



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MENER LE CHANGEMENT POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES POPULATIONS ACCUEILLIES EN ESAT

Philippe REY

CAFDES

2007

Remerciements

Que Camille et Emmanuel, en tout premier lieu, pardonnent les absences de leur père qui est retourné à l'école, malgré son âge.

Je remercie mon épouse, pour avoir supporté - syllepse chargée de sens - un conjoint peu disponible, absent même lorsqu'il était présent.

Mes pensées vont aussi vers les professionnels des deux établissements que je dirige, qui ont dû pallier mes absences répétées et ont pu souffrir d'un sentiment d'abandon. Je remercie plus particulièrement Jocelyne, mon adjointe, qui a su efficacement combler le vide, prendre le relais à chaque moment important de la vie des institutions et relancer une motivation qui, quelquefois, s'essouffait.

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
1 DESCRIPTIF.....	7
1.1 Descriptif associatif et historique de l'établissement	7
1.1.1 L'association gestionnaire ADAPEI 63	7
1.1.2 L'ESAT d'Ambert.....	9
1.2 Le cadre législatif.....	12
1.2.1 Les lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975.....	12
1.2.2 La circulaire 60AS du 31 octobre 1978.....	13
1.2.3 La loi 87-517 du 10 juillet 1987	14
1.2.4 La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	15
1.2.5 La loi 2005-102 et le décret 2006-703 du 16 juin 2006	16
1.3 Le personnel.....	18
1.3.1 Historique.....	18
1.3.2 Organigramme.....	19
1.4 La population accueillie.....	22
1.4.1 La population initiale.....	22
1.4.2 La population actuelle	23
1.4.3 La liste d'attente de l'ESAT d'Ambert	24
1.5 Conclusion de la première partie	26
2 ANALYSE DES BESOINS ET DES CARENCES.....	29
2.1 La problématique des usagers.....	29
2.1.1 Les handicapés « sociaux »	29
2.1.2 Les handicapés psychiques	31
2.1.3 Les handicapés mentaux	34
2.2 Les difficultés au travail et les problèmes relationnels inter usagers.....	35
2.2.1 Les difficultés à l'admission des personnes handicapées psychiques	35
2.2.2 Les difficultés au travail des personnes handicapées psychiques.....	36
2.2.3 Les problèmes relationnels	38
2.3 L'articulation PAG et prises en charges existantes.....	39
2.3.1 Les attentes de l' ADAPEI.....	39

2.3.2	Le lien Association – Directeur	40
2.3.3	Les spécificités locales	41
2.4	Les moyens humains et financiers.....	42
2.4.1	Le personnel en poste	42
2.4.2	Le financement du BPAS	45
2.4.3	L'activité commerciale.....	46
2.5	Les activités de soutien.....	50
2.5.1	Soutien de premier type.....	50
2.5.2	Soutien de second type	51
2.6	Conclusion de la deuxième partie	52
3	ANTICIPER ET ADAPTER NOS PRISES EN CHARGE.....	53
3.1	Entreprendre des actions au bénéfice des usagers.....	53
3.1.1	Établir et évaluer le projet d'établissement.....	53
3.1.2	Proposer de nouvelles activités commerciales	56
3.1.3	Proposer de nouveaux accompagnements.....	58
3.2	Optimiser le potentiel du personnel.....	59
3.2.1	Gérer la formation du personnel	59
3.2.2	La gestion prévisionnelle des emplois	62
3.2.3	Associer et responsabiliser les professionnels	64
3.3	Construire et utiliser des partenariats et des réseaux.....	65
3.3.1	Avec les IME	65
3.3.2	Avec l'inter secteur psychiatrique	67
3.3.3	Avec les familles	69
3.3.4	Avec les autres ESAT	70
3.4	Développer la Communication	72
3.4.1	Interne à l'institution.....	72
3.4.2	Au sein de l'Association.....	75
3.4.3	Externe	76
	CONCLUSION	79
	BIBLIOGRAPHIE	81
	LISTE DES ANNEXES.....	85

Liste des sigles utilisés

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ADAPEI	Association Départementale d'Amis et de Parents de Personnes Handicapées Mentales
AGEFIPH	Association de gestion des fonds pour l'insertion Professionnelle des personnes handicapées
ANCECREAHI	Association Nationale des Centres d'Études et d'Actions pour les Handicaps et les Inadaptations
ARESTPA	Association des Responsables d'Établissements et Services de Travail Protégé en Auvergne
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
BAPC	Budget Annexe de Production et de Commercialisation
BPAS	Budget Principal d'Action Sociale
CAFETS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Éducateur Technique Spécialisé
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDA	Commission des Droits à l'Autonomie
CDES	Commission Départementale d'Éducation Spécialisée
CIF	Classification Internationale Fonctionnelle
CIH	Classification Internationale des Handicaps
CME	Centre Médico Éducatif
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
CNCPH	Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CQFMA	Certificat de Qualification Aux Fonctions de Moniteur d'Atelier
CROSMS	Commission Régionale d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DDASS	Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'emploi, et de la Formation Professionnelle

DEETS	Diplôme d'État d'Éducateur Technique Spécialisé (ex – CAFETS)
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGF	Dotation Globale de Financement
DIF	Droit Individuel à la Formation
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Équivalent Temps plein
FAH	Foyer d'Adultes Handicapés
FAM (ex FDT)	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEGAPEI (ex – SNAPEI)	Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales
GAP	Groupement des Ateliers Protégés
GR	Garantie de ressources
GVT	Glissement Vieillesse Technicité
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
IGAS	Inspection Générale de l'Action Sociale
IME	Institut Médico Éducatif
IMPro	Institut Médico Professionnel
IRP	Instances Représentatives du Personnel
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAG	Projet Associatif Global
PAUF	Plan Annuel d'Utilisation des Fonds
QI	Quotient Intellectuel
RABC	Risk Analysis Biocontamination Control
RTH	Reconnaissance Travailleur Handicapé
RTT	Réduction du Temps de Travail
SACAT	Section Annexe de CAT
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SD	Salaire Direct
SESSAD	Service d'Éducation et de Soins Spécialisés A Domicile
SMIC	Salaire Minimum Indiciaire de Croissance
SSG	Service de Suite et de Guidance

SVA	Site pour la Vie Autonome
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux
UNAPEI	Union Nationale des Associations de Parents et d'Amis de Personnes Handicapées Mentales
UNIOPSS	Union Nationale Inter fédérale des Oeuvres et Organisations Privées Sanitaires et Sociales
URAPEI	Union Régionale des Associations de Parents et d'Amis de Personnes Handicapées Mentales

Introduction

Notre législation concernant le handicap et sa prise en charge dans le monde du travail a fortement évolué depuis la deuxième moitié du XX^{ème} siècle¹. Ainsi, les populations concernées se sont diversifiées : pour exemple, la loi 2005-102 qui rebaptise les CAT en ESAT donne une définition beaucoup plus large de la notion de handicap. Elle inclut tous les types de handicap, sans distinction particulière afin de ne pas induire de caractère discriminatoire.

Nous remarquons cependant qu'il existe en France des établissements de travail protégé spécialisés dans un type particulier de handicap et que cette « spécialisation » touche le plus souvent les handicaps physiques :

- Cécité (Association Valentin Haüy par exemple),
- Paralysie (Association des Paralysés de France)
- Surdité (Association de Patronage des établissements pour Sourds, Aveugles et Sourds - Aveugles).

Parallèlement, les autres CAT ont vu leur population se diversifier avec l'accueil, dans un premier temps, de personnes d  fici  ntes intellectuelles souffrant de troubles associés, puis de personnes spécifiquement malades mentales.

Des associations se sont elles aussi « spécialisées » dans une typologie spécifique : c'est le cas entre autres de l' UNAPEI (d  fici  nce intellectuelle) et de l' UNAFAM (maladie mentale).

Enfin, ce phénomène se couple avec l'orientation en milieu protégé de personnes en rupture de lien social, exclues de la société pour des raisons essentiellement liées au contexte économique, mais aussi à leur contexte familial.

Pour faire face à cette «nouvelle donne », les structures de travail protégé ont des difficultés pour adapter leurs savoir-faire et leurs moyens qui semblent en décalage croissant avec les attentes et les besoins de ces nouveaux impétrants. La double mission de ces établissements telle qu'édictée par la circulaire 60AS était déjà mise à mal par les contingences économiques. Elle peut devenir inaccessible pour une population diversifiée demandeuse d'autres prises en charge.

Nous devons alors envisager une adaptation de nos établissements afin de pouvoir répondre simultanément à des problématiques différentes, voire divergentes. Faut-il plutôt passer par des reconversions, des spécialisations ou des changements d'agr  ments ?

¹ Les établissements d'assistance par le travail ont été créés par le décret du 02/09/1954.

Il nous faut aussi tenir compte parallèlement des mutations économiques qui bousculent les activités professionnelles. Une adaptation est donc souhaitable dans le respect d'une culture associative particulière.

Directeur de l'ESAT d'Ambert depuis dix ans, je ressens ce questionnement de plus en plus prégnant dans l'objectif premier de l'établissement : l'intégration sociale et professionnelle des personnes accueillies. En ce sens, il me semble alors indispensable d'optimiser nos actions, portées par un projet d'établissement rénové, un management des professionnels efficace, et une évaluation permanente, éléments clés de la fonction de direction.

L'étude sur la structure que je dirige revêt à mon sens un caractère incontournable, compte tenu de l'histoire de l'institution et de son appartenance récente au mouvement parental, ainsi que des usagers accueillis et en attente de place dans cette institution.

Je propose donc dans une première partie de présenter le contexte environnemental de l'ESAT d'Ambert inscrit dans son histoire particulière, ce qui nous permettra d'apercevoir en deuxième partie les écueils néfastes à la qualité de nos prises en charge et à la mission de notre établissement, mais aussi les atouts dont il dispose. Enfin, je présenterai en troisième partie une sorte de « plan d'action » pour nous permettre d'adapter nos outils, nos méthodes de travail et notre organisation, d'évaluer leurs pertinences afin de répondre de la meilleure façon aux évolutions globales de notre secteur, mais surtout aux demandes nouvelles des usagers.

*« Nul ne peut atteindre l'aube sans
passer par le chemin de la nuit »*

Khalil Gibran.

