ce stade d'obtenir la validation des actions à mener, la vérification de la cohérence de la démarche, du respect du projet associatif et des valeurs partagées, mais aussi le conseil de ma direction générale s'agissant du chemin à emprunter. J'envisage à terme d'associer régulièrement le Directeur Général (réunion de rentrée, séminaire de travail annuel thématique) aux moments organisés en DT avec les équipes.

Si je ne suis pas sans savoir que les liens avec le CA sont les liens privilégiés d'un DG dans le système de gouvernance associative, je compte cependant m'appuyer sur la dynamique interne impulsée par notre Président, à savoir la recherche de rapprochement territorial des membres du CA avec les directions, dans un souci de plus grande proximité. J'ai la chance que la Vice-présidente de l'Association réside dans les BDR et plus particulièrement sur Marseille. Elle est donc la représentante du Conseil d'Administration dans le département, et la garante de la dimension associative des projets menés. Je réfléchirai à un moyen possible pour lui permettre d'être en lien avec les réalités de terrain des équipes et des bénéficiaires.

B) L'équipe de direction territoriale

Je ne souhaite pas limiter la constitution de l'équipe de direction au cadre hiérarchique. Y seront intégrés l'assistante de direction (cadre technique), et les comptables.

a) *L'assistante de direction*

Elle avait jusqu'à présent en charge, en lien avec la direction, l'aspect administratif et RH des services SASTH, SAMSAH et GEM des BDR. Je vais lui confier les mêmes responsabilités sur l'ESAT. Je réfléchirai également à la possibilité de lui adjoindre une aide (embauche d'un contrat aidé ou accueil d'une stagiaire sur un stage long) pour la durée de la mise en place au regard de la charge de travail supplémentaire. En effet, il me semble fondamental que de tels aspects puissent être gérés uniformément par une assistante unique, en lien avec la directrice unique. Cette mission est actuellement remplie sur l'ESAT par la secrétaire du site. Or il ne me semble pas souhaitable que des éléments ayant trait à la rémunération des équipes salariées par exemple soient gérés par une de leurs collègues. Cet aspect hautement sensible doit être confié à mon assistante, qui est cadre de direction, et qui assurera un traitement des données dans le

respect du secret professionnel et dans le respect des procédures en vigueur au sein de l'Association.⁸⁸

Concrètement, je prévois un temps de travail avec mon assistante sur le site de l'ESAT afin de pouvoir récupérer les dossiers du personnel et les transférer sur le site de la direction des Bouches-du-Rhône, à Aix-en-Provence. Ensuite je lui confierai la mission, en lien avec la secrétaire et la comptable du site, de faire également des copies des courriers officiels, budgets, arrêtés de tarification de l'ESAT afin d'avoir à disposition les documents indispensables à la direction territoriale. J'expliquerai ce choix et cette nécessité de centralisation via une note d'information à destination des différents sites, que je présenterai lors d'une réunion d'information dans chaque lieu. Enfin, dans le cadre de l'animation du pôle territorial, je lui confierai une mission de veille en lien avec les 4 secrétaires des établissements et services afin d'assurer une uniformisation des données (maquettes DT 13). Elle participera aux réunions de coordination territoriale que je compte mettre en place. Il faudra que j'accompagne au mieux cette transition et ce rajout de missions. L'arrivée des chefs de service devrait permettre un glissement vers eux de missions habituellement effectuées par mon assistante, faute de CDS jusqu'à présent, et la reprise de l'ESAT ne devrait pas au final être source d'une charge de travail supplémentaire pour elle, mais plutôt un recentrage sur ses missions d'assistante de direction.

b) Le service comptable BDR

Il n'existe pas à ce jour. Il s'agit d'impulser une dynamique de travail entre la comptable des services, basée à la DT, et la comptable de l'ESAT. En effet la comptable des services est en poste depuis 2009, elle venait du secteur privé marchand, mais a eu le temps de s'acculturer au secteur des ESMS. Elle a mis en place des tableaux de suivi des budgets et est formée aux procédures internes. Elle pourra dans un premier temps être un soutien pour la comptable de l'ESAT qui, même si elle est en poste depuis 2010, a souffert d'une absence de direction sur le site de l'ESAT et donc d'un défaut d'acculturation aux procédures en vigueur et aussi aux spécificités du secteur médico-social s'agissant de la comptabilité.

A terme, je programmerai des réunions régulières avec chacune des comptables afin de faire des points financiers, mais aussi au moment des budgets et des comptes administratifs, de tenir des réunions communes afin de travailler sur un rétro planning commun et des maquettes de tableaux de bord donnant les éléments nécessaires et

⁸⁸ S'agissant de la secrétaire en poste à l'ESAT, je compte lui confier la responsabilité, en lien avec le chef de service, du suivi de la présence des travailleurs handicapés sur l'ESAT et de la remontée des éléments variables de paie les concernant

utiles. Enfin, il conviendra également d'organiser et structurer la remontée des informations avec le siège social et la Responsable Comptable.

c) *Les cadres intermédiaires*

Leur place est particulière entre direction et équipes, je dois m'assurer de leur adhésion aux missions et aux projets.

Le chef de service de l'ESAT :

Suite au départ successif du directeur et du chef de service en poste, un chef de service a été recruté en urgence sur l'ESAT de Salon de Provence. Il a pris ses fonctions en janvier 2012, avec pour mission d'assurer un intérim sur la fonction de CDS. En effet, tout juste issu d'une formation CAFERUIS, il avait effectué un stage concluant au sein du SAMSAH de Marseille, mais son profil le prédisposait plus, pour un premier poste, à occuper une fonction de chef de service au sein d'un service plutôt que d'un établissement. Il a donc eu la tâche de reprendre les rennes d'un établissement dont les salariés venaient de vivre un épisode difficile, avec une nouvelle transition à gérer puisqu'il était prévu qu'il bascule sur le poste de chef de service des services quelques mois plus tard, une fois le recrutement d'un chef de service effectué pour l'ESAT. Il était donc là lui aussi, et à nouveau pour l'ESAT, en intérim. Après divers rebondissements et changements de cap, la date de son départ pour le poste de « CDS services » a été fixée au 1^{er} octobre. Cela a généré pour l'équipe de l'ESAT un sentiment d'abandon qui s'est transformé en positionnement défensif face à ce CDS, remettant en cause sa légitimité et sa façon de manager. C'est dans ce contexte que la personne qui va le remplacer va prendre ses fonctions en septembre prochain. Elle est au final « attendue » positivement par l'équipe qui aspire à de la stabilité et de la sécurité s'agissant de l'équipe d'encadrement. Il s'agira donc pour moi d'accompagner au mieux cette prise de poste.

Pour ce faire, je m'appuierai sur le processus d'intégration en vigueur au sein de l'Association : le jour de la prise de poste de tout nouveau salarié, nous lui remettons bien sûr les documents administratifs indispensables (contrat, fiche de poste, maquettes des différents documents relatifs à ses fonctions) mais aussi un livret d'accueil comprenant les statuts, la charte associative, le projet associatif, le règlement intérieur.

Un temps important est pris pour accompagner le nouveau salarié dans sa prise de connaissance de ces documents fondateurs. Je prévois bien sûr d'être présente à l'ESAT le jour de sa prise de poste, afin de l'accompagner et de le présenter aux salariés et aux travailleurs handicapés. Cela permettra de légitimer mon choix et d'asseoir sa position de cadre de direction.

Le chef de service des services :

Il s'agit du CDS actuellement en poste sur l'ESAT qui va prendre ses fonctions le 01 octobre 2012. Il va assurer l'encadrement direct des équipes des différents services. Il sera garant du projet institutionnel et des droits des usagers reçus dans les services. Il veillera à leur fonctionnement et sera garant de la qualité des prestations fournies. Il est fortement attendu dans l'animation des réunions de travail et sera habilité au développement partenarial du service, s'agissant des actions relevant des projets des bénéficiaires. Il va lui falloir inscrire son action dans l'opérationnalité immédiate tout en se projetant sur une vision à plus long terme. Il doit sécuriser les équipes. Et je dois mettre en œuvre les éléments permettant sa légitimation auprès d'équipes habituées à fonctionner en autonomie et avec la même directrice depuis quatre ans. Le fait qu'il ait effectué son stage de formation CAFERUIS au sein du service SAMSAH lui a permis de s'imprégner des valeurs associatives et de l'organisation des BDR. Je pense qu'il devra privilégier la mise en place de projet, cela permet de solidariser les équipes autour d'objectifs communs par service. La direction territoriale étant installée sur Aix-en-Provence, je compte installer son bureau à Marseille, de façon à garantir une présence de la direction sur les sites. Seul le site d'Arles restera sans cadre présent symboliquement. Il faudra que le CDS organise au mieux sa présence auprès de cette équipe. Je prévois d'organiser une réunion générale des différentes équipes pour sa prise de fonction.

Leur délégation

J'ai évoqué de façon générale cette question⁸⁹. Si une fiche de poste est remise à chaque nouveau salarié entrant, une attention particulière devra dans ce contexte être portée à la définition du « qui fait quoi ». En effet, particulièrement s'agissant du CDS services, qui va prendre en charge des missions et tâches préalablement assurées soit par moi-même, soit par l'assistante de direction, puisqu'il s'agit d'une création de poste, il convient de penser au mieux la future organisation du travail de chacun. Depuis le décret 2007- 221 du 19 février 2007, l'article CASF D312-176-5 précise que : « *lorsque la personne physique ou morale gestionnaire confie à un professionnel la direction d'un ou plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux, elle précise par écrit, dans un document unique, les compétences et les missions confiées par délégation à ce professionnel* ». Ce Document Unique de Délégation appelle donc des documents de subdélégation du directeur en direction de ses CDS. Il faudra donc que je m'appuie sur le service RH du siège afin de construire la subdélégation la plus pertinente possible, en

⁸⁹ Cf point 2.1.3

prenant appui également sur celles déjà rédigées pour les autres CDS en poste dans les autres DT.

3.1.2 Structurer les fonctions supports

Il sera nécessaire de mettre en place une coordination efficace entre les services administratifs de la DT et des services du siège, notamment s'agissant des fonctions transversales Ressources Humaines et comptabilité. Je solliciterai auprès du responsable RH et de la responsable administrative et financière du siège l'organisation de deux réunions destinées à mettre au même niveau d'information mon assistante et les deux comptables, ainsi qu'à transmettre les procédures en vigueur et les tableaux de bord utilisés.

3.1.3 Animer le pôle territorial

Il convient de penser l'animation à deux niveaux : l'animation de l'équipe de direction territoriale et l'animation des équipes des établissements et services de la direction.

A) L'animation de l'équipe de direction territoriale

Elle est fondamentale pour assurer la cohérence de la mise en œuvre des orientations associatives et de la politique des établissements et services, pour s'assurer régulièrement de l'adhésion des salariés aux missions et projets et d'un point de vue plus opérationnel pour piloter les actions.

a) La mise en place d'une RCT(Réunion de Coordination Territoriale)

Je vais mettre en place une réunion de coordination territoriale dont la fréquence sera mensuelle. Elle se tiendra à la direction territoriale et réunira l'assistante de direction, les deux CDS et les comptables(en fonction du thème abordé). J'envisage de tenir ces RCT une fois sur deux sur les établissements et services. Ainsi par roulement chacun des services accueillera à tour de rôle la réunion, afin de maintenir le lien avec les équipes.