1 DESCRIPTIF

1.1 Descriptif associatif et historique de l'établissement

1.1.1 L'association gestionnaire ADAPEI 63

L'association gestionnaire de l'ESAT d'Ambert est, depuis 1997 (nous verrons plus loin l'importance que revêt cette date), l' ADAPEI du Puy-de-Dôme. Cette association créée en juillet 1959 se dénommait à l'origine « Les Papillons Blancs de Clermont-Ferrand ». L'ADAPEI 63 est née de la volonté de parents d'enfants handicapés mentaux résidants sur l'agglomération clermontoise souhaitant faire face au handicap mental et initier la création de structures d'accueil permettant la prise en charge de cette population d'enfants. De plus, ces parents isolés géographiquement et socialement ont éprouvé le besoin de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes difficultés.

Dès les trois premières années, de nouvelles personnes autres que les parents, ont exprimé le souhait d'adhérer à cette association pour participer à son action, ce qui a entraîné un premier changement de sigle « Association Clermontoise d'Amis et de Parents d'Enfants Inadaptés ». Puis très vite (fin 1962), afin de réunir l'ensemble du mouvement parental défendant les mêmes intérêts sur le département du Puy-de-Dôme,, un nouveau sigle fut déposé en préfecture : Association Départementale d'Amis et de Parents d'Enfants Inadaptés ». Le nom ADAPEI entra dans le langage de chacun, même si la dénomination officielle allait encore changer.

Les associations départementales se multiplient et éprouvent le besoin de se fédérer : C'est la naissance de l' UNAPEI qui devient la plus représentative des Associations s'occupant des personnes handicapées mentales. Elle sera reconnue d'utilité publique en août 1963.

En 1990, en raison de l'évolution de la population accueillie dans les établissements d'éducation, de travail et d'hébergement, tout en gardant le sigle « A.D.A.P.E.I. », l'association prend la dénomination « Association Départementale d'Amis et de Parents de Personnes Handicapées Mentales ». En effet, les personnes handicapées mentales

connaissent l'âge adulte et le vieillissement. C'est aussi l'abandon du terme « d'inadaptés » qui prend une autre dimension à la fin du siècle dernier.

L'ADAPEI du Puy-de-Dôme a pour buts essentiels, en liaison avec l'UNAPEI :

- d'accueillir et d'aider les familles ayant la responsabilité d'une personne handicapée mentale,
- d'apporter à ces familles l'appui moral et matériel indispensable. Cette action familiale est plus particulièrement assurée par les sections locales (au nombre de cinq, réparties sur le département dans les sous-préfectures administratives),
- de prendre en charge la personne handicapée mentale, quel que soit son âge, en liaison avec sa famille, en vue de son plein épanouissement et de la meilleure intégration possible.

Pour répondre à ces objectifs listés dans son Projet Associatif Global, elle s'engage à :

- Mettre en œuvre les solutions adaptées aux personnes handicapées mentales et notamment de créer et gérer, avec le concours de professionnels formés et compétents, les différents établissements et services nécessaires dans les domaines de l'éducation, la formation, la mise au travail, l'hébergement, l'insertion sociale et professionnelle, le vieillissement.
- Assurer une souplesse aux établissements et services pour qu'ils puissent s'adapter à l'évolution et aux rythmes des personnes handicapées, en restant attentive à l'émergence de nouveaux besoins,
- Mettre en œuvre un projet individuel adapté, en concertation avec la famille et la personne handicapée mentale,
- Représenter et promouvoir les intérêts moraux et matériels des familles et des personnes handicapées mentales auprès des pouvoirs publics et plus globalement auprès de tous ceux qui ont pouvoir d'action dans ce domaine,
- Informer l'opinion en faisant ressortir le rôle important de l'association tant sur le plan éthique qu'économique et social,
- Assurer une vigilance quant aux évolutions de l'environnement économique et social et ses répercussions sur la prise en charge des personnes handicapées mentales.

En 2006, L'ADAPEI du Puy-de-Dôme regroupe 815 adhérents, accueille 1.508 personnes (enfants et adultes), gère 45 établissements et services et emploie plus de 750 salariés². C'est un partenaire incontournable dans le champ du handicap mental auprès des

² Voir en annexe n°1 l'organigramme associatif.

autorités de contrôle et de financement, de part son importance en terme de nombre de structures gérées, sa capacité à créer de nouveaux établissements et services (au rythme de deux par an depuis 1998 ...), son implication dans les différentes instances fédératrices locales, et sa représentativité dans les organes décisionnaires départementaux (MDPH, CROSMs, etc.).

Ses liens avec l'UNAPEI et l'URAPEI sont sources supplémentaires de force de proposition, de réflexion et de partenariat avec les autres acteurs départementaux.

1.1.2 L'ESAT d'Ambert

Sans retracer en détails une histoire longue et complexe qui semblerait rébarbative, il est important d'appréhender la genèse de l'établissement pour mieux en comprendre les enjeux et le fonctionnement actuels.

A l'origine (novembre 1965), sous l'impulsion conjointe de la Congrégation religieuse des sœurs dominicaines et du Docteur Pierre Doussinet (président de la Société d'Hygiène Mentale du Centre et Médecin-chef des établissements Sainte-Marie de Clermont-Ferrand), fut créé le CME St Dominique à Ambert, agréé pour 20 enfants (dénommés « débilés³ profonds ») de 6 à 14 ans et présentant un Q.I. situé entre 0.30 et 0.60.

Il dut rapidement accroître sa capacité (32 enfants en 1969, 55 en 1972) et étendre l'âge des prises en charge (jusqu'à 20 ans en 1972).

La loi du 30 juin 1975 obligea alors la congrégation religieuse, en accord avec les besoins régionaux, à créer une section « CAT » en 1978 puis une section Im-Pro en 1979. Devant la raréfaction des effectifs d'enfants orientés en IME et l'augmentation de leur âge, elle décida en 1982 de créer un CAT de 20 places à partir de 18 ans.

En 1984, la capacité d'accueil du CAT s'accroît de 10 places pour «absorber» les éléments du CME... Parallèlement, il est créé un service de Suite à caractère expérimental pour ceux d'entre eux ayant de réelles possibilités d'intégration en milieu ordinaire. Les autres sont orientés dans une nouvelle structure de type « occupationnel » en 1986, située à 6 kilomètres d'Ambert.

³ Définition de la débilité donnée par ZAZZO R. : « faiblesse congénitale des fonctions logiques » - Les débilés mentaux, Esprit, Paris 1965.

En 1991, L'association « ARGOS » après avoir épaulé les sœurs dominicaines pendant une année, les relève de leurs tâches. Cette association est composée de membres fondateurs (4 sœurs) et de notables de la ville (médecin, notaire, chef d'entreprise....). Le CAT obtient cette même année 20 places supplémentaires, portant sa capacité à 50.

Tout au long de ces années, la ligne de conduite des établissements résidait dans l'acquisition de l'autonomie des usagers, l'intégration sociale et professionnelle passant quelquefois par le principe de non-discrimination et le déni du handicap poussés à l'extrême.

Je donnerais ici quelques exemples marquants :

- Chaque travailleur handicapé était rémunéré selon le surprenant barème suivant : Manœuvre à 6% du SMIC, Ouvrier à 8%, Ouvrier Qualifié à 10%, Ouvrier hautement qualifié à 12%, Ouvrier professionnel à 15%, Chef d'équipe à 20%....
- L'organigramme du CAT ne mentionnait pas de moniteurs d'ateliers, mais des contremaîtres
- La fierté de l'établissement de disposer du coût à la place le moins élevé du département, expliqué comme révélateur de l'insertion professionnelle par l'économique ...A moins que ceci ne cache les carences ou l'incapacité de concertation avec les autorités de tarification à la vue des déficits des deux budgets (BPAS et BAPC) du CAT...
- Un travailleur handicapé, lors d'une réunion de l'ex conseil d'établissement, m'interpelle en clamant : « je ne suis pas handicapé, je suis trisomique »

En 1997, devant la vacance prolongée du poste de Direction (départ en retraite en octobre 1996 de la Directrice salariée dès l'origine des établissements), et suite à un remplacement non concluant (démission en mars 1997 du nouveau directeur), l'association gestionnaire ARGOS s'est trouvée confrontée à de réelles difficultés financières, conjuguées à une lassitude certaine des administrateurs devant « l'opacité » de la gestion directoriale précédente.

Des contacts informels eurent d'ailleurs lieu avec une autre association locale⁴ en vue d'un rapprochement.

Alertées de leur côté, les autorités de contrôle ont parallèlement sollicité l' ADAPEI du Puy-de-Dôme afin de trouver une solution rapide. Dès le 21 d'avril 1997, Le Préfet

⁴ L'association ALCIH est une association qui gère uniquement un foyer de vie en internat de 48 places à 10 kilomètres d'Ambert.

demandait officiellement à l' ADAPEI de reprendre la gestion administrative des deux établissements (CAT et Service de suite) en proposant une fusion absorption de l'association ARGOS.

L' ADAPEI répondit donc favorablement (malgré l'opposition de certains administrateurs réticents à une « adoption plénière ») à cette injonction à peine voilée et me nomma alors à la Direction de ces deux institutions le 01 mai 1997...J'étais auparavant en poste d'attaché de direction au siège départemental associatif, collaborateur direct du Directeur Général de l'ADAPEI du Puy-de-Dôme.

Ma première expérience de Directeur a donc eu lieu dans un contexte particulier, devant faire face à :

- une population accueillie quelque peu différente des « standards associatifs »,
- une philosophie de prise en charge atypique,
- un personnel méfiant face à « l'ogre » ADAPEI,
- une équipe de moniteurs d'ateliers dont la moitié ne possédait pas les diplômes requis pour l'exercice de leurs fonctions,
- une situation financière « délicate », même si la force de l' ADAPEI aurait pu me faciliter la tâche ...⁵
- une structure d'accueil inadaptée, prévue à l'origine pour accueillir 20 enfants et prenant alors en charge 50 adultes,
- un environnement géographique sinistré économiquement, la ruralité du site n'offrant que peu de potentiel de développement.⁶

En 2006, l'ESAT d'Ambert est agréé pour 63 travailleurs handicapés. Nous verrons plus loin le détail des populations accueillies. L'activité commerciale est saine (excédents commerciaux suffisants pour prévoir le futur), les difficultés financières sont effacées, et le dialogue avec l'autorité de contrôle est restauré dans, je pense, un climat de confiance réciproque et pérenne. Les anciens locaux obsolètes et vétustes vont bientôt être délaissés au profit d'une nouvelle construction de 2.400 m² répondant parfaitement aux exigences de sécurité, de travail et de qualité d'accueil des personnes handicapées et du personnel d'encadrement. Ce déménagement a été envisageable grâce au partenariat de la Communauté de Communes, de la DDASS et de l'association gestionnaire. Des efforts conséquents en terme de formation professionnelle ont été consentis, permettant au personnel de disposer d'une qualification reconnue.

⁵ Fin 1996, les déficits cumulés des BPAS et BAPC se montaient respectivement à 550.000 et 350.000 francs.

⁶ Ambert est une sous-préfecture rurale de moins de 8.000 habitants dans le parc régional du Livradois -Forez, à équidistance de Clermont-Ferrand, Saint-Étienne et Le Puy (environ 80 kms).

Cependant, le fonctionnement de l'ESAT demeure particulier. Cette particularité réside dans le fait que peu d'adultes accueillis ont des parents adhérents à l'association du fait de l'histoire de l'établissement et que les prises en charge dispensées sont en « décalage » avec les pratiques associatives « adapeïennes » (pour exemple, il n'y a pas de foyer d'hébergement à Ambert, chacun vivant en appartement grâce au soutien du service de suite qui fonctionne 24 heures sur 24).

En effet, le développement de l'autonomie sociale et professionnelle prôné par mon prédécesseur et dont j'ai conservé les fondements en adaptant les moyens n'est pas toujours compris par les bénévoles associatifs. Combien de fois ai-je entendu : « Oh, mais vous, à Ambert, vous êtes particuliers ».

Je ne prétends pas vouloir marcher à contre-courant du Projet Associatif Global, mais simplement considérer les personnes handicapées non pas comme « des enfants » (communément appelés « les jeunes »⁷, même approchant l'âge de la retraite) mais comme des acteurs de leur vie à part entière.

L'ESAT, comme tout autre établissement géré par l'association, reste sous la responsabilité d'un administrateur délégué et d'un comité de gestion qui se réunit en général 4 fois par an et dont les attributions sont précisément édictées dans les statuts associatifs.

Or, le comité de gestion des établissements ambertois n'est réuni qu'au maximum une fois par an, par manque de sollicitation des parents fort rares au demeurant.

Parallèlement, le CVS a pris la relève du conseil d'établissement (qui a existé dès la parution du décret), et devient l'organe essentiel de la communication inter partenaires.

C'est donc là le paradoxe de ma fonction de direction : être salarié d'une association de parents de personnes handicapées mentales et gérer des établissements avec peu d'adhérents ayant leurs enfants accueillis...

1.2 Le cadre législatif

1.2.1 Les lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975

Ces deux lois, dites respectivement « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » et « loi relative aux institutions sociales et médico-sociales » ont été

⁷ « Est-il normal d'appeler « les jeunes » des personnes de 50 ans qui travaillent en ESAT ou qui logent dans un foyer parce qu'on ne sait pas à vrai dire comment les identifier ? » LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale* – Dunod – 2007 – p.82

fondamentales dans la prise en charge du handicap. Elles affirment l'identité et l'indépendance du secteur social et médico-social en le séparant du secteur sanitaire. Notons que cette séparation avait été engagée dès 1970 par la loi du 31 décembre 1970 traitant du champ sanitaire.

Les droits de la personne handicapée sont donc affirmés par le législateur, qui confirme la définition de 1957 du travailleur handicapé : *« est considéré comme travailleur handicapé, toute personne dont les possibilités d'acquérir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une insuffisance ou d'une diminution de ses capacités physiques ou mentales »*. Aucune référence n'est faite pour les « inadaptés sociaux » ou les « malades mentaux », exclus du champ de compétence de ladite loi.

La loi 75-535, accompagnée des différents décrets d'application qui suivront, devient la pierre angulaire permanente pour le fonctionnement des CAT. Elle définit précisément le statut et le cadre juridique auquel un CAT devra se conformer pour sa création ou son extension et régit ses relations avec ses autorités de contrôle ainsi que les fonctions de son personnel. Elle définit le système de rémunération du travailleur handicapé selon son lieu de travail (milieu ordinaire, Atelier Protégé, CAT) en octroyant un complément de rémunération versé par l'État, et en déterminant les modalités de perception de l'AAH en fonction des revenus⁸. Elle précise les conditions d'accueil des travailleurs handicapés, les interactions avec les COTOREP, et les modes de financement des deux parties budgétaires⁹.

L'impact de ces lois reste insatisfaisant, particulièrement sur l'intégration professionnelle en milieu ordinaire qui n'a pas atteint les objectifs escomptés, l'absence de rôle laissé à l'utilisateur dans le choix de sa prise en charge, dans la participation à son projet de vie et le calcul de l'AAH différentielle qui ne motive pas le travailleur handicapé lorsque ses ressources liées au travail augmentent, puisque son revenu global ne varie pas¹⁰.

1.2.2 La circulaire 60AS du 31 octobre 1978

Malgré le fait qu'une circulaire n'ait pas force de loi, ce texte revêt un caractère incontournable pour les CAT et une grande partie de ses dispositions reste actuellement en vigueur. Fait novateur dans le secteur médico-social, il est fait explicitement mention de deux catégories d'utilisateurs jusque là occultées :

⁸ décret 77-1465 du 28 décembre 1977

⁹ décret 77-1546 du 31 décembre 1977

¹⁰ revue « vivre ensemble » n°78 – avril 2006 p 13

- Article 144-1 : « Les CAT ne sont pas conçus pour accueillir des inadaptés sociaux (...) dès lors qu'ils ne font pas l'objet de la procédure d'admission par la CO.T.O.RE.P, telle qu'elle est décrite au titre suivant. »¹¹
- Article 144-2 : « De même, les CAT ne sauraient s'adresser aux malades mentaux dans leur ensemble, dès lors [...] au titre suivant. Cependant, il peut s'avérer bénéfique pour certains malades mentaux qui ne relèvent pas de soins psychiatriques aigus d'être admis à une structure collective de travail »¹²

Dans ce cadre, la circulaire 60 AS précise dans ses articles 144-21 et 144-22 les modalités pratiques de telles admissions. Le législateur impose un conventionnement avec l'inter secteur psychiatrique qui détermine notamment les conditions des interventions thérapeutiques et le pourcentage de personnes accueillies dans ce cadre par rapport aux personnes handicapées admises.

Par contre, il est clairement stipulé que « il vous appartiendra de veiller à ce que l'accueil des malades mentaux reste limité afin de ne pas rompre l'équilibre de la population reçue par le CAT et de ne pas détourner la vocation de celui-ci qui reste avant tout l'accueil et la mise au travail des personnes handicapées. »¹³. Ceci renforce implicitement les conditions d'admissions en CAT qui mentionnent l'obligation de prendre en charge des personnes handicapées « dont la capacité de travail ne dépasse pas le tiers d'un travailleur valide ». Nous verrons plus loin l'incidence de ces dispositions sur les travailleurs handicapés du CAT d'Ambert, la procédure d'admission et les activités proposées (production, soutien de premier et de deuxième type).

Notons enfin que les travailleurs handicapés accueillis en CAT ne possèdent pas le statut de salarié, ce qui laisse penser à certains professionnels que cela constitue un frein supplémentaire à l'intégration en milieu de travail ordinaire.¹⁴

1.2.3 La loi 87-517 du 10 juillet 1987

Le législateur a voulu avec cette loi, corriger les manques de la loi d'orientation. En effet, cette dernière n'a pas atteint les objectifs d'intégration professionnelle en milieu ordinaire. L'objectif de la loi du 10 juillet 1987 est clairement d'infléchir le processus d'insertion professionnel des personnes handicapées en milieu ordinaire, en rendant les conditions d'accès à l'emploi plus favorables pour ce public. Elle fait glisser l'obligation procédurale (déclaration de l'employeur) à l'obligation de résultat (en terme de taux d'emploi). Elle se traduit par la réforme du code du travail en trois directions : la fixation d'un quota d'emploi

¹¹ Circulaire 60AS du 31/10/1978.

¹² id

¹³ id

¹⁴ flash info Andicat – juillet 2006, p. 3

de personnes handicapées, la définition des personnes bénéficiaires et les quatre possibilités pour les employeurs de plus de 20 salariés de répondre à cette obligation d'emploi.

Cette obligation d'emploi est transposée au secteur public, mais sans contribution financière en cas d'emploi non pourvu

Après presque 20 ans d'existence, le constat reste peu glorieux pour les personnes handicapées mentales. La majorité des entreprises préfère « payer » plutôt qu'« embaucher », quelques-unes passent des contrats de sous-traitance avec des établissements de travail protégé, mais dans la grande majorité des cas, la contribution financière à l'AGEFIPH est désormais considérée comme une charge patronale au même titre qu'une cotisation Urssaf et intégrée comme telle dans les prévisions de dépenses des entreprises

1.2.4 La loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

La loi 75-535, comme nous l'avons vu précédemment, bien qu'elle fût novatrice et porteuse d'espoirs pour les personnes handicapées, présentait cependant quelques carences importantes : le législateur était peu disert sur les droits des personnes accueillies en institution, une focalisation était faite sur l'accueil à temps complet, une ignorance des partenariats potentiels entre les différents acteurs : État, collectivités locales et institutions (la loi de 1975 ne pouvait bien entendu tenir compte des lois de décentralisation parues postérieurement), et il n'existait pas d'outils efficaces pour corréler l'offre et les besoins et pour évaluer la pertinence des prises en charge.

La loi 2002-2 va donc s'articuler selon quatre grands principes :

- L'affirmation et la promotion des droits des usagers, mais aussi de leur entourage. Elle aborde ce sujet sous l'angle « *d'une meilleure reconnaissance du sujet citoyen, en définissant les droits et les libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social [...] puis en fournissant des outils propres à ces droits* ».¹⁵
- L'élargissement des missions de l'action sociale et médico-sociale et la diversification des interventions des institutions concernées. Ces missions s'articulent sur deux axes prioritaires : le respect de l'égalité de tous et l'équité territoriale.
- L'amélioration des procédures techniques de pilotage du dispositif : redéfinition des schémas départementaux, de leurs liens avec les procédures d'autorisation également revisitées.

¹⁵ BAUDURET J.F, JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation* - Dunod 2002, p. 99.