Je prévois cette réunion pour une durée de 3 heures par mois. Les principales thématiques à partir desquelles se construira l'ordre du jour pourront être les suivantes : actualités associatives, retour sur les comités de direction (qui se tiennent environ toutes les 3 semaines au siège et auxquels participent les directeurs), actualités du territoire BDR, retour sur mes participations à différentes réunions en lien avec nos projets et nos missions, afin que les CDS puissent relayer les informations si nécessaire auprès de leurs équipes, tour de table service par service, présenté par les CDS, RH, aspects logistiques, point général sur les bénéficiaires (nombre, liste d'attente éventuelle, soucis rencontrés dans la prise en charge, rencontres partenaires), point avec l'aide de l'assistante de direction sur les dossiers en cours, validation et organisation du planning du mois à venir.

b) *La mise en place de réunions avec chaque chef de service*

Indépendamment de la RCT, il me paraît souhaitable d'avoir également des temps d'échange avec chaque CDS de façon à pouvoir aborder des problématiques plus particulières. Je propose d'instaurer ces réunions de façon hebdomadaire. Ces réunions se tiendront sur le lieu de travail des CDS (soit à l'ESAT et à Marseille).

B) *L'animation des équipes des établissements et services*

Elle incombera bien sûr aux cadres intermédiaires que sont les CDS. Ce point est fondamental car je l'ai évoqué à de nombreuses reprises, les enjeux sont forts. Même si le choix des modalités d'organisation restera celui de ces deux professionnels, j'ai cependant des attentes à cet endroit, l'objectif étant la cohérence de la mise en œuvre de la politique associative et de la dynamique territoriale au service de l'accompagnement des usagers.

Pour l'ESAT, il faudra maintenir la réunion d'équipe hebdomadaire mise en place par l'actuel CDS. Elle réunit le CDS, la secrétaire, les chefs d'équipe et la conseillère en insertion. Il s'agit d'y relayer les éléments abordés à l'occasion de la future RCT mais aussi et surtout de faire le point sur les situations personnelles des travailleurs handicapés. Elle contribue à la cohésion d'équipe entre le staff administratif et le staff au contact quotidien des usagers.

Pour les services, étant donné qu'en raison de mes responsabilités, je n'ai pu ces dernières années être aussi présente que nécessaire en réunion d'équipe SAMSAH SASTH sur les différents sites, ainsi qu'au GEM, l'endroit principal des missions du CDS va se situer là. Je souhaite qu'il organise son agenda de façon à être présent chaque semaine sur chacune des réunions de services. Libre à lui d'organiser un planning lui permettant d'éviter de trop grands déplacements dans une journée et d'être présent physiquement sur la base d'une journée entière minimum dans chaque ville, afin de réactiver une présence physique régulière auprès des équipes.

Les CDS auront ensuite la charge d'organiser au sein de leurs équipes les groupes de travail qu'ils estimeront utiles et pertinents, en confiant s'il y a lieu des responsabilités d'animation aux membres compétents. S'agissant des services, je demanderai également au CDS de me faire une proposition visant à favoriser le lien entre les différentes équipes SAMSAH et SASTH afin de permettre le travail en commun sur des thématiques transversales.

Cette nouvelle organisation une fois à l'œuvre devrait me permettre de dégager du temps pour les fonctions stratégiques et le développement de partenariat.

3.2 Redonner sa place à l'ESAT

Au regard de l'histoire de cet établissement récent, c'est un axe fort du projet d'action.

3.2.1 Promouvoir la notion d'appartenance

Après une ouverture délicate, l'ESAT a souffert de plusieurs coups d'arrêt. Il faut lui apporter un regard particulier dans cette réorganisation et le ré-affilier à l'association ISATIS. Cet établissement a vécu en parallèle de l'Association pendant près de quatre années, faute d'avoir une stabilité de la direction en place. Son éloignement géographique a contribué à le maintenir dans un isolat problématique, situation que le rattachement à la direction territoriale 13 devrait permettre de faire cesser. Ce processus va nécessiter plusieurs étapes de natures diverses.

A) Former les équipes à une culture associative commune

Je prendrai le temps de vérifier selon quel processus les salariés ont été intégrés au sein de l'Association. Ont-ils tous bien reçu le livret d'accueil ?⁹⁰ Ont-ils été accompagnés dans sa lecture et dans la prise en compte des éléments le constituant ? Qu'est ce qui fait sens pour eux dans le fait de travailler pour ISATIS ? Une fois ce point fait et en fonction du degré d'information des équipes, je programmerai une réunion destinée à étudier avec les équipes les documents fondamentaux tels que le projet associatif et la charte d'accompagnement, ou encore bien sur le projet de service de l'ESAT. Je ne confierai pas l'animation de cette réunion au CDS, qui sera bien sûr présent, car je considère que la question générale du cadre d'intervention au sein d'un système associatif relève de ma responsabilité dans la transmission aux équipes. Je proposerai à ma Vice-présidente d'être présente à l'occasion de cette réunion ayant pour objectif de sensibiliser les salariés à la culture ISATIS. Je projette de la maintenir sous forme d'une réunion annuelle. Je trouverai judicieux en outre d'envisager de créer un « livret d'accueil DT 13 ». Pour ce faire, je prévois de mettre en place une commission de travail animée par les CDS, chargée de réfléchir au contenu et à la forme de ce livret, ainsi qu'aux modalités de sa diffusion.

B) Impulser des rencontres avec les autres équipes BDR

Il me semble pertinent que, pour parfaire l'intégration de l'équipe de l'ESAT au sein de la DT 13, des temps d'échange puissent être imaginés avec les autres équipes de la direction. Il pourra s'agir aussi bien d'un moment plus convivial tel un repas organisé à l'échelle des BDR, en prenant soin de ne pas empiéter sur le temps de la production. Mais il pourra s'agir également de temps plus formels à construire autour des projets. J'attends là l'expertise des CDS ainsi que leurs propositions.

⁹⁰ Sur ce point consulter le mémoire point 3.1.1

C) S'approprier les procédures associatives

Ensuite, il me semble nécessaire de faire le point sur les procédures internes à l'Association dont les équipes ont connaissance ou non. Elles ont souffert d'un manque de structure pendant fort longtemps, et le cadre formel d'une procédure peut jouer un rôle d'affiliation en ce sens que chacun est soumis à la même règle. De plus, dans un souci de cohérence territoriale, il est primordial que les équipes appliquent les mêmes procédures. Il me faudra donc vérifier en lien avec le CDS le niveau d'information des équipes. Existe-t-il un classeur regroupant procédures et notes de services en vigueur ? Quel est le mode de transmission de ces informations auprès des équipes ? J'entends ici par exemple les procédures relatives aux frais de déplacement, à l'utilisation des véhicules, les procédures comptables en vigueur. Si tel n'est pas le cas, je veillerai à l'occasion d'une réunion sur le site à remettre les documents manquants et à accompagner cela d'une explication auprès des salariés. Pour qu'une procédure soit respectée, il convient qu'elle ait été explicitée, que le sens et l'importance soient perçus par les équipes. Il ne peut s'agir, surtout dans un contexte de réorganisation, de se contenter de diffuser des informations par mail par exemple. J'exclus les procédures relatives à l'accompagnement des bénéficiaires dont la transmission relève de la mission du chef de service. Pour ces dernières, je dois veiller à ce qu'il les comprenne de façon à être en mesure de les expliquer, et je m'assurerai qu'il les transmette à l'occasion de mes réunions individuelles avec lui par exemple.

3.2.2 Structurer l'équipe en interne en lien avec le projet

Différents domaines sont à consolider et différentes actions à mener : des actions de structuration et la formation de l'équipe, les actions en direction des travailleurs.

A) L'élargissement des compétences, la consolidation de l'équipe

a) *Le poste de psychologue*

Le dossier CROSMS initial de l'ESAT a été déposé sans prévoir de temps de psychologue pour l'établissement. Cela a vite semblé être peu judicieux. Une psychologue intervenant sur le SAMSAH de Marseille a d'ailleurs été mise à disposition et est venue en renfort sur l'établissement au moment des premières admissions, puis en tant que soutien auprès de l'équipe. Le projet d'établissement a été remanié et prévoit un accompagnement social et psychologique au titre des activités de soutien. « *Ce suivi permet à la fois un accompagnement des ouvriers qui en ont besoin (ponctuellement ou de manière durable) et à la fois un éclairage spécifique sur les difficultés et les potentialités des personnes concernées avec globalement deux types d'intervention* ». ⁹¹

⁹¹ Projet d'établissement des Ateliers du Merle

Il me semble judicieux d'apporter une expertise des troubles psychiques au sein de l'équipe en recrutant un professionnel (psychologue). Il pourrait agir sur deux axes :

-des entretiens individuels pour les travailleurs handicapés, afin de les soutenir dans le projet de travail,

-un soutien auprès de l'équipe d'encadrants destiné à leur permettre d'avoir des réponses plus techniques face à des incompréhensions au regard de certains agissements des travailleurs. J'ai étudié la possibilité de pérenniser le poste de psychologue clinicien à hauteur de 0,10 ETP. Cette proposition a été validée par mon Directeur Général. Je vais donc proposer ce poste en interne à la psychologue du SAMSAH de Marseille (sur lequel elle émarge à 0,90 ETP) et qui est déjà intervenue à l'ESAT. Elle a une excellente connaissance de nos actions et de nos missions. Elle participe avec moi au groupe de travail ESAT⁹². Elle est volontaire pour augmenter son temps de travail dans un autre établissement du département.

b) Le service formation placement

Le projet d'établissement qui a pour vocation primordiale à terme, l'intégration de travailleurs handicapés dans le monde du travail ordinaire, prévoit la mise en place d'un service formation placement :

L'objectif de ce service, sur le volet formation, au travers d'actions de perfectionnement et de qualification, vise une double finalité. Il s'agit, d'une part, d'offrir aux travailleurs handicapés susceptibles d'une intégration en entreprise, les meilleures chances de réussite ; et d'autre part, par la découverte d'autres techniques, de permettre à tout travailleur l'épanouissement auquel il a droit. Sur le volet placement, le service est un outil incontournable du dispositif visant à la promotion des ouvriers. Il a pour objectif la mise en rapport du travailleur handicapé avec le tissu économique environnant et il concrétise le principe fondamental d'insertion, à travers la sortie définitive de l'ESAT pour toute personne qui le peut. Il n'a à ce jour pas réellement été mis en place. En effet, c'est la conseillère en insertion qui anime ce service. Elle a aussi en charge la question des projets individualisés en lien avec les travailleurs de façon à préparer au mieux les axes à développer. Le recrutement initial n'a pas été optimal, le service n'a pas trouvé sa vitesse de croisière. La conseillère en insertion actuellement en poste a pris ses fonctions en février 2012 dans le contexte de réorganisation de l'ESAT. Elle a été trop peu accompagnée sur la prise de poste, et sur la prise en compte du volet démarchage commercial en vue du placement. Elle a consacré une grande partie de son temps de travail à compléter les dossiers des travailleurs. Elle a également mis à profit cette période pour connaître le potentiel des travailleurs handicapés de l'ESAT, préalable

⁹² Consulter dans ce mémoire le point 2.2.2 C)

indispensable pour pouvoir aller démarcher en vue du placement. Je vais donc maintenant lui fixer des objectifs en termes de nombre de contacts-entreprises et de visites. Il conviendra de trouver l'articulation ad hoc avec la nouvelle CDS afin que la CI puisse se concentrer sur ses missions, être accompagnée si besoin, et aller sur l'extérieur forte de sa connaissance des travailleurs de l'ESAT et de leurs potentialités.