- L'évaluation des établissements : celle-ci est double : évaluation interne faite par l'établissement tous les cinq ans, évaluation externe tous les sept ans. L'agrément de l'établissement dépend désormais des résultats de cette évaluation. Objectif recherché par cette disposition : *« obtenir la garantie que les droits et les attentes des usagers sont bien au centre des préoccupations des professionnels »*.¹⁶

Devant la diversité des apports de cette loi, je ne développerai ici que l'aspect « participatif » des usagers afin de rester dans la problématique de ce mémoire. Pour répondre au premier principe édicté plus haut, le législateur a instauré 7 outils novateurs :

- La chartre des droits et des libertés de la personne accueillie,
- Le règlement de fonctionnement définissant ses droits et ses devoirs,
- Le projet d'établissement qui définit les objectifs de l'institution établi pour 5 ans et l'oblige à une démarche de planification (objectifs et moyens),
- Le contrat de séjour (à défaut, le document individuel de prise en charge). *« élaboré avec l'usager ou son représentant légal, il définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement. De plus, il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel »*¹⁷
- Le livret d'accueil remis à tout nouvel arrivant dans l'institution,
- Le recours au médiateur afin que l'usager puisse faire valoir ses droits,
- Le Conseil de la Vie Sociale, instance centrée sur la participation des usagers, qui reprend les missions de l'ex-conseil d'établissement prévu par la loi de 1975 tout en attribuant des compétences renforcées en matière d'expression des usagers.

1.2.5 La loi 2005-102 et le décret 2006-703 du 16 juin 2006

Cette loi, dénommée loi pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, transforme totalement l'approche de la population concernée. En effet, si la loi de 1975 était *« toute entière centrée sur la définition d'un statut pour le handicapé, celle de 2005 fait de la question de la participation des personnes à la vie sociale son point de départ »*¹⁸

Elle donne pour la première fois une définition du handicap (largement inspirée de la nouvelle CIF élaborée par l'OMS) :

« Constitue un handicap [...] toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération

¹⁶ ibid. p 146.

¹⁷ Idem p 109.

¹⁸ MILANO S. *La loi du 11 février 2005 : pourquoi avoir réformé la loi de 1975* RDSS n°3/2005 p 359

substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé envahissant »¹⁹.

L'importance que revêt cette définition se situe à mon sens, et particulièrement au sein des institutions que je dirige, dans la reconnaissance de la maladie mentale (handicap psychique) comme handicap à part entière.

Cet item est d'ailleurs renforcé par l'intervention de Monsieur TREGOAT, Directeur Général de l'Action Sociale, lors de sa participation aux journées d'études d'Andicat²⁰ début 2006.²¹

Elle instaure la notion de « projet de vie de la personne handicapée » qui restera le fil rouge de toute prise en charge institutionnelle, autant dans le champ éducatif, que dans le champ social ou professionnel. A cette fin, est créée la MDPH qui se substitue à la COTOREP, la CDES et le SVA en tant que « guichet unique », garant de ce projet de vie. Dans le domaine du travail protégé, les incidences sont importantes :

Si des mesures de renforcement de la loi de 1987 sont prévues et étendues au secteur public jusqu'ici dédouané des versements libératoires, le fait que les Ateliers protégés, nouvellement rebaptisés Entreprises de Travail Adaptés, sortent du champ médico-social demeure le point le plus important de cette loi dans le milieu de travail ordinaire. L'avenir nous dira si le danger pressenti par le GAP (Groupement des Ateliers Protégés) d'un glissement de population et d'un désengagement de l'État étaient justifiés.

Le CAT, nouvellement appelé ESAT, devient l'unique établissement de travail protégé. La loi 2005-102 et surtout le décret d'application 2006-703 modifie profondément le fonctionnement de ces établissements en matière financière (participation des budgets commerciaux aux frais de siège, maintien des rémunérations des usagers en arrêt maladie), procédurale (le rôle de la MDPH se trouve renforcée pour toute décision sur l'admission, le maintien et la levée de prise en charge d'une personne handicapée), administrative (création d'un contrat de soutien et d'aide au travail, établissement de la convention triennale avec la DDASS) et de population accueillie :

¹⁹ loi 2005-102, art 2.

²⁰ Andicat : Association Nationale des Directeurs et Cadres de CAT, présidée par Monsieur G. ZRIBRI.

²¹ « [...] en particulier, choix de privilégier la dimension médico-sociale, ce qui implique d'être largement ouvert aux personnes les plus handicapées (y compris les personnes handicapées psychiques) et d'exercer des activités susceptibles de les mobiliser [...] ». Les cahiers d'Andicat – Préparer l'excellence des ESAT pour l'avenir ou l'utilité des bonnes pratiques. N°5 page 9.

- en matière d'âge : la possibilité est offerte aux ESAT d'accueillir des jeunes adolescents à partir de 16 ans sous condition d'orientation de la CDA en commission plénière.
- en matière de capacité de travail : *« la CDA peut décider d'orienter vers les ESAT des personnes handicapées dont la capacité de travail est supérieure ou égal au tiers de la capacité normale lorsque leur besoin d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, expressément motivés dans la décision, le justifie et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail »²²*

Enfin, le changement de dénomination des CAT en ESAT est, à mon avis, fort important. L'apparition du « S » prend toute sa signification lorsqu'il est mis en corrélation avec le rapport du sénateur P. Blanc du 24/07/2002 qui stipule *« Une plus grande ouverture sur le milieu ordinaire des établissements doit offrir la possibilité pour les personnes hébergées d'acquérir plus d'autonomie. A ce titre, votre rapporteur se félicite des expériences de « CAT hors les murs » [...] »²³*

Nous soulèverons dans la troisième partie du présent document les implications qu'entraîne le développement de « Services d'Aide par le Travail » sur l'accueil des personnes handicapées dans nos institutions.

1.3 Le personnel

1.3.1 Historique

En lien avec l'histoire de l'institution, deux catégories de personnel se côtoient : les « anciens » de l'IME (voire du CME) qui ont été eux aussi amenés à évoluer dans un contexte de travail différent de leurs expériences passées, et les salariés embauchés lors des augmentations de capacité successives, la plus importante datant de 1991.

La première catégorie est aujourd'hui très réduite, du fait naturel des départs en retraite. Ces professionnels connaissent certains usagers depuis leur prime enfance, et sont détenteurs de leurs histoires et de l'histoire institutionnelle, à laquelle ils font souvent référence, peut-être en lui attribuant un caractère dogmatique.

La deuxième catégorie est essentiellement constituée de moniteurs d'ateliers 1^{ère} et 2^{ème} classe. Les embauches de 1991 ont été effectuées dans le bassin d'emploi ambertois, privilégiant la proximité à la technicité. En effet, si les moniteurs d'ateliers 1^{ère} classe sont en possession du CAFETS (diplôme de niveau 3), les moniteurs d'ateliers 2^{ème} classe

²² Décret 2006-703 du 16 juin 2006, art 2-VI

²³ Rapport du Sénateur P. Blanc n°369 du 24/07/2002, p 142

(niveau de diplôme originel de niveau 5) étaient en grande partie sans qualification professionnelle médicosociale validée, et « faisaient fonction de ».

Par contre, ce sont toutes des personnes ayant une expérience – plus ou moins réussie – dans le secteur industriel et qui ont occupé des emplois peu gratifiants et ne demandant pas de prise d'initiatives.

Il faut reconnaître la difficulté de recrutement de personnel diplômé pour les institutions sises en milieu rural, loin des centres régionaux économiques. Lors de ma prise de fonction en 1997, une seule monitrice deuxième classe était titulaire du CQFMA obtenu un an plus tôt.

Un deuxième « clivage » dans le personnel est cependant encore présent : une certaine « opposition » existe entre les salariés qui ont connu l'ancienne association et la directrice précédente, et ceux qui ont été recrutés après 1997. Ceci se ressent dans l'investissement de chacun dans les deux domaines de notre mission : l'accompagnement médicosocial et la mise au travail. Cette dysharmonie est à l'origine d'échanges soutenus lors des réunions institutionnelles et de divergences notables dans la conception des prises en charge que l'établissement doit dispenser.

1.3.2 Organigramme

L'Établissement comme tous les établissements de l'Association relève de la convention collective du 15 mars 1966, convention qui valorise dans ses grilles indiciaires l'ancienneté acquises des personnels (elle prévoit des augmentations liées à l'ancienneté dans l'emploi au maximum tous les trois ans).

L'organigramme hiérarchique actuel (annexe 2) ne mentionne aucun professionnel de santé (Psychiatre, Infirmier) ni d'intervenant social (Assistant social, Conseiller en Économie Sociale et Familiale), ni de moniteur principal, ni de chef d'atelier.

Seul un poste à temps partiel de Psychologue a pu être obtenu dans le cadre des embauches liées à la Réduction du Temps de Travail (RTT), qui a généré également un demi poste de moniteur d'atelier deuxième classe, ainsi qu'un 40% d'Animateur première catégorie. Ce dernier est en fait un poste qui ne devrait pas figurer sur notre organigramme, car il est rattaché au Service de suite. En effet, l'ESAT finance ce poste à la demande de l'association gestionnaire depuis 2000 pour des raisons d'équilibre financier des enveloppes ARTT octroyées en fonction des organismes de tutelle

La restauration est assurée en interne et reste culturellement un gage de qualité dans les mentalités de l'institution. Nous disposons d'un plein temps de cuisinier, et d'un plein temps de Moniteur d'atelier qui encadre quatre travailleurs handicapés.

L'établissement dispose au 31/12/2006 de 1,25 ETP d'agent administratif (niveau CAP) faisant fonction de secrétaire et de comptable depuis 1986.

De 1991 à 1997, aucune formation diplômante n'a été demandée par l'institution ou par les salariés en poste.

Il faut noter également que depuis 1991, des salariés émargent sur le Budget Annexe de Production et de Commercialisation (BAPC), faute d'avoir obtenu leurs financements par l'autorité de tarification. Le BAPC a financé jusqu'à 2 ETP en 1992.

A ce jour, le tableau des effectifs de l'ESAT mentionne pour 63 travailleurs handicapés 12,30 ETP toutes professions confondues dont 0,60 ETP financés par le B. A. P. C. Notre ratio d'encadrement toutes professions confondues sur le budget DDASS est donc de 0,186 ETP par travailleur handicapé accueilli, et devient globalement 0,195 ETP. La moyenne nationale préconisée par le ministère depuis la mise en place de la réduction du temps de travail est de 0,212 ETP, ce qui signifie que nous pourrions disposer de plus d'un ETP supplémentaire...

Nous n'avons pas de crédits budgétaires pour du personnel de remplacement, et sommes de toute façon confrontés à de réelles difficultés de recrutement lors de vacances de postes, que ce soit pour des remplacements temporaires ou pour des contrats à durée indéterminée. Il est arrivé qu'un poste soit vacant plus deux mois à la suite d'une démission, emploi pourtant peu technique (Moniteur d'atelier en sous-traitance) et souvent recherché dans nos institutions par les nouveaux diplômés.