B) La formation des équipes

La politique de formation s'organise en lien avec le siège de l'association. La direction générale élabore et diffuse une note d'orientation qui précise les besoins au niveau associatif, après avoir été abordés avec les directeurs en comité de direction.

Il faut prendre en compte dans la mise en œuvre de la GPEC et des projets relatifs aux Ressources Humaines la spécificité liée au public accueilli.

Je peux m'appuyer sur le service interne de formation, le SACES. Il a entre autres pour mission de proposer une journée de formation interne dite « nouveaux entrants ». Il s'agit, en une journée de formation, de donner des éléments de l'histoire d'ISATIS, des éléments de compréhension des grandes lois du secteur, ainsi qu'un éclairage sur la question des troubles psychiques. L'équipe de l'ESAT n'ayant pas suivi cette journée, je vais donc la programmer en lien avec le SACES, sur le site de l'ESAT avant la fin de l'année 2012.

De plus, il me faudra mesurer les compétences, acquises ou à acquérir, des salariés afin de construire le plan de formation 2013 en prenant en compte les formations à programmer dans l'intérêt de l'établissement et des bénéficiaires. Pour ce faire, je consulterai les cadres et je m'appuierai sur les instances représentatives du personnel compétentes. Il me semble d'ores et déjà possible de dire qu'une formation sur les écrits professionnels sera à planifier.

Il me faudra réfléchir à la formation des chefs d'équipe si nécessaire. Il convient en effet qu'ils soient tous formés au métier pour lequel ils ont été embauchés. Il me faudra également réfléchir en termes de marchés potentiels et choisir des formations complémentaires de façon à faire acquérir au chef d'équipe le bagage professionnel nous garantissant l'obtention de nouveaux marchés. Je pense par exemple à la question du nettoyage écologique des véhicules qui prend une ampleur importante chez des clients soucieux de l'environnement. Il peut y avoir un marché à développer dans le secteur de Salon et aux alentours de l'ESAT qui, s'il est fort excentré, est par ailleurs tout proche d'une zone industrielle et donc de nombreux parcs de véhicules de société.

Il faudra par ailleurs, assurer le départ en formation de la secrétaire. En raison de la situation de l'ESAT, elle n'a pas bénéficié comme ses collègues de la possibilité d'aller suivre la formation de secrétaire médico-sociale. Or il serait intéressant de lui permettre d'acquérir des compétences complémentaires en lien avec la mission médico-sociale de l'établissement.

Enfin, il faudra mettre en place une analyse de la pratique appelée « supervision », comme cela est le cas dans les autres services. Elle est animée par un intervenant extérieur pour l'équipe. Elle est incitée par la direction générale depuis de nombreuses années. Ces temps permettent aux professionnels de se questionner sur leur pratique et de comprendre les liens particuliers qui se construisent avec une personne souffrant de troubles psychiques. Il s'agit pour eux d'apprendre à s'en distancier pour pouvoir effectuer leur travail au plus près des besoins de la personne mais dans un positionnement juste, avec le recul nécessaire. Je soutiens fortement la mise en place de ces actions. La fréquence est d'environ deux heures toutes les huit semaines. Pour en estimer le coût je me baserai sur les tarifs du superviseur intervenant par exemple à Aix-en-Provence, 300€ la séance, hors frais de déplacement.

C) Les actions en direction des travailleurs

a) *Mettre en œuvre les activités de soutien*

Il faut développer et mettre en place les activités de soutien sur l'ESAT. Ces activités rentrent dans le temps de travail. Le soutien professionnel couvre le champ des apprentissages dans le cadre de l'activité ESAT, encadré par les chefs d'équipe qui dispensent leur savoir-faire, le soutien « loisirs » est lui aussi inclus dans le temps de travail. Les documents établis dans le cadre de la création de l'établissement (livret d'accueil, contrat de soutien et d'aide par le travail, règlement de fonctionnement), doivent être davantage partagés par le personnel pour être compris ensuite par les usagers. J'organiserai pour cela des réunions spécifiques en lien avec les moniteurs d'ateliers et la rencontre de chaque ouvrier.

Dans toutes les unités socio-économiques, les évaluations seront à conduire, avec les moniteurs concernés et les ouvriers, afin d'élaborer les projets personnalisés des travailleurs handicapés. De même, sera à engager la démarche globale d'évaluation interne avec la mise en œuvre du référentiel propre à l'établissement, en conséquence, la réalisation et le suivi des plans d'action engagés. J'envisage pour cela de prendre attache auprès d'un consultant externe qui aura pour mission de nous aider à conduire l'évaluation interne et préparer l'évaluation externe.

A noter : Suite aux contacts partenariaux que j'ai repris dans le département courant 2012, l'ESAT a pu participer le 28 juin à la journée sportive organisée par la COOPSOC. Les travailleurs étaient satisfaits de ce temps passé en dehors de leur cadre classique de travail, dans un moment de compétitivité bon enfant et de convivialité certaine.

b) *Le transport*

Il faudra rechercher et trouver des solutions pour permettre une meilleure autonomie aux problèmes de transport des ouvriers (permis de conduire, politique sociale de prêt, délocalisation d'unités socio-économiques...). Pour cela, je me renseignerai auprès d'autres associations et établissements.

c) *L'hébergement*

L'ESAT, nous l'avons vu, est excentré par rapport au centre ville de Salon de Provence, et se situe dans une zone rurale. Nombre de travailleurs résident relativement loin, ce qui implique de la fatigue supplémentaire pour se rendre sur leur poste de travail, même si nous avons mis en place un système de ramassage. Certains d'entre eux résident en famille sur Salon et souhaiteraient pouvoir dé-cohabiter. Au regard de la difficulté de financement du foyer d'hébergement autorisé par le Conseil général mais non budgété, et dont il semble raisonnable de penser qu'il ne verra pas le jour, il faut trouver des possibilités d'hébergement autres. C'est une des questions que je souhaite voir aborder en Conseil de Territoire BDR. Il a donc été décidé à l'occasion de la dernière réunion de cette instance, en juillet, de privilégier une approche partenariale pour tenter de résoudre cette question. Il convient de partir d'un vrai besoin identifié et repéré sur le territoire pour construire des synergies entre les différents partenaires et proposer les réponses adaptées. Ainsi il s'agit de repartir du projet de Foyer d'Hébergement de l'ESAT en le modifiant de façon à le rendre moins lourd notamment sur les frais fixes relevant du Groupe III, et proposer une solution d'hébergement alternative partenariale (Maison relais, résidence accueil, foyer éclaté), mixant les publics, dans une dynamique de travail en réseau et de maillage territorial. Les axes de mise en œuvre opérationnels de cette réflexion sont dans l'immédiat les suivants : un rapprochement de la direction générale d'ISATIS des bailleurs sociaux avec lesquels l'Association est en lien pour sonder les possibilités de mise à disposition d'appartements, un rapprochement du directeur de l'Espace Santé Jeunes, qui est membre du Conseil de Territoire et de moi-même avec les directeurs du FJT (Foyer de Jeunes Travailleurs) et de la Mission Locale de Salon de Provence.

d) *Faire vivre le Conseil de la Vie Sociale*

Il a été mis en place à la toute fin de l'année 2011, bien que la création de l'établissement nécessite la mise en place d'un Conseil de la Vie Sociale. Cette mise en œuvre n'avait pas été conduite par la précédente direction et a été pilotée par le directeur par intérim. La prochaine réunion du CVS est prévue en septembre 2012.

3.2.3 Mettre à l'équilibre et dynamiser le secteur économique

A) Stabiliser la capacité d'accueil :

La capacité d'accueil de l'ESAT est fixée à 36 places (21 places accordées en 2008 et attribution de 15 places supplémentaires à compter du 1^{er} décembre 2009). Début 2012, l'effectif de 36 travailleurs handicapés n'avait toujours pas été atteint. Il s'élevait en effet à un total de 21 travailleurs. Il faut donc atteindre et consolider l'effectif agréé de 36 places afin que l'équipement joue pleinement son rôle sur le territoire. Cela se fera à partir d'informations collectives prévues sur le deuxième semestre 2012 en juin, septembre et novembre et de contacts à relancer auprès de la MDPH, du CAP EMPLOI, des SASTH 13. Au moment où j'écris ces pages, 36 travailleurs ont intégré l'ESAT, ce qui démontre que le lien avec la MDPH notamment a permis de construire des dossiers d'orientation.

B) Mettre en œuvre et développer les activités économiques

Les activités économiques sont envisagées autour de diverses unités socio-économiques. Une activité espaces verts (deux équipes existantes, une troisième à consolider avec des marchés), une activité de bâtiment (une équipe à consolider avec des marchés) et des mises à disposition de travailleurs handicapés à mettre en œuvre au sein d'entreprises ou du tissu économique de droit commun. En effet, à ce jour, concernant l'activité espaces verts, un marché annuel a été signé avec un Syndic de propriété à CLESUD, Zone Industrielle proche, qui consiste à l'entretien des abords de différents bâtiments, qui correspond à une prestation moyenne d'1,5 jour par semaine pour une équipe. Les autres activités d'espaces verts sont réalisées au moyen de petits contrats qui sont à revoir. Elles sont aussi réalisées via diverses prestations saisonnières sur la propriété du Merle. Ces prestations doivent être revues et renégociées afin de les intégrer clairement dans leurs réalités économiques. Il faut rendre ici sa pertinence au choix du lieu d'implantation initial de l'ESAT. Le projet de départ prévoyait que les équipes de l'ESAT interviendraient sur le domaine dans le cadre de prestations d'entretiens de locaux mais aussi et surtout qu'elles pourraient utiliser une partie des terres du domaine pour de la formation des travailleurs, combinant ainsi entretien du site et apprentissage.

Seul l'aspect entretien de locaux a pour l'instant été mis en place. Et s'agissant de ces prestations elles ne sont pas génératrices de produits mais compensent notre utilisation des locaux, ce qui est à revoir à terme.

Concernant l'activité bâtiment (peinture, petite maintenance), une équipe peut être constituée, de même qu'il est possible d'envisager la création d'une autre équipe d'entretien de locaux (collectivités locales, bailleurs sociaux...). Des démarches sont à conduire pour la création de ces activités.

Concernant l'activité MAD (Mises A Disposition), conformément à la nature du projet de l'établissement, il convient d'envisager le placement en entreprise, cette année, d'au moins un ou deux travailleurs handicapés. Des recherches et des négociations sont également à mener pour cette réalisation.

Le travail de prestation et de sous-traitance nécessite de rechercher, de développer les marchés des différentes unités socio-économiques. Il s'agira ensuite de les ancrer dans des perspectives pérennes, sur des corps de métier porteurs d'emploi (pour les femmes et pour les hommes), afin de permettre à moyen terme pour les ouvriers (période de 3 à 5 ans), des embauches dans le droit commun et ainsi concrétiser tout le sens du projet de l'établissement fondé sur la transition. C'est-à-dire un établissement qui est aussi un lieu de passage où l'on apprend un métier, des compétences et des aptitudes, en un mot, des savoir-être et des savoir-faire et qui dans l'absolu, n'est qu'un lieu de passage vers un ailleurs professionnel.

C) Délocaliser des unités

L'organisation actuelle essentiellement centrée sur le volet agricole, la situation géographique de l'ESAT posant des problèmes de mobilité, et la situation économique actuelle font que sans réactivité, l'établissement risque rapidement de se retrouver en grande difficulté. En conséquence et afin de pouvoir répondre à la problématique posée de l'adéquation de l'effectif, des besoins globaux sur le département des Bouches-du-Rhône, du sens du projet, l'idéal serait de pouvoir délocaliser une partie de l'effectif de l'ESAT sur Aix-en-Provence, Arles, voire Marseille, avec la création de petites équipes autonomes, sur des activités économiques diversifiées, étant entendu que le « siège » de l'ESAT demeurerait sur le site du domaine du Merle qui est le cœur du projet. C'était en projet dans le dossier initial de création de l'ESAT, je vais le mettre en œuvre.

Cette disposition d'un ESAT de transition doublé d'une forme d'ESAT « hors murs » présenterait l'avantage de répondre à des besoins territoriaux, de faciliter la recherche de marchés adaptés et de pouvoir bénéficier de l'appui des équipes techniques des SAMSAH et des SASTH du département pour cohérence générale et de ne pas générer de charges fixes de fonctionnement et ainsi contribuer à des économies d'échelle importantes. Par ailleurs, et toujours dans les espaces verts, il conviendra de répondre à des appels d'offre susceptibles de nous concerner afin de pouvoir mettre en place, dès cette année, l'intégration d'une équipe de l'ESAT au sein, par exemple, de services techniques de communes (travaux de voirie, entretien d'espaces ou de chemins communaux...), ou au sein d'entreprises ordinaires sous forme de sous-traitance.

D) Adhérer à la COOPSOC

Cette association fédère un grand nombre d'ESAT du département. Elle a une mission de lobbying, dans l'acception positive du terme, auprès des entreprises du secteur. Elle

récolte des offres de marchés qu'elle met en ligne sur son site internet, charge ensuite aux ESAT de se positionner et de proposer un devis. Les candidats sont retenus selon différents critères mais rentrent notamment en ligne de compte la situation financière de l'ESAT et le nombre de marchés précédemment obtenus. Par ailleurs, l'association a une mission de conseil et d'expertise auprès des ESAT pour le développement économique. J'ai proposé le principe de l'adhésion à mon Directeur Général qui l'a accepté, je vais donc y procéder rapidement. Et je vais solliciter la chargée de relations entreprises de la COOPSOC pour une mission d'évaluation du secteur économique salonnais ainsi qu'une aide à la construction d'une stratégie et au développement de contacts commerciaux.

3.3 Organiser la coopération et la communication à l'échelle du territoire

*« La pierre n'a point d'espoir d'être autre chose que pierre.
Mais de collaborer, elle s'assemble et devient temple ».*
Antoine de Saint-Exupéry⁹³

Pour développer et mettre en œuvre les actions présentées dans cette partie, je m'appuierai sur mon expérience actuelle de directrice.

3.3.1 A l'interne

Selon P. Lefèvre, « *de l'équipe au travail en équipe, un pas est à franchir qui conjugue pratique de l'engagement et responsabilisation des acteurs* »⁹⁴.

A) La coopération

Il est nécessaire de trouver une articulation des services et établissements entre eux, faire travailler les équipes ensemble dans une volonté de cohésion, d'efficacité et de partage de savoirs et de compétences, au service d'une meilleure qualité d'accompagnement pour les personnes. De ma place de directrice, je souhaite promouvoir le travail en réseau en interne. Notre mission consiste à accompagner les personnes dans leur projet de vie, et donc à les aider à prendre leur place de citoyen. Cela peut nécessiter de passer par des étapes. Il s'agit donc pour les professionnels de coopérer avec le bénéficiaire évidemment mais également entre eux. Pour permettre cela il faudra pouvoir engager les actions suivantes :

⁹³ De Saint Exupéry A., (2000), Citadelle, livre posthume datant de 1948, Gallimard, p. 211-212

⁹⁴ Sous la direction de P.LEFEVRE, Guide management stratégique des organisations sociales et médico-sociale, DUNOD, 2006, page 224

a) *Faire l'inventaire de l'inscription partenariale sur le territoire*

Les besoins des personnes les amènent à être suivies par des professionnels différents, il est nécessaire de clarifier ce qui nous différencie et ce qui est complémentaire dans nos structures. Il faudra définir qui fait quoi, quels sont les moyens d'action des uns et des autres, dans quel cadre et quelle organisation. Mais aussi identifier les partenariats actuels, formalisés ou non. Cette mission pourra être confiée aux CDS.

b) *Susciter et formaliser le lien entre le SAMSAH et l'ESAT*

J'envisage le SAMSAH situé sur Arles, et tenant une permanence sur Salon de Provence, comme un partenaire interne de l'ESAT des Ateliers du Merle.

Il suit quelques personnes travaillant à l'ESAT mais pourrait être bien plus et bien mieux sollicité. Les actions de l'équipe pluridisciplinaire pourraient compléter celles de l'équipe de l'ESAT et se coordonner.

Les modalités de la collaboration pourraient prévoir :

- L'accompagnement par les services SAMSAH et SASTH des travailleurs handicapés de l'ESAT, quand cela s'avère nécessaire et à partir d'une notification de la CDAPH.
- L'accompagnement à la sortie de l'ESAT des travailleurs handicapés vers le milieu ordinaire et les Entreprises Adaptées ;
- L'accompagnement de personnes suivies par les services SASTH ou SAMSAH et ayant la qualité de travailleur handicapé vers l'ESAT
- La visite de l'établissement (découverte du milieu du travail protégé pour des personnes réorientées vers le milieu protégé par la CDAPH).
- L'utilisation possible de l'ESAT comme terrain de stage/évaluation (EMT), pour une durée de 15 jours minimum
- L'information et la sensibilisation des équipes de l'ESAT sur les services SASTH et SAMSAH et sur la problématique du handicap psychique
- Une réunion trimestrielle à l'ESAT afin de faire le point sur les accompagnements en cours.

c) *Construire une passerelle entre le SASTH et l'ESAT*

Afin d'aller au-delà de la convention de partenariat évoquée ci-dessus, il serait profitable de pouvoir penser un dispositif passerelle entre le SASTH et l'ESAT. Le SASTH, s'il accompagne des personnes relevant a priori du milieu ordinaire, se trouve en difficulté faute d'outils adaptés, nous l'avons évoqué, quand il s'agit de permettre aux personnes de se « tester » au regard de l'emploi. Il s'agit dans ce cas aussi bien de vérifier leur potentialités au regard d'un poste que de vérifier leur employabilité dans le milieu ordinaire. L'ESAT permet de se confronter au rythme de travail, redonne confiance en ses

capacités. C'est un outil de base pour remettre le pied à l'étrier et en ce sens un outil adapté pour le public du SASTH. Avec le support des différents partenariats déjà évoqués, j'étudierai les possibilités de mettre en place ce type de passerelle, en prenant appui avec les travaux du groupe ESAT d'Interparcours Handicap 13 ou en me tournant vers ANDICAT par exemple.

d) *Favoriser les rencontres en équipes*

Je proposerai des animations tournantes de réunions d'équipe, des délocalisations de celles-ci. Ainsi chaque équipe pourrait prévoir de tenir sa réunion dans les locaux d'un autre service que le sien. Même si cela demande une logistique particulière, j'ai constaté sur le site de la DT, qui parce qu'il est central, accueille souvent les réunions DP/CE, que les salariés qui ont assez peu l'occasion de se voir sont enchantés de pouvoir échanger un moment sur leurs pratiques, au moment du café ou du repas pris en commun. Je proposerai également aux CDS d'organiser avec leurs équipes des visites plus formelles des différents services du département, voire également du territoire de l'Association, afin d'échanger sur des aspects liés à la prise en charge du public que nous accueillons.

Enfin, à l'instar du séminaire organisé en juin 2011 pour les équipes des services des BDR, sur la participation des usagers, je souhaite réitérer ce type de démarche régulièrement pour créer et renforcer cette appartenance institutionnelle et permettre par là même une mise en réflexion autour de thèmes forts, et déterminer des pistes de travail à investir pour les mois suivants. Ce sont toujours des journées riches en idées, débats, projets. De plus, la journée avait été introduite par notre Vice-présidente, ce qui avait eu un impact majeur sur les équipes.

B) La communication

La communication serait « *l'huile dans les rouages* » selon D. GACOIN⁹⁵. Elle va participer à la réussite du projet de création de la direction territoriale. Elle s'organise souvent de façon descendante, de la direction vers les équipes. Mais elle peut aussi s'envisager autrement, dans un processus de construction d'une dynamique plus équilibrée et participative. Ainsi, elle peut être transversale et ascendante. Elle peut être formelle (réunions, communications officielles) et informelles (temps de repas et pause autour d'un café). Il me faut construire des circuits et outils de diffusion de l'information à l'échelle de la DT 13, et qui soient pertinents, souples et facilitateurs pour les équipes. Il faut qu'ils concernent l'équipe de direction, les services entre eux et les services les uns avec les autres.

⁹⁵ GACOIN D. *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales* ; Paris :Dunod, 2002. (p190).

a) *L'informatique*

C'est aujourd'hui un outil incontournable dans la transmission des informations. Je souhaite que dans la mesure du possible chaque salarié soit équipé d'un ordinateur ou ait accès facilement à un poste informatique et à une connexion internet. En effet, notamment parce que nombre de salariés sont à temps partiel, ce qui complique la transmission de l'information, il est donc important de pouvoir leur permettre d'avoir accès à l'information de façon facilitée sur leur temps de présence professionnel. J'ai mené une politique d'investissement importante pour les services des BDR et je veille, en lien avec le service comptable, au renouvellement régulier du matériel.

Je ferai un état des lieux des ordinateurs disponibles, de leur état de vétusté, et des immobilisations en cours au sein de l'ESAT. Si nécessaire, je programmerai au Budget Prévisionnel 2013 de l'établissement, l'achat ou le renouvellement de postes.