TABLEAU DES EMPLOIS DE L'ESAT D'AMBERT

Emplois	ETP	Âges au 31/12/2006	Anciennetés au 31/12/2006	Niveau d'études au 31/12/2006
Directeur	0.75	46	10	3
Directeur Adjoint	0.25	55	28	3
Psychologue	0.20	28	2	1
Agent administratif	1.00	42	20	5
Agent administratif	0.25	39	18	6
Cuisinier	1.00	55	23	5
Agent de service	0.10	46	13	6
Moniteur d'atelier Blanchisserie	1.00	57	13	5
Moniteur d'atelier Blanchisserie	1.00	47	10	3
Moniteur d'atelier Espaces verts	1.00	40	3	5
Moniteur d'atelier Espaces verts	0.50	57	15	3
Moniteur d'atelier Nettoyage de locaux	0.45	47	9	5
Moniteur d'atelier Cuisine	1.00	30	11	5
Moniteur d'atelier Sous-Traitance	1.00	35	7	3
Moniteur d'atelier Espaces verts	0.40	36	1	5
Moniteur d'atelier Sous-traitance	1.00	55	12	5
Moniteur d'atelier Peinture	1.00	43	4	5
Animateur	0.40	27	3	3
	Total 12.30 ETP	46 ans en moyenne	11 ans en moyenne	

1.4 La population accueillie

1.4.1 La population initiale

Comme je l'indique plus haut, le CAT d'Ambert a été créé en 1983-1984, principalement en raison de l'âge croissant des enfants accueillis en IME.

En effet, les 20 puis 30 places agréées au CAT ont été très rapidement occupées par les adolescents de l'ex-IME devenus adultes. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'à la même période, un autre IME fermait ses portes à 20 kilomètres d'Ambert en se transformant lui aussi en CAT. La solution « CAT » était devenue, à l'époque, une solution unique et incontournable pour répondre aux différentes demandes des partenaires institutionnels existants (Hôpitaux psychiatriques, Aide sociale à l'enfance, et ex « bureaux d'aide sociale »).

La population accueillie à l'origine au CAT, issue à 90% de l'ex-IME répondait en fait à trois situations que j'illustre par trois exemples :

- la proximité géographique afin de répondre aux besoins locaux (Ambert est une petite sous-préfecture de 8.000 habitants en milieu rural) et qui prenait en charge les «débiles profonds» (appellation retrouvée systématiquement dans les dossiers archivés des enfants de l'IME),

Monsieur R. C., trisomique, accueilli préalablement à l'IME, né en 1964 et admis en janvier 1986, est issu d'une famille nombreuse ambertoise, avec laquelle le travail de partenariat a toujours été possible. En effet, il a pu rapidement bénéficier d'un accompagnement en Service de Suite, disposant d'un logement comme tout un chacun, et épaulé quotidiennement par l'équipe éducative en totale confiance avec l'ensemble de sa fratrie et de ses parents. Monsieur R.C. est encore pris en charge par nos institutions à ce jour et le travail avec la famille perdure, malgré le décès des parents et l'éloignement géographique de ses frères et sœurs.

- l'orientation de jeunes adultes issus de l'aide sociale à l'enfance de tous les départements, qui résidaient souvent en famille d'accueil dans la région ambertoise, avec une histoire plus ou moins heureuse ...

Monsieur C. V. né en 1958 a été admis en septembre 1984 au CAT et au SSG d'Ambert. Il présentait alors une forte pathologie mentale. Originaire de Marseille et abandonné par sa famille dès son plus jeune âge, il a été accueilli dans dix familles d'accueil différentes entre 1964 et 1979 dans la campagne environnante, placé par les services de l'Aide Sociale à l'enfance. Suite à une détérioration importante de son comportement et après des essais de travail en milieu ordinaire «mouvementés », il a été admis au CAT en 1984. Monsieur C.V. est toujours présent dans l'effectif de l'établissement, à temps partiel

(80%) et ses hospitalisations autrefois régulières et fréquentes se sont espacées. Son comportement s'est stabilisé, aidé par un traitement psychiatrique (leponex® – atarax® – heptamyl® – floxyral®). Son maintien au CAT avait pourtant fréquemment soulevé des échanges passionnés en équipe pluridisciplinaire.

- l'orientation d'adultes suivis en secteur psychiatrique pour lesquels aucune autre solution d'intégration dans le monde du travail ne correspondait.

Monsieur D. M. né en 1947 a été admis au CAT et au SSG d'Ambert en juillet 1984. Avant son admission, il a vécu depuis l'âge de six ans plus de trente années en hôpital psychiatrique dans la région de Tours (37). La volonté de sa sœur, qui habite à Clermont-Ferrand, de le voir pris en charge hors établissement psychiatrique a coïncidé avec la première augmentation de capacité du CAT d'Ambert. Après une période d'essai mouvementée devant les troubles de son comportement, il a pu trouver un certain équilibre au CAT, et bénéficier d'un appartement en ville avec le soutien de l'équipe éducative du Service de Suite. Sa prise en charge au CAT a évolué avec le temps et selon ses difficultés relationnelles. Monsieur D. M. est actuellement à mi-temps au CAT pour des raisons de fatigabilité, et n'a plus aucun traitement psychiatrique ... Il va bientôt faire valoir ses droits à la retraite.

1.4.2 La population actuelle

Après 23 ans d'existence, un état des lieux s'impose. Pour ce faire, L'établissement dispose d'un outil pertinent, mais bien souvent mal (ou pas) exploité, et par les autorités de contrôle, et par les Associations gestionnaires : le tableau de bord annuel, dénommé « tableau de bord des données structurelles » mis en place dès 1986. Le groupe 4 du CNCPH indiquait d'ailleurs dans son rapport d'étude de l'avant-projet de décret : « *Le tableau de bord à renseigner chaque année est particulièrement exhaustif [...] mais n'est plus exploité depuis 1999* »²⁴

Au 31/12/2006, l'ESAT d'Ambert accueille 62 travailleurs handicapés (38 hommes et 24 femmes) orientés par la COTOREP ou par la MDPH. 55 sont en logement autonome. 50 bénéficient d'une prise en charge éducative en Service de Suite. Je rappelle ici qu'il n'existe pas de Foyer d'hébergement sur l'arrondissement ambertois. Les autres résident dans leur famille naturelle.

24 font l'objet d'une mesure de protection juridique (curatelle aggravée ou tutelle en gérance) et 26 ont un traitement psychiatrique notable.

Les deux graphiques en annexe 3 et 4 sont révélateurs :

²⁴ Rapport du Groupe « compensation - ressources » du CNCPH, publié sur Internet en février 2006.

- d'une population dont l'ancienneté moyenne (14 ans et 8 mois) a été pondérée par les nouveaux arrivants lors des augmentations de capacité (en 1997 : +4 et en 2003 : +9) de 50 à 63 personnes,
- d'une population vieillissante (moyenne d'âge de 43 ans et 1 mois), malgré le jeune âge des nouveaux arrivants (pas encore de départ en retraite fin 2006).

Nous pouvons de plus utiliser la liste des principales déficiences recensées et qui est à renseigner dans les tableaux de bord annuels :

Dénominations Tableau de bord	Nombres	Pourcentages
Retard mental léger	12	19,36%
Retard mental moyen	32	51.61%
Retard mental profond	1	1.61%
Déficiences graves du psychisme suite à lésion cérébrale	1	1.61%
Autres déficiences du psychisme	15	24.20%
Déficiences motrices	1	1.61%
TOTAL	62	100.00%

Il nous faut cependant pondérer ce dernier document, puisqu'il s'agit d'affecter chaque usager dans la catégorie de déficience primant sur d'autres en cas de multi déficiences. En effet, beaucoup de personnes relevant de retard mental moyen présentent aussi des troubles associés (du comportement mais aussi sensoriels ou moteurs) et suivent un traitement médicamenteux.

A l'inverse, certains de ceux qui présentent une pathologie psychiatrique importante relèvent aussi de la déficience intellectuelle

L'analyse est donc complexe à effectuer, et peut aussi être subjective selon les critères retenus par le rédacteur.

1.4.3 La liste d'attente de l'ESAT d'Ambert

Au 31 décembre 2006, 36 adultes reconnus travailleurs handicapés sont présents sur la liste d'attente de l'établissement, soit plus de 50% de sa capacité agréée. Je précise ici que cette liste est régulièrement actualisée selon les modalités suivantes :

Les notifications délivrées par la COTOREP ou la MDPH. étant établies pour cinq ans, les personnes de cette liste dont le renouvellement n'est pas effectué au bout de ces cinq années sont considérées comme sorties.

Régulièrement, j'adresse un courrier individualisé à chaque personne lui demandant si elle désire toujours intégrer l'établissement que je dirige. Il arrive fréquemment de recevoir

un avis contraire, de n'avoir aucune réponse, ou tout simplement d'être avisé de son accueil dans un autre ESAT. (La MDPH du Puy-de-Dôme oriente souvent sur deux structures sur la même notification, sous réserve de place). Nous pouvons alors regretter qu'aucun suivi départemental des listes d'attente ne soit effectué, mis à jour « au fil de l'eau » et communiqué aux établissements concernés...

Enfin, chaque impétrant est reçu en entretien dès qu'il entre en contact avec notre établissement. Cet entretien est primordial pour la suite en cas d'admission. Nous développons dans le projet d'établissement les modalités actuelles de l'entretien et celles qu'il me semble judicieux de mettre en place.

En effet, nous considérons l'admission en ESAT (depuis ma prise de fonction, donc bien avant les dispositions de la loi 2002-2) comme une sorte de contrat synallagmatique qui engage et sert chaque « co-contractant ». Il me paraît indispensable en effet, que la personne connaisse bien le fonctionnement de l'ESAT et ses objectifs, et que nous puissions avoir un premier éclairage sur l'adéquation entre ses demandes, ses besoins et l'offre de service de l'établissement. J'ai plusieurs fois été surpris de la méconnaissance des personnes concernant la vocation médico-sociale des ESAT, ces dernières refusant catégoriquement leur éventuelle admission après la visite de l'établissement, souvent heurtées par la population déjà accueillie...

A la vue de cette liste (voir annexe 5), nous pouvons déjà nous interroger sur la pertinence d'admettre des personnes de plus de 50 ans. En se rapprochant de cette tranche d'âge, nous voyons que les personnes concernées licenciées d'une entreprise locale ont peu de difficultés intellectuelles, une autonomie « quasi-normale » mais de gros problèmes sociaux (rupture familiale, difficultés financières, ...).