De plus la direction générale a souhaité engager l'Association dans le déploiement d'une solution de gestion informatisée du dossier de l'utilisateur. Après une expérimentation pilotée par ma collègue Directrice Territoriale «Alpes-Maritimes Littoral », un logiciel a été retenu. Il permet de centraliser l'information, et remplace le dossier papier souvent inaccessible, dans le territoire dont j'ai la responsabilité, aux salariés qui se rendent sur les lieux de permanence ou en visite à domicile. Il ne remplace évidemment pas la communication orale et les temps de réunions d'équipe formalisés. Il a été installé dans les services SAMSAH et SASTH. Il faudra donc que je prévois en 2013 son installation à l'ESAT. Le coût d'installation de cette solution est attractif puisque elle fonctionne avec une connexion internet et non une installation filaire. L'achat de la solution pour l'ESAT représentera 3103€ en 2013, et sera suivie d'un abonnement annuel, comprenant la maintenance à hauteur de 957€. Un des autres avantages de la solution est le fait qu'elle propose un agenda partagé en ligne. Ainsi chaque professionnel d'un même service a accès à l'agenda de son collègue en direct. En ce qui me concerne, ainsi que pour les CDS sur leurs services respectifs, j'ai accès aux agendas de tous mes collaborateurs. Cela me permet donc de programmer une rencontre en direct et de l'inscrire sur l'agenda informatique de chaque salarié.

b) *La bibliothèque collaborative*

Il s'agit de proposer un centre de ressources support pour les salariés des Bouches du Rhône. J'ai pour projet de l'installer dans les locaux de la DT à Aix en Provence, qui disposent d'une salle de réunions spacieuse et lumineuse. Je suis souvent sollicitée par les salariés pour l'achat de tel ou tel ouvrage en lien avec leurs pratiques professionnelles. Aussi, plutôt que d'acheter les ouvrages en 5 exemplaires (Arles , Aix-en-Provence, Marseille, Le GEM et l'ESAT), je compte rassembler sur le site d'Aix-en-Provence les ouvrages achetés au fur et à mesure des années, les rapports édités et tout

autre type de documentation et y constituer une bibliothèque. Un listing sera constitué et mis à jour par la secrétaire du site. Je l'enverrai à chaque salarié afin qu'il puisse connaître les ouvrages disponibles. Puis ils pourront soit les emprunter, soit venir les consulter sur place, en en profitant pour organiser un temps de rencontre et d'échanges avec leurs collègues.

c) *La circulation des documents internes*

Il faudra améliorer la circulation des documents institutionnels internes, notes de services, notes d'information, compte-rendus des réunions des délégués du personnel et du Comité d'Entreprise, mais aussi maquettes de projet individualisé, de bilan d'accompagnement, des outils de la loi 2002-02, documents législatifs en lien avec l'activité, extraits de revues. Cette tâche sera confiée à l'assistante de direction et soumise à ma validation pour la diffusion.

d) *Les courriers électroniques*

Chaque salarié de ma direction est doté d'une adresse de courrier électronique professionnelle. Je dois vérifier qu'il en est de même pour les salariés de l'ESAT, et à défaut, leur faire créer une adresse. L'utilisation du courriel favorise les échanges. Elle les simplifie et les rend plus rapides. Cela me permet aussi de communiquer la même information en temps réel à tous les salariés, ou à des groupes de salariés selon la nature de l'information. Cela renforce également une communication faite à l'oral ou affichée.

3.3.2 A l'externe

Je dois pouvoir impulser une meilleure organisation d'une politique de travail en réseau dynamique et cohérente, qui permette la prolongation dans la cité de ce qui est engagé au sein des établissements et services, et en lien avec les partenaires identifiés avec les équipes. Mon rôle de directrice doit m'amener à coopérer et à travailler en réseau, et à construire des partenariats avec différents acteurs.

A) *La coopération*

a) *Avec le secteur sanitaire*

En premier lieu et s'agissant de l'ESAT, il nous faut renforcer les liens avec le secteur sanitaire. Un projet d'insertion professionnelle pour des personnes en situation de handicap psychique tient beaucoup à la continuité des soins et du traitement médicamenteux. En accord avec l'autorité de contrôle et de tarification, il n'y a pas de section médicale et paramédicale au sein de l'établissement. De ce fait, les travailleurs handicapés prennent seuls leur prescription. L'ESAT ne fait appel à un médecin que pour

des situations d'urgence. La construction d'un partenariat de qualité, opérant et réactif avec le secteur sanitaire est donc primordiale. Nous devons pouvoir solliciter l'hôpital et le CMP pour une personne qui nous inquiète fortement au sein de l'établissement et qui semble avoir besoin de soins, soit pour un rendez vous en urgence, soit pour une hospitalisation si nécessaire. De même et à l'inverse, nous devons pouvoir être en mesure d'éclairer quand c'est nécessaire les équipes médicales sur la situation d'un travailleur afin de leur permettre d'adapter au mieux le traitement et les soins prescrits.

La même dynamique devra être recherchée pour les services SAMSAH et SASTH. Il faudra favoriser des rencontres régulières avec le sanitaire autour de bénéficiaires communs pour permettre aux personnes suivies d'avoir accès aux soins de façon adaptée et rechercher ensemble les meilleures solutions d'accompagnement. Mais il faudra aussi formaliser ces liens existant déjà avec certains Centre Médico-Psychologiques.

b) Avec les associations de terrain

Il faut consolider l'inscription de l'ESAT dans le tissu médico-social et social. Bien que l'établissement ait ouvert à la fin de l'année 2008, il est encore assez peu repéré par les partenaires. Je formaliserai l'adhésion au Parcours Handicap Etang de Berre, qui fédère les associations du territoire sur lequel est implanté l'ESAT. Je partagerai ma présence aux réunions avec le CDS. La validation de la Direction Générale ayant été obtenue, je formaliserai l'adhésion de l'Association à ANDICAT.⁹⁶

Il s'agira par exemple également de développer des passerelles entre SAMSAH d'un même territoire, accompagnant des publics différents, dans le cadre d'un accueil séquentiel. Cela dans l'objectif, en fonction des besoins identifiés par les équipes, de passer le relais, pour un temps donné, à un autre SAMSAH (par exemple avec le SAMSAH pour Traumatisés Crâniens et Cérébraux Lésés), pour le traitement d'un point spécifique d'accompagnement ou pour une participation à un temps collectif non développé à ISATIS. En effet, tous les SAMSAH n'ont pas choisi d'intégrer les mêmes catégories de personnel dans leurs équipes. Tous ont des publics différents mais ces publics peuvent avoir des caractéristiques proches. Une mutualisation des moyens autour de situations spécifiques de certains bénéficiaires pourrait permettre une meilleure prise en charge des personnes, sans rupture dans l'accompagnement avec le service principal. Car la complexité des accompagnements impose des interventions spécifiques, donc spécialisées. L'approche territoriale favorise en cela une prise en charge adaptée aux catégories de public auxquelles elle s'adresse. Cela permettrait de maintenir un accueil spécifique par type de handicap, et ainsi de garantir les spécificités nécessaires dans les

⁹⁶ Sur ce point se reporter dans ce mémoire au point 2.2.2 C)

processus d'accompagnement. Cela nous permettra également de trouver des solutions d'accueil pour des personnes orientées vers Isatis mais présentant un double handicap psychique et physique (à ce jour nos locaux ne sont pas adaptés pour l'accueil de personnes à mobilité réduite, même si nous avons évidemment comme objectif de pallier à ce problème avant 2015). Pour cela les équipes du SAMSAH Isatis iront à la rencontre de celles du SAMSAH TC-CL. En parallèle, je mènerai une réflexion sur les passerelles et mutualisations possibles avec la directrice de ce service.

Je proposerai de réfléchir au sein du mouvement Parcours Handicap 13, à la thématique de travail du transport des bénéficiaires, qui fait écho à notre problématique de Salon de Provence. Mon rôle peut être ici d'impulser et d'initier une démarche inter associative autour de cette question du transport, qui concerne les différents services accompagnant des publics en situation de handicap différents.

Par ailleurs, la directrice de la MDPH a souhaité lancer une initiative pilote sur le secteur d'Arles autour des situations complexes, c'est-à-dire qui ne semblent pas trouver de solutions immédiates dans les dispositifs existants. Je pense participer activement à la nouvelle instance du Comité technique, en charge de piloter cette action, dont un des objectifs est de tenter de traiter en concertation ces situations, sur le modèle d'instance de coordination territorialisée tels les CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination pour les personnes âgées).

L'élaboration éventuelle de conventions avec les partenaires privilégiés pourra permettre de fixer les objectifs à atteindre, les procédures de concertation et les moyens mobilisés, tout en précisant les limites de chacun.

c) *Avec la MDPH*

Il est primordial de travailler en lien étroit avec la structure et les équipes en charge de proposer les orientations vers nos établissements et services, la Maison départementale des Personnes Handicapées (MDPH). C'est une structure à envisager autant comme décisionnaire que comme partenaire intervenant dans un réseau dans la construction du parcours de la personne. Les équipes pluridisciplinaires des MDPH ont à évaluer les situations de handicap et les conditions de vie à domicile des personnes handicapées psychiques. Or ce handicap est encore mal connu, et les décisions proposées parfois en inadéquation avec la réalité de vie des personnes. L'Inspection Générale des affaires Sociales (IGAS) vient d'ailleurs de rendre un rapport sur le bilan des MDPH qui en sa recommandation n°15 place les formations en matière de handicap psychique de personnels comme priorité absolue.⁹⁷ J'ai été sollicitée par certains professionnels de la

⁹⁷ BRANCHU, THIERRY, BESSON, *Bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH, IGAS, Novembre 2010*

MDPH afin de savoir si nous proposons des formations de sensibilisation à la question des troubles psychiques. Si cela rentre dans le cadre de nos missions, cela ne pourrait se faire dans ce contexte que sur une sollicitation de la part de la direction de la MDPH, à laquelle nous serions honorés de réfléchir pour la mise en place de telles formations.

A l'occasion de ma présence en CDAPH, et dans les liens réguliers que j'ai avec les membres des équipes de la MDPH, j'ai pu constater que certaines personnes n'avaient pas connaissance de l'existence de cet ESAT dédié aux troubles psychiques sur Salon de Provence. Il nous faut renforcer la communication relative à l'établissement. Le choix d'une direction unique prend ici tout son sens, puisque je pourrai à l'avenir dans le cadre des réunions auxquelles j'assiste évoquer l'établissement et son fonctionnement « de l'intérieur ».

B) La communication

Il est important de faire connaître nos actions mais surtout de promouvoir une parole non disqualifiante s'agissant du handicap psychique. Cela participe à la fois du fait de fédérer les professionnels d'ISATIS autour de notre identité associative, et cela permet également de faire connaître leurs compétences. La communication et la sensibilisation aux troubles psychiques font partie de nos orientations associatives. Notre projet associatif « *prévoit d'initier et de favoriser les débats, réflexions et partenariats avec les autres acteurs de la lutte contre l'exclusion* ». ⁹⁸ Ainsi les équipes qui sont formées et compétentes pourront être sollicitées pour la mise en œuvre d'actions éventuellement co-portées par ces services et l'ESAT en direction des employeurs potentiels du milieu ordinaire.

Il s'agirait là de les sensibiliser aux troubles psychiques et à leur retentissement sur les rythmes et les comportements au travail. Tout en ayant un discours positif et inclusif, puisque nous avons su démontrer qu'avec un accompagnement adapté, le public pouvait accéder et se maintenir en emploi. Il me semble important que les équipes puissent organiser divers événements afin de faire connaître leurs actions. Il peut s'agir de journées portes ouvertes dans les établissements et services. Y seraient invités les professionnels avec lesquels nous travaillons à l'extérieur, les partenaires plus institutionnels également. Ce type de journée permet d'impliquer les usagers dans la construction du déroulé de la journée, et dans son animation même. Cela permet aussi d'associer leur famille en les invitant à participer et être présente.

Conclusion de la troisième partie

C'est donc par la mobilisation de tous les acteurs et la création de conditions favorables à la coopération que j'ambitionne de trouver des réponses à la mission d'accompagnement

⁹⁸ Article II du projet associatif

vers et dans l'emploi des établissements et services des Bouches-du-Rhône. Les réponses concrètes seront trouvées dans la réorganisation de la direction, dans la dynamisation de la communication, dans le partage ou l'acquisition de compétences.

Il s'agira de s'appuyer sur la politique associative, d'ouvrir les établissements du territoire sur l'environnement externe grâce aux actions concrètes qui ont pu être décrites. L'ensemble de ces actions se construira sur un plan d'action pluriannuel de trente six mois, selon une validation qui est actuellement à l'arbitrage au niveau de la Direction Générale.

Conclusion

La réorganisation interne va permettre de continuer à donner du sens à l'action des équipes, tout en réinterrogeant les pratiques d'intervention. Elle induira une redynamisation et permettra de se situer dans des objectifs de cohérence, de pertinence et d'efficacité, tout en générant un meilleur service rendu aux personnes accueillies.

Le renforcement du partenariat interne et externe, dans un environnement complexe, est un des moyens pour assurer un accompagnement global en mobilisant toutes les ressources d'un territoire. Cette démarche projet se construira en prenant appui sur un socle de valeurs communes, dans l'intérêt des usagers.

Je serai, dans les semaines à venir en veille et en attente des recommandations de l'ANESM (Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux) portant sur les ESAT. De plus, une fois la réorganisation territoriale réalisée, il me faudra mettre en place une évaluation des pratiques sur le modèle des préconisations de l'ANESM.

Je mesure qu'un projet ne peut se mettre en œuvre que grâce à des équipes investies et mobilisées autour d'un engagement commun, fédérateur, celui d'œuvrer pour une meilleure insertion dans la cité des personnes en situation de handicap psychique s'agissant de l'Association ISATIS.

Je serai particulièrement attentive au fait d'organiser et recueillir la parole des personnes que nous accueillons. Il sera alors possible d'entendre leurs perceptions relativement à la question de leur employabilité et de mieux percevoir leurs souhaits en matière d'accompagnement. S'agissant de l'amélioration de la performance et de la qualité des dispositifs au service de leur épanouissement personnel au travers du travail, nul doute qu'elles ont à en dire elles aussi.

Nous l'avons vu, la reconnaissance du handicap psychique est récente. La place de ces personnes dans la société n'est pas une évidence car la pathologie mentale fait peur. Or le travail est un formidable vecteur de lien social. Une enquête récente montre que les personnes fragilisées s'investissent fortement dans le travail et en attendent une forme de valorisation. Selon cette enquête, le sens du travail se trouve pour elles dans « *le lien aux autres, le collectif, la bonne ambiance, la bonne entente avec les collègues* »⁹⁹. Au-delà de la question du salaire, les personnes interrogées évoquent le fait de se « *dégager du sentiment d'inutilité ou de la non valeur* » grâce au travail.

⁹⁹ ASH 13 juillet 2012, enquête menée par la Croix Rouge française et présentée le 16 mai 2012 lors du colloque «Le sens du travail, accompagner les personnes vulnérables vers et dans l'emploi », p.23

A l'issue de ce travail, je suis convaincue que la mission d'un directeur d'établissement social et médico-social se situe aujourd'hui à cet endroit : œuvrer chaque jour de sa place pour aider les membres de la société à s'ouvrir à la différence, à l'accepter et ne plus la craindre ; croire qu'il est possible que des personnes différentes aient accès à une place reconnue, à un travail et/ou une activité qui les valorisent si tel est leur souhait.

Pour cela, il nous faut être à l'écoute de leurs attentes, promouvoir des dispositifs innovants, souples et adaptables et surtout des formes diversifiées d'emploi afin que, dans cette palette d'offre, la personne puisse trouver et choisir ce qui lui convient le mieux.

Il s'agit donc pour un directeur d'incarner dans son action, et auprès des équipes, les valeurs de l'Association pour laquelle il travaille, ainsi que de vivre et d'envisager l'enjeu majeur de sa fonction comme un engagement porteur d'éthique, de déontologie professionnelle et d'engagement en faveur des personnes accueillies dans les services dont il a la responsabilité.

« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences »

Françoise Dolto

Bibliographie

OUVRAGES

JAEGER M., 2006, *L'articulation du sanitaire et du social* ; 2^{ème} édition, Paris : Editions Dunod, 166 p.

MULLER S., 2011, *Comprendre le handicap psychique*, Champ social éditions, 202 p.

LOCHEN V., 2010, *Comprendre les politiques d'action sociale*, Dunod, 458 p.

AIT-ALI B., LESIEUR G., 2008, *Guide pratique pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques*, Octares Editions, 209 p.

LEFEVRE P., 2011, *Guide du métier de directeur en action sociale et médico-sociale*, 3e édition, Paris : Dunod, 495p

Sous la direction de LEFEVRE P., 2006, *Guide management stratégique des organisations sociales et médico-sociale*, Dunod, 564 p.

DHUME F., 2011, *Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales*, éditions ASH

DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N., MASCLET G., 2003, *Travailler en réseau, Méthodes et pratiques en intervention sociale*, Ed. Dunod

GOFFMAN E., 1977(1ère éd.1963), *Stigmates, Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Ed. de Minuit

MINTZBERG H., 1973, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Ed° EYROLLES, 283 p.

LOUBAT J-R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 381 p.

ZRIBI G., SARFATY J., 2008, *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*, 2^e édition, Rennes : EHESP, 128 p.

CASTEL R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale*, Fayard, 496 p.

PAUGAM S., 2009, *La disqualification sociale*, PUF

Sous la direction de PAUGAM S., 1996, *L'exclusion : l'état des savoirs*, Edition La Découverte

Sous la direction de KARTZ S ; CASTEL R., AUTES M., ROCHE R., SASSIER M., 2004, *L'exclusion : définir pour en finir*, Dunod

LOIS, DECRETS, CIRCULAIRES, PLANS

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal Officiel, n° 6603 du 30 juin 1975, 6596.

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal Officiel, n° 6603 du 30 juin 1975, 6604.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n° 2 du 3 janvier 2002, page 124.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel, n° 36 du 12 février 2005, page 2 353.

Loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés.

Loi n°91-663 du 13 juillet 1991 portant diverses mesures destinées à favoriser l'accessibilité aux personnes handicapées des locaux d'habitation, des lieux de travail et des installations recevant du public

Loi n°7743 du 30 juin 1838 sur les aliénés

Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeurs des hôpitaux psychiatriques anciens.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé mentale

CIRCULAIRE N°DGAS/3B/2008/259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies

Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques

Décret d'application 2005-725

Circulaire interministérielle DGAS/DGEFP/1C/SD3/ MEPH n° 2005-433 du 23 septembre 2005 relative aux modalités de mise en œuvre de l'article L. 821-2 du code de la sécurité sociale relatif à l'allocation aux adultes handicapés

Décret n°2011-974 du 16 août 2011 relatif à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) subissant une Restriction Substantielle et Durable pour l'Accès à l'Emploi (RSDAE) et à certaines modalités d'attribution de cette allocation

Articles D.312-162 et D.312-166 du CASF

PRSP 2005-2009, Eléments de contexte et premières propositions. 2005 et SROS Psychiatrie et Santé mentale. 2006.

Schéma départemental du Conseil Général des Bouches du Rhône – Direction Générale Adjointe de la Solidarité – Direction des Personnes Agées et des Personnes Handicapées. Version à la date du mardi 4 novembre 2003.

RAPPORTS, ETUDES

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – *Rapport CHARZAT : Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proche* - 2002.

Le livre blanc des partenaires de santé mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité – juin 2001.

Ministère de la Santé - *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* – 4 février 2005

CLAVERANNE J-P. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle. Avis du Conseil Economique et Social régional Rhône-Alpes*, rapport n° 2005-03, janv. 2005

AMARA F., JOURDAIN-MENNIGER D., MESCLON-RAVAUD M., LECOCQ G., *La prise en charge du handicap psychique*, IGAS, août 2011

Rapport remis à DARCOS X. et MORANO N., *L'emploi : un droit à faire vivre pour tous ; évaluer la situation des personnes handicapées au regard de l'emploi, prévenir la désinsertion professionnelle*, décembre 2009

Guide régional Nord - Pas de Calais de l'insertion professionnelle des personnes handicapées • Juin 2006

Bilan de la conférence nationale du handicap du 8 juin 2011, *La politique de l'emploi des travailleurs handicapés au centre des préoccupations du gouvernement pour favoriser leur inclusion sociale*

Rapport annuel MDPH 2009, établi par la CNSA

TURSI P. *Rapport sur L'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique : dispositifs et acteurs en Région Nord/Pas de Calais* , janvier 2009

BRANCHU, THIERRY, BESSON, *Bilan du fonctionnement et du rôle des MDPH*, IGAS, Novembre 2010

REVUE

« *Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement* », article de Cécile Prieur, paru dans Le Monde du 29 mars 2011.

ESCAIG B., *Le handicap psychique, un handicap caché, un handicap de tous les malentendus*, p.90 in *Handicap psychique et vie quotidienne*, Revue française des Affaires Sociales, 2009.

MILAN S., *Le handicap psychique, d'une loi à l'autre*, in *Revue Française des Affaires Sociales*, 2009, p. 23.

SITE INTERNET

« Les personnes souffrant d'un handicap psychique : Allocation aux adultes handicapés et emploi », *Revue française des affaires sociales* 1/2009 (n° 1-2), p. 95-98.
URL : www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2009-1-page-95.htm.

Site internet du CHU Charcot, Caudan, Bretagne

Site internet <http://www.psy13.com/organisation-2>

DIVERS

AZUR UNAFAM AM, 1995, Statuts de l'association.

ISATIS, 2002, Statuts de l'Association

ISATIS, 2002, Projet associatif

ISATIS, Charte de l'Association

ISATIS, 2004, Rapport d'activité pôle social.