Si nous faisons une analyse de cette liste d'attente selon le fait générateur du dossier de Reconnaissance Travailleur Handicapé (lorsque nous en avons connaissance), nous pouvons nous rendre compte que sur 19 personnes :

- 8 sont issues du secteur psychiatrique,
- 7 ont des difficultés d'ordre social,
- 4 relèvent de la seule déficience intellectuelle.

La mauvaise connaissance des établissements par les équipes de l'ex- COTOREP est une explication majeure de cette situation. Les personnes siégeant en commission ont gardé à l'esprit l'origine de l'établissement qui accueillait une population « hétérogène ». Elles ont, il me semble, intégré des standards d'orientation en fonction du type de handicap. Si certains ESAT sont « spécialisés » dans la maladie mentale et d'autres dans

la déficience intellectuelle, l'ESAT d'Ambert, malgré son appartenance décennale à l'ADAPEI ne rentre dans aucune « case » prédéfinie.

Je garde toujours en mémoire la visite des médecins de l'ex- COTOREP en 2002, invités à mon initiative afin de mieux connaître l'établissement.

Ayant rencontré l'ensemble des travailleurs handicapés, l'un d'entre eux, me fit part au repas de son étonnement : « Mais vous accueillez des trisomiques à Ambert ? ».

Je reçois encore des doubles notifications précisant l'orientation sur l'établissement que je dirige et sur un autre établissement de travail protégé particulièrement centré sur la prise en charge des personnes souffrant de pathologie mentale ou de problèmes sociaux importants.

Nous verrons dans la troisième partie l'importance de développer la communication avec les partenaires institutionnels, souvent pris dans une force d'inertie liée à des fonctionnements quelques fois anciens et obsolètes. La récente création de la MDPH , lorsque cette dernière sera véritablement opérationnelle, est pour moi porteuse d'espoirs dans notre champ d'intervention. (Voir en annexe n° 6 le schéma relationnel de l'ESAT).

1.5 Conclusion de la première partie

Nous avons pu, grâce aux éléments descriptifs ci-dessus, approcher la complexité des demandes de prises en charge au sein de l'ESAT d'Ambert.

Cette complexité qui existe assurément dans d'autres établissements similaires est renforcée sur cet ESAT par son histoire, sa situation géographique, sa récente appartenance au mouvement parental, et la perception qu'en ont les instances de contrôle et d'orientation. Comment proposer alors un accompagnement professionnel adapté à chaque usager (qui doit être au centre du dispositif ...) et donc individualisé, sans nuire à la cohésion globale de l'établissement devant la diversité des demandes de chacun ?

Un de mes rôles est donc de mettre en œuvre ou d'initier toute solution permettant d'apporter les conditions nécessaires à la réalisation des missions de l'établissement, en recentrant l'action sur la prise en charge de l'utilisateur.

Je me situe de plus comme coordinateur entre les différentes composantes de notre environnement, dans lequel je dois articuler des moyens et des outils internes et externes afin d'aboutir à une cohérence de nos prises en charge.

Mais la fonction de Direction doit avant tout être en harmonie avec les valeurs que l'homme possède et défend : « [...] *la personne est au service du personnage, mais celui-*

ci est incarné par une personne singulière. C'est ce qui en fait chair, ce qui constitue la profondeur humaine de la charge. La force de celui qui l'accepte »²⁵.

Avant de savoir comment utiliser ces outils à bon escient, je dois préalablement m'attarder sur les forces et les faiblesses diverses de l'ESAT d'Ambert, mieux les comprendre et analyser les difficultés inhérentes à l'accueil d'une population hétérogène amenée à se côtoyer quotidiennement dans le cadre d'une activité professionnelle qui doit être source d'épanouissement pour tout un chacun, quel que soit son type de handicap et son degré d'autonomie.

²⁵ JAEGER M. - *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - Dunod – 02/2006 – p.1173

*« Lorsque l'énoncé d'un problème est exactement connu,
le problème est résolu. »*

Alain – Propos de littérature

2 ANALYSE DES BESOINS ET DES CARENCES

2.1 La problématique des usagers

2.1.1 Les handicapés « sociaux »

En premier lieu, il est intéressant de rappeler l'évolution de ce concept abordé pour la première fois dans les années 1970 : la loi du 19 novembre 1974 innovait avec la possibilité offerte aux personnes victimes de handicaps sociaux, d'être accueillies dans des établissements de travail protégé²⁶. Au niveau juridique, il faut rappeler que le législateur a introduit en 1974, dans le code du travail, le concept de handicap social²⁷.

Compte tenu des différences assez profondes dans les difficultés rencontrées pour se remettre au travail ou reprendre une activité, le gouvernement recommandait d'adapter aux handicapés sociaux les formes d'accueil offertes aux handicapés physiques et mentaux. Les préfets étaient invités à prévoir, chaque fois que cela apparaissait opportun, compte tenu de la population susceptible d'y être accueillie, la création de centres d'aide par le travail adaptés à l'accueil des handicapés sociaux.

Or ces orientations n'ont jamais été appliquées et en 1979, une autre circulaire ministérielle va opérer une rupture totale²⁸ que nous rapprocherons du contexte législatif (Lois de 1975 et circulaire 60AS dont les décrets d'application datent de 1978).

Il n'est plus question de handicapés sociaux mais de « personnes en difficulté sociale » et les ateliers protégés de l'époque ou centres d'aide par le travail ne concernent que les handicapés physiques, sensoriels ou mentaux.

La dialectique d'alors concernant la notion de « handicap social » s'articulait ainsi :

Les arguments les plus entendus pour éviter de parler de handicap social étaient l'irréversibilité qui caractériserait le handicap physique, sensoriel et mental, qui ne saurait

²⁶ Circulaire du 15 juin 1976 (journal officiel NC du 30 juillet 1976)

²⁷ Loi n° 74.955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiait diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70.1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

²⁸ Circulaire 44 du 10 septembre 1979

concerner le social, et la stigmatisation de la personne si ce vocable de handicap social était employé.

A l'inverse, il n'est pas interdit de s'interroger sur la réversibilité ou l'irréversibilité des handicaps les situations pouvant se figer ou évoluer selon la nature et la durée de l'accompagnement qu'il soit médical ou social. De plus, nous pourrions estimer que ce terme peut au contraire être fondateur, au profit des personnes concernées, d'une nécessaire discrimination positive, qu'il est toujours difficile de faire accepter dans un pays marqué au fer rouge du principe de l'égalité.

Notons les travaux de la commission des affaires sociales du Sénat en mars 2006 qui reprennent cette interrogation.²⁹

En second lieu, nous devons nous interroger sur la pertinence d'une prise en charge ESAT de ces personnes. « *Une analyse statistique et qualitative de la population reconnue handicapée[...] montre que ces personnes sont confrontées à une précarité qui résulte moins du handicap que de leur origine sociale et de leur trajectoire de vie* »³⁰. Même si les ex COTOREP ont « étendu » la reconnaissance de travailleur handicapé à cette population,^{31 32} je ne peux me résoudre à entendre les arguments développés pour étayer ce positionnement. La crise économique et la dégradation du marché de l'emploi ne doit pas légitimer une dérive dans les établissements. Nos politiques sociales ont mis en place d'autres types de structures, d'appui et de soutien pour les personnes exclues socialement, par la précarité du travail, par la rupture du lien social ou pour d'autres raisons (rupture familiale, conduites addictives, etc...). La reconnaissance de « travailleur handicapé » devrait à mon sens, prendre en compte que le handicap et non les problèmes sociaux à l'origine de l'exclusion professionnelle des personnes.

De plus, et c'est souvent un reproche formulé aux établissements, le fait de pouvoir admettre ces personnes en ESAT qui possèdent une capacité de travail relevant du milieu ordinaire dénaturerait leur vocation en « *rompant l'équilibre des populations* »³³. Les établissements pourraient alors céder à la facilité de ces admissions pour faire face aux difficultés de leur BAPC, à la technicité grandissante des tâches confiées, et à l'objectif chimérique d'insertion professionnelle en milieu ordinaire ...C'est de tels agissements qui nous livrent à des critiques acerbes et à la vindicte de certains, profitant de dérives

²⁹ Intervention du sénateur Alain VASSELLE du 15 mars 2006 sous la présidence de Monsieur N. ABOUT

³⁰ PIERRE J. M. : Travail, handicap et précarité «Handicap, revue des sciences humaines et sociales » janvier - mars 2001, n°89 p 122.

³¹ ZRIBI G. : *L'avenir du travail protégé*, ENSP juin 2003, p 58

³² FORGUES P. : *Rapport d'information sur le fonctionnement des COTOREP*, A.N. , 12 juillet 2000, p. 11

³³ Circulaire 60AS article 232-2

isolées (que je ne conteste pas mais qui représentent une infime partie des pratiques) pour amalgamer l'ensemble du système à un « *scandale humain et financier* »³⁴.

Enfin, je doute que les professionnels d'un ESAT soient les mieux placés pour accompagner les personnes en rupture de lien social dans leurs difficultés.

Je rappelle ici que selon la convention collective du 15/03/1966, un moniteur d'atelier deuxième classe peut n'être titulaire que d'un diplôme de niveau 5 (généralement un CAP) en rapport avec l'activité exercée dans l'atelier³⁵. Seule une formation complémentaire de type « Certificat de Qualification aux Fonctions de Moniteur d'Atelier » (CQFMA) est exigée. Or, nombre de personnes qualifiées de « handicapées sociales » ont un niveau scolaire élevé, ont travaillé en milieu ordinaire avec des exigences toutes autres, et possèdent des acquis souvent supérieurs à la moyenne des professionnels. Leurs difficultés sont étrangères à la technicité des Moniteurs d'ateliers : problèmes liés à la petite enfance, problèmes familiaux ou sociologiques, conduites addictives (alcool, drogues, ...), passé carcéral et le plus souvent, chômage de longue durée.

Quant à la nature même des travaux effectués dans les ateliers, rares sont ceux en adéquation avec le potentiel de ces personnes. Quel épanouissement peuvent-elles trouver dans des tâches souvent répétitives, ne demandant que peu de réflexion et d'initiative ? En effet, bon nombre d'établissements ont appliqué une certaine « Taylorisation » adaptée bien sûr au contexte, qui répondait parfaitement à la mise au travail des personnes déficientes intellectuelles. De plus, quelle image d'eux-mêmes leur renvoie l'institution ? Acceptent-ils facilement de partager les mêmes tâches que des « collègues » dont le handicap est souvent stigmatisé par leur déficience intellectuelle ?