ISATIS, 2007, Bilan annuel des SASTH.

Liste des annexes

I

Annexe 1 - Carte Association ISATIS Régions Provence Alpes Cote d'Azur & Corses	III
Annexe 2 - Carte Association ISATIS Département des Bouches-du-Rhône	V
Annexe 3 - Tableau de l'organisation structurelle de l'association ISATIS dans les Bouches-du-Rhône.....	VII
Annexe 4 - L'arbre des causes de l'exclusion	IX
Annexe 5 - Extrait des projets de service SATH, SAMSAH, GEM.....	XI
Annexe 6 - Les groupes de travail avec les associations partenaires.....	XV
Annexe 7 : cartographie des établissements hospitaliers de psychiatrie dans les Bouches-du-Rhône.....	XVII

Annexe 1 - Carte Association ISATIS Régions Provence Alpes Côte d'Azur & Corses

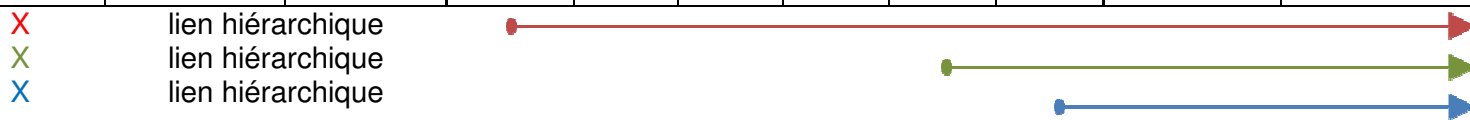


Annexe 2 - Carte Association ISATIS Département des Bouches-du-Rhône

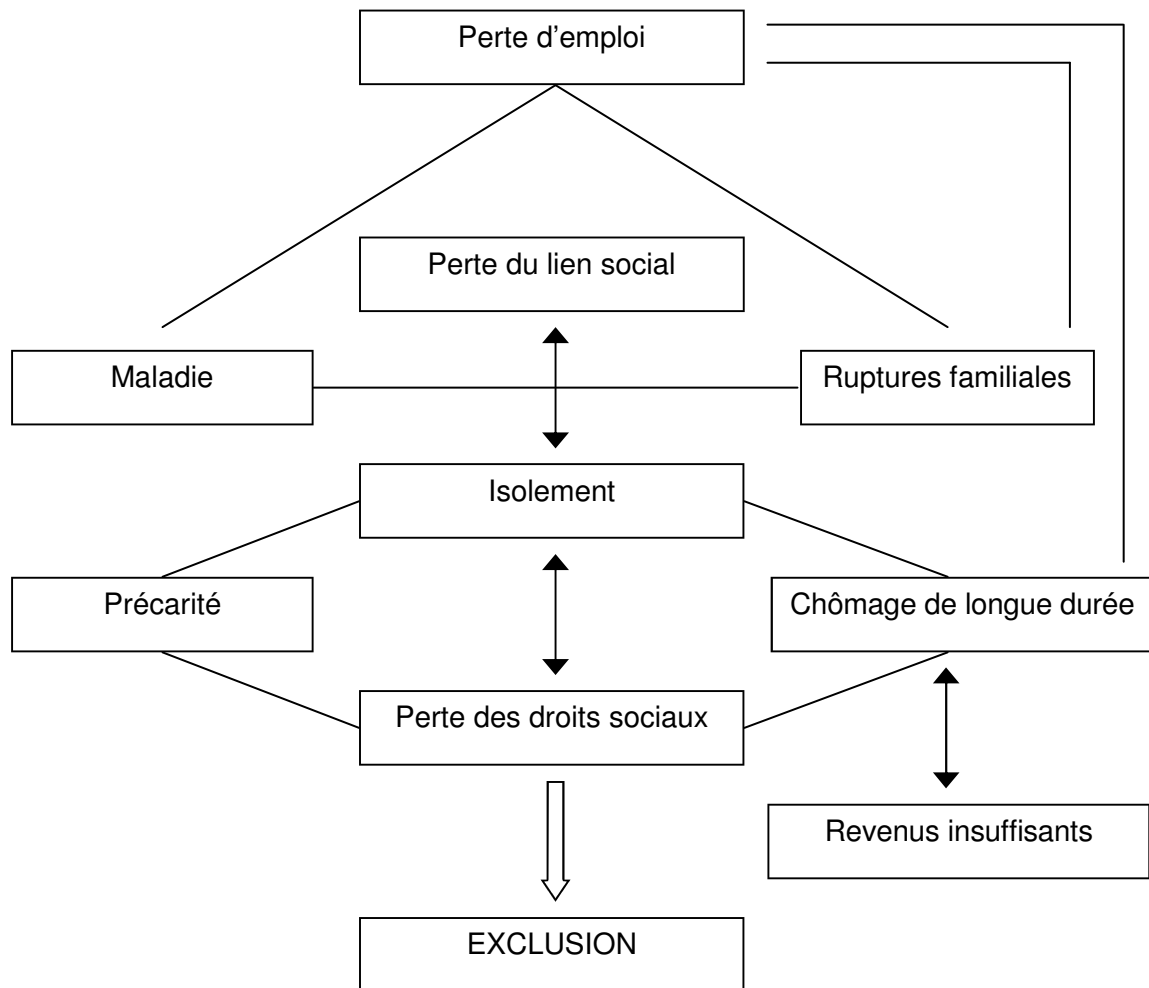


Annexe 3 - Tableau de l'organisation structurelle de l'association ISATIS dans les Bouches-du-Rhône

LOCALISATION DES SERVICES	LIEUX DE PERMANENCES	SERVICES	directrice	assistante de dir.	comptable 1	comptable 2	chef de service 1	chef de service 2	personnel administratif	équipe pluridisciplinaire	ETP	usagers	
SALON DE PROVENCE	-	ESAT LES ATELIERS DU MERLE	X	X	X		X		1 secrétaire	1 déléguée à l'insertion, 1 psychologue, 5 Chefs d'équipe	7,20	36 travailleurs handicapés	
ARLES	SALON DE PROVENCE CHÂTEAU-RENNARD	GEM	X	X		X		X	-	2 animatrices	2,00	36 adhérents	TOTAL : 160 personnes
		SASTH	X	X		X		X	1 secrétaire pour le SASTH et le SAMSAH	1 CIP et 1 psychologue	2,00	80 personnes en file active	
		SAMSAH	X	X		X		X		1 CIP, 1 CESF, 1 infirmière, 1 médecin, 1 psychologue	3,50	44 personnes en file active	
MARSEILLE	AUBAGNE	SASTH	X	X		X		X	1 secrétaire pour le SASTH et le SAMSAH	1 CIP et 1 psychologue	2,00	80 personnes en file active	TOTAL : 156 personnes
		SAMSAH	X	X		X		X		1 CIP, 1 CESF, 1 infirmière, 1 médecin, 2 psychologues	4,20	76 personnes en file active	
AIX EN PROVENCE	AUBAGNE ISTRES MARTIGUES MARIGNANE	SASTH	X	X		X		X	1 secrétaire pour le SASTH et le SAMSAH	1 CIP et 1 psychologue	2,00	80 personnes en file active	TOTAL : 124 personnes
		SAMSAH	X	X		X		X		1 CIP, 1 CESF, 1 infirmière, 1 médecin, 1 psychologue	3,50	44 personnes en file active	



Annexe 4 - L'arbre des causes de l'exclusion



Source : Selon J. Bremond (Dictionnaire économique et sociale) Edition Belin 2002

Annexe 5 - Extrait des projets de service SASTH, SAMSAH, GEM

Le SASTH

Les objectifs principaux du SASTH sont de deux ordres :

- L'insertion professionnelle
- L'accompagnement social et la resocialisation pour lever les freins à l'emploi

Cette insertion professionnelle peut revêtir plusieurs formes : contrats à durée indéterminée, à durée déterminée, contrats aidés, temps partiels...

Il importe avant tout que le SASTH puisse « ouvrir » de nouvelles voies professionnelles à des personnes qui sont en recherche de solutions ou qui sont « déconnectées » du monde du travail depuis trop longtemps et ainsi leur permettre d'envisager un nouveau projet de vie.

La réponse apportée par ce service est globale en ce qu'elle apporte des solutions à chaque étape de l'évolution de la personne vers l'emploi.

Les personnes porteuses d'un handicap psychique ont de telles difficultés à nouer des relations avec autrui, des relations de confiance et à se « rassembler » elles-mêmes, que le travail des SASTH doit, à cet endroit, consister en la construction d'un « fil rouge porteur de sens ».

Celui-ci présente le double effet d'être à la fois identificatoire pour la personne (ce que j'ai fait, ce que je fais, ce que je vais faire...) et en même temps, d'être un outil d'aide à la remédiation pour les délégués à l'insertion à même de revenir sur ce versant du sens.

Pour ce faire, les SASTH interviennent sur deux axes distincts :

- L'accompagnement vers l'insertion professionnelle
- L'appui psychologique et l'accompagnement social

L'accompagnement des personnes accueillies est fondé sur leurs aptitudes, leurs savoirs, leurs compétences en intervenant dans le conseil, l'orientation, la recherche d'emploi, l'adaptation au poste de travail, et dans des actions de sensibilisation des entreprises à la question du handicap psychique.

Il vise également à l'acquisition de leur autonomie personnelle, en leur donnant les moyens de s'apprécier, de tirer profit de situations d'apprentissage et de les aider à se rendre aptes à développer de nouveaux potentiels.

Le SAMSAH

Le SAMSAH propose d'accompagner les personnes dans la réalisation de leur projet de vie dans un cadre de prévention, d'action sociale et médico-sociale, de réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Il repose sur la mise en place d'un projet individualisé soutenu par un suivi personnalisé réalisé par l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, CESF, CISP, médecin psychiatre, infirmier, secrétaire médico-sociale).

Le SAMSAH met en œuvre entre le monde des soins et le monde du travail, un accompagnement spécifique, à la croisée du médical, du social et du professionnel. Ainsi il vise à combattre l'isolement dû aux troubles psychiques et permettre la participation à une vie sociale participative. Il représente une étape de mobilisation des aptitudes sociales en vue de la concrétisation par la personne de son projet de vie. Il joue également un rôle de prévention sanitaire et sociale. Le souci de réinsertion professionnelle des personnes relevant du handicap psychique s'inscrit dans un cadre plus général visant l'intégration sociale des personnes accompagnées.

Les personnes qui sont accueillies par le SAMSAH relèvent toutes d'une orientation par la Commission des Droits et de l'Autonomie. Ces personnes peuvent, soit bénéficier d'une Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé, et/ou relever de la Pension d'Invalidité, et/ou être bénéficiaire de l'AAH, ou encore être éligibles au titre de la loi d'égalité des droits et des chances.