Rappelons aussi que la perte d'un statut de salarié (au sens légal du code du travail) est difficilement acceptable pour des personnes qui ont auparavant travaillé en milieu dit normal, pour acquérir un statut d'usager d'un système médico-social souvent mal perçu par l'extérieur.

2.1.2 Les handicapés psychiques

Le terme de « handicap psychique » a été initié par l' Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM) pour séparer les problématiques de la maladie mentale des autres types de handicap, plus particulièrement du handicap mental. Le livre blanc de Santé Mentale³⁶ souligne trois différences essentielles :

³⁴ GOBRY P. : *L'enquête interdite*, éditions cherche - midi 2002.

³⁵ Convention Collective du 15 mars 1966, annexe 10.

³⁶ SANTE MENTALE France. *Le livre blanc des partenaires de la santé mentale France*. Editions de santé, 2001, p. 31

- La déficience est une caractéristique du handicap mental, alors que les capacités intellectuelles peuvent rester fortes dans le handicap psychique : « *L'intelligence des premiers est touchée par une défaillance, un manque, un blocage. L'intelligence des seconds est voilée et comme étouffée par des difficultés de relations au monde* »³⁷.
- Le handicap mental ne nécessite que peu de soins qui sont incontournables dans le handicap psychique,
- Les incapacités du handicap mental sont stables et peuvent être palliées par des solutions durables, alors que la maladie mentale nécessite un perpétuel réajustement des adaptations, traitements et prises en charge : « *La maladie mentale implique un processus, c'est à dire « ça commence, ça dure et ça se termine ». Elle nécessite un médecin et donc l'administration de thérapeutiques* »³⁸.

Je reprendrais ici la définition évoquée par Monsieur ZRIBI³⁹: « Les troubles psychiques (notion plus large que celle de « handicap psychique ») [...] entraînent des itinéraires de vie très différents selon le degré d'autonomie (ou de dépendance) des personnes. Certains malades mènent une existence normale, d'autres vivent de manière plus ou moins permanente en institution ou ont un besoin continu d'aides psychosociales : on parle alors de handicapés psychiques ».

La caractéristique principale du handicap psychique est la non - adéquation du rapport à son environnement. Cette non – adéquation génère très fréquemment l'isolement, l'inadaptation, voire l'exclusion, dans quel que domaine que ce soit.

Nous pouvons décliner quelques autres caractéristiques d'une personnalité psychotique : incapacité à supporter la frustration, discernement altéré des situations, interprétation des échanges faussée, recours systématique aux mêmes moyens sans adaptation aux situations rencontrées, incapacité à retrouver un équilibre après une émotion déstabilisante, fragilité et/ou rigidité du caractère, instabilité chronique de l'humeur et du jugement, réponses disproportionnées face aux stimulations externes.

Face à l'accroissement des demandes de prises en charge des adultes handicapés par maladie mentale, une réflexion sur ce thème est indispensable afin d'identifier les besoins et de définir les modes de prises en charge adaptés à ce type de handicap. En effet, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 a recentré les activités des établissements publics de santé sur les soins de court séjour, avec des durées moyennes de séjour brèves. Cette évolution comporte un risque de glissement du sanitaire vers le médico-

³⁷ VOCAT Y.. *Apprivoiser la déficience mentale*. L'harmattan, 1997.

³⁸ TOMKIEWICK S. *Maladie mentale et handicap mental* – Sésame n° 112 –07/1994.

³⁹ ZRIBI G. et SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits* ENSP 2003 p.11

social. Rappelons ici l'esprit de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 qui était à l'origine de la séparation entre le sanitaire et le médico-social, et qui laissait entrevoir les lois de 1975, spécifiques aux institutions médico-sociales.

Les désordres psychiques graves dont souffrent les nouveaux prétendants au travail protégé, ont obéré, parfois de façon conséquente, leurs capacités intellectuelles et souvent altéré leur niveau de conscience. Les hospitalisations en psychiatrie répétées souvent depuis l'adolescence, hypothèquent les capacités d'adaptation sociale. C'est une population réclamant une prise en charge spécifique et soutenue, tant au plan des soins qu'au plan social et nécessitant un personnel spécialisé. La problématique de cette population demanderait des critères d'admission bien définis. En effet, la frontière entre le statut de « patient » et celui de « handicapé » ou de futur usager est difficile à cerner : quelles limites sont acceptables pour une structure médico-sociale dans le respect du projet de vie de la personne ?

De trop rares essais de conventions (pourtant rendues obligatoires par la circulaire 60 AS)⁴⁰ avec le secteur psychiatrique de rattachement ont été imaginés pour formaliser des relations de travail souvent conflictuelles. Nombre de structures de travail protégé se sont trouvées un jour confrontées aux carences de l'inter secteur psychiatrique, soit par manque de lits, soit par refus de partenariat, ne laissant que « l'arme » de l'hospitalisation d'office face à une situation de dangerosité – pour l'usager ou son environnement - pressentie depuis longtemps mais sans solution en amont.

En outre, les schémas régionaux d'organisation sanitaire « managés » par les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) démontrent, dans un souci d'équilibre financier, leur volonté de voir diminuer le nombre de lits en psychiatrie.

Mais pouvons-nous envisager une fracture si importante entre deux mondes (le sanitaire et le médico-social) dont l'approche des personnes handicapées psychiques diffèrent fondamentalement ? En effet, si le sanitaire s'efforce de réduire les conséquences des déficiences, le médico-social quant à lui aspire à favoriser l'intégration pour diminuer le désavantage.⁴¹ L'accompagnement de ces personnes dans nos structures doit nous contraindre à dépasser ce clivage. La persistance de la dimension « soins » doit donc être conjuguée avec la dimension de l'accompagnement médico-social.

Ceci implique que chaque partenaire doit connaître les limites de ses compétences, de reconnaître celles de l'autre, et de savoir passer le relais à temps. « *La pratique en*

⁴⁰ Circulaire 60 AS article 144-22

⁴¹ Référence faite aux termes cités dans la CIH construite à partir du modèle de Wood et adoptée par le France en 1988.

réseau est le moyen le plus puissant d'explication des pratiques puisqu'il repose sur des définitions précises des spécificités de chacun »⁴².

Nous verrons dans la troisième partie du présent document comment nous pouvons envisager ce travail en réseau avec l'inter secteur psychiatrique, tout en gardant notre spécificité liée à notre mission édictée par notre projet d'établissement

2.1.3 Les handicapés mentaux

Le handicap mental est considéré comme le fait pour une personne de se trouver durablement limitée dans ses activités et ses potentiels : la personne peut donc présenter les déficiences suivantes :

- cognitives : lacunes mémorielles, analphabétisation, méconnaissance des chiffres, de la valeur de l'argent, ignorance du schéma corporel, inaptitude à comprendre des procédures logiques ou des conventions tacites ...
- physiques : hémiplégie, amputation, motricité réduite, absence de dextérité, ...
- sensorielles : surdité, cécité, mutisme, ...Notons qu'à l'ESAT d'Ambert, nous n'accueillons actuellement pas de personnes en situation de handicap exclusivement physique ou sensoriel.
- sociales : faiblesse de communication, isolement, exclusion du fait du handicap, incapacité au travail, non-appréhension des règles sociales, ...

De ces déficiences découle le besoin d'un accompagnement spécifique et adapté à la personne accueillie dans et hors structure d'aide par le travail.

Le recours aux activités de soutien du premier type permet l'apprentissage diversifié et personnalisé. Cet apprentissage nécessite des moyens humains et matériels importants, du temps éducatif et une prise en compte des potentialités de chacun. Chaque usager possède ses propres compétences et ses propres difficultés face au travail. L'accompagnement, l'apprentissage et la formation vers la réalisation de son travail est donc individuel, prenant en compte la spécificité de l'individu.

Le recours aux activités de soutien du deuxième type favorise le développement social personnalisé. Grâce à ces activités, l'usager enrichit sa sphère de potentiel et accentue son autonomie, ses acquisitions culturelles, sociales ou redécouvre son schéma corporel. Des interventions extérieures financées par l'ESAT sont réalisées (activités de théâtre favorisant l'expression, de sensibilisation au code de la route, de visites diverses développant la curiosité, etc.)

⁴² ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale* Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002, p. 36.

Dans le travail, un accompagnement permanent et personnalisé lui fait prendre confiance en lui, permet la réalisation de tâches plus ou moins complexes qui le valorisent au sein du groupe et aux yeux de son environnement proche. Des postes de travail étudiés et adaptés (taylorisation) permettent de donner des tâches à tous les niveaux de potentiel. Les moniteurs veillent à la bonne adéquation entre l'usager et le travail proposé, tout en ayant des approches ergonomiques particulières.

Le fait de disposer de ressources issues de son travail est une reconnaissance sociale pour le travailleur handicapé. La perception de ce principe est cultivée par les professionnels des établissements de travail protégé.

Dans les structures d'hébergement ou en SAVS, l'équipe éducative s'attache à l'autonomie et/ou à l'intégration de l'usager dans la société, s'appuyant sur son projet individuel qui met en œuvre des moyens personnifiés afin de pallier les carences dues à chaque type de déficience.

2.2 Les difficultés au travail et les problèmes relationnels inter usagers

2.2.1 Les difficultés à l'admission des personnes handicapées psychiques

Tout directeur d'établissement de travail protégé doit faire face, lors de l'admission de personnes handicapées psychiques, à des problématiques spécifiques, inconnues pour l'accueil de personnes handicapées mentales.

Franchir le seuil de l'ESAT, c'est souvent devoir renoncer aux expériences professionnelles antérieures en milieu ordinaire, dont le souvenir prégnant est conservé comme idéalisé et occultant les conséquences de la maladie. Cela peut aussi, à contrario, engendrer une peur de renouveler un échec vécu antérieurement, dont les conséquences négatives n'ont pas été évacuées.

Puis se réinsérer dans une équipe de travail, avec des devoirs et des contraintes de toutes sortes peut renvoyer à la personne un sentiment d'insécurité face à la brusque confrontation à la réalité du monde du travail. En effet, ces contraintes qui constituent l'outil principal de réinsertion sociale n'existent pas dans les structures hospitalières. Les exigences de l'ESAT (respect des horaires, du travail et de sa qualité, promiscuité avec les autres usagers...), même atténuées par l'accompagnement médicosocial, peuvent être source de peur et déstabilisantes. Venir en ESAT, c'est bouleverser son environnement, son lieu de vie et ses habitudes. Il faut quitter alors les murs sécurisants de l'hôpital ou la cellule familiale, abandonner ses repères quotidiens et accepter de passer des activités thérapeutiques à un véritable emploi, valorisé par une rémunération dépendante de son assiduité.