Les objectifs sont de deux ordres :

- Les objectifs sociaux et professionnels
 - Elaborer un projet de réinsertion personnalisé, clair et réaliste.
 - Soutenir les actes de la vie quotidienne et l'accomplissement des activités domestiques et sociales,
 - Lutter contre l'isolement et la marginalisation,
 - Développer les aptitudes relationnelles.
 - Favoriser le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels,
 - Faciliter l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité,
 - Favoriser l'accès aux droits, renforcer l'identité sociale et l'exercice de la citoyenneté,
 - Proposer un accompagnement social et un apprentissage de l'autonomie en lien avec les différents partenaires ;

- Permettre l'accès au logement, soutenir et promouvoir les projets d'insertion sociale et professionnelle.
- Les objectifs médico-psychologiques
 - Etre vigilant sur l'évolution de la santé mentale,
 - Orienter vers le soin de façon adaptée et en mesurer l'effectivité,
 - Avoir un rôle de prévention et de coordination,
 - Se positionner comme repère grâce à l'accompagnement proposé,
 - S'assurer de la continuité des suivis médicaux et psychologiques,
 - Apporter un soutien et un étayage psychologique.

La complémentarité des pratiques et des approches permet à la fois de lutter contre les risques d'exclusion (accompagnement social) et contre les risques pathologiques (veille médicale). La réponse aux besoins de la personne s'appuie donc sur la complémentarité des compétences de l'équipe et sur le maillage que cette dernière est capable de mettre en place.

L'accompagnement s'organise tout autant en interne dans la prise en compte des besoins des personnes, qu'en externe dans les nombreux relais auprès des partenaires du réseau de la santé, du social, du médico-social et du champ professionnel. Des étapes progressives sont mises en œuvre pour favoriser un projet de vie et un projet d'insertion. Les outils de l'accompagnement sont les entretiens individuels, les visites à domicile, les ateliers collectifs, les accompagnements extérieurs, le travail avec la famille et l'entourage.

Le GEM

Les objectifs d'un tel collectif sont donc de recréer des liens sociaux, de favoriser les initiatives de personnes ayant eu un parcours souvent difficile, de leur permettre de reprendre confiance en elles et dans les autres, de dédramatiser la maladie psychique et les préjugés qui l'accompagnent, de redonner la parole à chacun(e), de stimuler leur prise d'initiatives et d'autonomie, en contribuant à une perspective d'insertion sociale et professionnelle, et en luttant contre l'isolement et le sentiment de solitude en favorisant la création du lien social au travers des activités.

Le GEM s'adresse prioritairement à des adultes en situation de fragilité psychique qui souffrent d'un manque de relations, de solitude, d'isolement. Le GEM est ouvert à toute personne handicapée ou non, qui accepte ces priorités, ces principes, et qui souhaite participer aux activités proposées.

Un GEM ne s'inscrit pas dans une prise en charge (médicale ou médico-sociale.). Cela donne la possibilité à ses membres de venir uniquement s'ils en éprouvent le désir. En outre, le fait que la reconnaissance officielle du handicap ne soit pas un préalable à l'accueil, permet d'accueillir toutes les personnes en souffrance psychique à n'importe quelle étape de leur maladie. Cela permet également de l'ouvrir aux personnes « non malades » qui acceptent de partager les activités avec les membres du GEM dans une dimension solidaire et de partage.

Annexe 6 - Les groupes de travail avec les associations partenaires

Parcours Pays d'Arles :

Une convention tripartite a été signée avec la MDPH et le CCAS d'Arles afin d'assurer l'accueil et l'information des personnes en situation de handicap du Pays d'Arles au sein du CCAS. Un comité technique se réunit régulièrement afin d'échanger sur les problématiques collectives et les situations individuelles amenées par les participants (représentants des trois signataires de la convention et acteurs de terrain invités). Un travail spécifique sur l'évaluation des situations est en cours. Afin de mieux identifier le tissu associatif du territoire, un Guide des Ressources Locales a été élaboré présentant pour l'instant les associations adhérentes à Parcours. Il est destiné à être élargi à tous les acteurs locaux des secteurs logement, scolarité, santé, vie sociale, insertion professionnelle, transports, administrations etc....

Parcours Marseille Sud :

Les adhérents de Parcours Marseille Sud ont montré leur intérêt pour travailler ensemble sur la thématique du domicile. Une commission de travail sur la vie à domicile s'est mise en place et a récemment rejoint le groupe départemental sur le logement à laquelle l'Association Isatis participe également (soit en la personne de sa directrice soit en la personne d'une CESF SAMSAH). Parcours Marseille Sud a engagé un travail sur la « Mobilité des travailleurs entre les ESAT ». L'objectif de cette commission de travail est de favoriser la création de passerelles entre les établissements et les services pour permettre aux travailleurs un libre choix quant à leur domaine et lieu d'activité professionnel et personnel. J'en assume depuis 2012 la fonction de présidente.

Parcours Handicap 13, groupe logement

Le nouveau groupe constitué a déterminé trois thèmes de travail :

- Le choix de vivre à domicile et la recherche d'un service adapté aux spécificités du handicap
- Le recensement de l'offre et les besoins de services sur le territoire en matière de solutions et diffusion de l'information
- La coordination et le maillage des intervenants à domicile

La présence régulière de la directrice à ces temps de réunions et de travail favorise la connaissance des intervenants du territoire et permet également de porter d'une même voix les questionnements qui sont souvent communs entre les services existants sur le territoire.

Parcours Handicap 13, Groupe ESAT

Ce collectif inter ESAT est un lieu de réflexion sur les pratiques et de construction d'un partenariat dans une logique de mutualisation, d'expérimentation, de rapprochement des services et des établissements au bénéfice de l'utilisateur.

Le handicap psychique est le thème transversal des rencontres, ainsi que l'accompagnement médico social, la clé d'entrée n'est plus seulement l'aspect économique. Il réunit quelques ESAT Marseillais et des alentours.

Les travaux du groupe l'ont amené à travailler sur la mise en place d'un projet de commission inter ESAT, dans le but de faciliter le suivi de parcours des usagers.

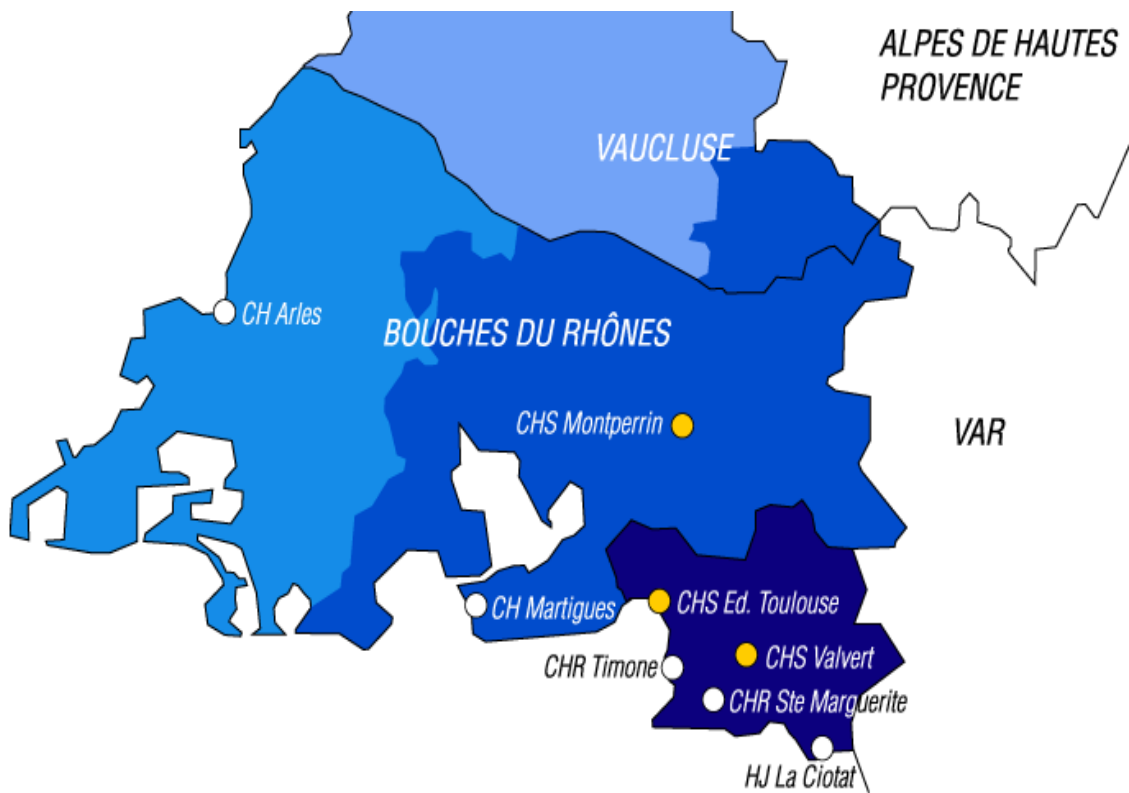
Ce projet doit fin 2012, faire l'objet d'un rapprochement avec le groupe mobilité inter ESAT mené par Parcours Marseille Sud. J'y participe depuis l'origine, avant même d'avoir en charge l'ESAT de Salon de Provence, en tant que directrice du SAMSAH.

Le groupe 16/20 ans

Dans le cadre du service SAMSAH de Marseille, des rapprochements et des réunions de travail se sont tenues entre les équipes afin d'imaginer des relais des jeunes atteignant leur majorité et sortant des services de l'Association SERENA.

Ces échanges ont donné lieu à la constitution d'un groupe de travail réunissant l'ITEP SERENA, les CFA, la Mission Locale de Marseille et l'Association ISATIS afin d'envisager les actions possibles autour du public 16/20 ans. Ce travail trouve directement écho avec les préoccupations du Conseil de Territoire, mis en œuvre de façon expérimentale et pilote dans les Bouches-du-Rhône.

Annexe 7 : cartographie des établissements hospitaliers de psychiatrie dans les Bouches-du-Rhône



Site internet <http://www.psy13.com/organisation-2>

POULARD	Sophie	Novembre 2012
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS PACA		
DYNAMISER LA COOPERATION INTERSERVICES POUR FAVORISER L'EMPLOYABILITE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE		
<p>Résumé :</p> <p>L'Association ISATIS a développé des services complémentaires, s'adressant à un public en situation de handicap psychique. Elle conduit l'implantation de directions territoriales dans chaque département où elle est présente dont celui des Bouches-du-Rhône.</p> <p>Il s'agit de fusionner services et établissements sous une direction unique et de les fédérer autour des valeurs associatives et de principes d'action communs. Cela permettra de potentialiser les moyens de chaque service.</p> <p>Le sujet questionne les enjeux de la fonction de direction, la notion de territoire et de coopération entre les services qui y sont répartis, entre eux et avec leur environnement.</p> <p>Ainsi, en favorisant une coopération inter-établissements et ouverte sur l'extérieur, la réorganisation permettra de proposer une palette de services visant notamment l'employabilité des personnes, mais aussi, une action homogène, concertée, assurant un service rendu à l'usager cohérent et de meilleure qualité.</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>HANDICAP PSYCHIQUE - EMPLOYABILITE – PARTENARIAT – REORGANISATION – ESAT – COORDINATION – TERRITOIRE – TRANSVERSALITE-COOPERATION</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		