Mais accepter les autres types de handicap n'est pas toujours une évidence : une personne souffrant de maladie mentale possède bien souvent un niveau intellectuel élevé, avec un cursus scolaire supérieur à ceux des autres usagers. L'acceptation du handicap mental est souvent difficile, surtout face à des personnes stigmatisées (la trisomie 21 est l'exemple le plus flagrant). J'ai été confronté à cette difficulté lors de la visite de l'établissement par une personne handicapée psychique dont le tuteur avait demandé une orientation sans avoir au préalable pris le temps de « préparer » cette visite avec son « protégé ». La réaction cinglante ne s'était pas fait attendre : « je ne suis pas un mongol, moi ... ». Pour accepter les autres types de handicap, il faut en amont reconnaître le sien. Une personne malade mentale admet sa maladie, mais dénie son handicap. Avant d'accepter l'ESAT, « *il lui faut apprendre à vivre avec son handicap* »⁴³.

S'approprier un projet de travail n'est pas aisé, car la notion même de travail a souvent consisté en « *un mythe salvateur qui fonctionne d'autant plus qu'on en est éloigné* »⁴⁴. Passer de l'hôpital au CAT, c'est passer de malade, objet de soins, à usager, acteur et sujet d'un projet professionnel. Rejeter ce projet, c'est rester dans un environnement protecteur créé par la prise en charge sanitaire, et ne pas se positionner en tant que sujet responsable de son projet.

.Enfin, nombre d'entre eux s'interrogent sur leur future rémunération, car leurs facultés intellectuelles leur permettent souvent de comparer les ressources dont ils disposeront en venant travailler et celles qu'ils perçoivent avant de s'engager. Le différentiel entre une AAH à taux plein et la somme des ressources d'un travailleur handicapé en ESAT, diminuée éventuellement des frais inhérents au travail, est perçu comme insuffisant et non motivant pour accepter de travailler toute une journée.

2.2.2 Les difficultés au travail des personnes handicapées psychiques

Je parlerai des difficultés souvent liées à des maladies non stabilisées, des traitements non adaptés ou en cours de réajustement, même si des épisodes de crise sont fréquents et que les équilibres créés par un traitement psychiatrique restent très précaires, volant en éclats pour des raisons qui échappent souvent à notre logique et notre compréhension. Ces écueils prennent des formes variées : troubles du comportement, instabilité à un poste de travail, fatigue, absentéisme, manque de discernement, isolement, comportement exclusif ou auto dénigrement. Je ne développerai que ceux qui sont prégnants à l'ESAT d'Ambert :

⁴³ D'HEILLY H., SORRIAUX J.P. : *De l'insertion à l'autonomie : quelle réalité pour les malades mentaux*. Paris : Eres, 1995, p. 37.

⁴⁴ Id p. 34.

L'instabilité au poste de travail est souvent rencontrée. Même s'il est aménagé, le rythme de travail en ESAT demande une attention et une stabilité dans le temps, que ce soit sur la journée, ou sur du long terme. Nombre de personnes malades mentales ne pouvant « se tenir » à leur poste de travail pendant plus d'une heure, éprouvent le besoin d'aller essayer d'autres tâches, de trouver un exutoire (aller fréquemment aux toilettes par exemple) pour couper le rythme de travail. De plus, ces personnes ont du mal à devoir réaliser les mêmes travaux de manière itérative à plus longue échelle (une semaine entière dans un atelier de conditionnement est pour elles très éprouvante psychologiquement). Il faut donc que le moniteur puisse leur offrir du travail varié, nécessitant des apprentissages différents tenant compte de leurs capacités.

Nous avons noté un absentéisme important dans notre établissement des personnes handicapées psychiques, supérieur à la moyenne générale des usagers. Nous expliquons cet absentéisme comme constituant une réponse des personnes concernées à la fatigue d'un traitement thérapeutique lourd et à un exutoire potentiel aux exigences de l'atelier, hypothèse bien souvent confirmée par les usagers eux-mêmes. C'est un peu leur façon de nous alarmer sur une situation latente de crise, qui nous permet d'anticiper vers un accompagnement plus soutenu.

Les personnes souffrant de maladie mentale supportent difficilement la promiscuité. Ce constat reste valable à tout moment de la journée : travail, repas, pauses, activités de soutien de premier et deuxième type ... Elles vivent dans « leur monde », absorbées par leurs pensées et acceptent difficilement une intrusion extérieure. La vie en collectivité n'est pas une évidence, d'où une socialisation institutionnelle ardue. Quelle que soit l'activité concernée (travail en atelier, en prestations de services ou en activités de soutien), les malades mentaux sollicitent de manière permanente l'accompagnant, toujours en recherche d'une confirmation de la valeur de leur réalisation. Ils sont en demande constante d'une relation privilégiée, supportant mal le fait de devoir « partager » l'encadrant avec d'autres. Ce sont aussi ceux qui sollicitent le plus les autres professionnels de l'institution (secrétaire, cadres de direction) et ont peu accès à la frustration (ils réclament une réponse immédiate).

Dans les phases de lucidité, quand la maladie mentale paraît stabilisée, j'entends souvent ces personnes se plaindre des carences de leurs collègues. Elles parlent d'elles alors comme les meilleurs éléments de l'institution, me rappellent qu'elles ont travaillé « en usine » et qu'elles envisagent de sortir de l'ESAT. La CDA du Puy-de-Dôme est fréquemment saisie de courriers rédigés par l'utilisateur qui demande une levée de prise en charge pour raisons diverses (autonomie acquise, vœu de rejoindre le monde « normal », etc. ...). A l'inverse, ces personnes développent souvent une mauvaise image d'elles-mêmes. Elles vivent mal ce qui leur paraît être un échec, alors qu'il s'agit souvent de difficultés inhérentes au quotidien, que d'autres ignorent totalement du fait de leur

déficience mentale. L'autodénigrement peut amener à l'autopunition, voire à l'automutilation. Nous vivons des « épisodes » de ce type dans notre institution, avec un caractère répétitif pour certains usagers qui laissent démunis les moniteurs d'atelier, se réfugiant dans des pratiques empiriques.

2.2.3 Les problèmes relationnels

Nous avons donc vu que selon les types de handicaps, les demandes des personnes accueillies en ESAT peuvent être totalement différentes, voire quelquefois diamétralement opposées. Cet état de fait engendre souvent des difficultés relationnelles importantes au sein d'un groupe de travail, d'un atelier ou lors des activités de soutien.

La stigmatisation de certaines personnes handicapées engendre parfois la peur et la méfiance (au même titre que la perception erronée du handicap dans notre société). Il peut alors naître un phénomène de rejet de l'autre. Ceci est d'ailleurs souvent renforcé par le déni de son propre handicap : les intéressés mettent en effet en avant un sentiment de supériorité dans toute relation à l'autre, dans les activités de production ou dans les activités de soutien.

La méfiance, une fois surmontée, fait souvent place au dénigrement. Quel moniteur d'atelier (ou plus généralement quel professionnel) n'a pas été saisi de critiques acerbes dénonçant les pseudo erreurs et manques d'un travailleur handicapé de la part d'un de ses collègues ? Les situations conflictuelles sont fréquentes et demandent une grande capacité d'écoute et de résolution de conflits. Il faut alors se placer en tant que médiateur pour développer la collaboration. Les personnes handicapées sont souvent réparties dans les ateliers en fonction de leurs capacités de travail. Si nous ne décloisonnons pas les travaux confiés, nous risquons de créer des unités étanches dépendantes des compétences des usagers. Il nous faut lutter contre le clivage des « niveaux ».

Puis nous sommes confrontés au manque de communication entre les usagers. Ceci découle du danger de cloisonnement décrit ci-dessus. C'est le premier frein à la socialisation en interne, axiome incontournable à la réalisation du projet d'intégration des personnes. Cette carence de communication mène alors à une incompréhension mutuelle menant souvent à l'intolérance : « *la confrontation à la différence [...], n'est pas toujours source d'enrichissement, mais aussi de conflits graves* »⁴⁵. Ce phénomène universel avéré dans notre société, et au-delà dans les peuples d'obédiences différentes, existe aussi au sein de nos établissements. Il nous faut alors développer la notion de respect : « *Si tu diffères de moi, loin de me nuire, tu m'enrichis* »⁴⁶.

⁴⁵ LOUBAT J. R. *Et si c'était la société qui s'adaptait aux handicapés ?*. Lien social, 08/2003, n°675, p. 6

⁴⁶ JAQUARD A., *Éloge de la Différence*, Le Seuil, 1978

Enfin, nous nous heurtons quelquefois à des difficultés pour accepter des accompagnements différents en fonction des personnes : « Pourquoi le moniteur prend-il plus de temps avec l'autre ? Pourquoi je ne peux prétendre à telle activité ? »

2.3 L'articulation PAG et prises en charges existantes

2.3.1 Les attentes de l'ADAPEI

Sans refaire l'historique développé au chapitre précédent, il est important de garder en mémoire la motivation des associations de parents lors de leur création : l'éducation de leur enfants « inadaptés » et leur prise en charge dans des structures spécialisées, et non plus dans les structures hospitalières de l'époque.

Ceci explique en partie la réticence des associations de parents à admettre dans les structures qu'elles gèrent (à partir de crédits publics) les personnes souffrant de pathologie mentale.

En 1995, l'UNAPEI et l'UNAFAM, par la voix de leurs présidentes, revendiquaient la spécificité de leurs associations : *« La plupart de nos malades ont eu, à un moment quelconque, cette autonomie, ils ont à la retrouver, alors que les handicapés mentaux ont davantage à la trouver. Cette simple différence [...] justifie les différences de prises en charge de la part des professionnels, même si certains de ces professionnels sont les mêmes »*⁴⁷

Le changement de mentalité n'est, pour le Président actuel, pas facile à mettre en œuvre, du fait du non-renouvellement de la génération des administrateurs. *« Le passé tient plus lieu d'ordre du jour que de tremplin pour des évolutions possibles »*.⁴⁸ A ce jour, une révision du Projet Associatif Global a débuté, révision axée sur la participation de tous : familles, adhérents, professionnels.

Vient de plus se greffer une culture « d'effet filière »⁴⁹, qui induit une prise en charge du plus jeune âge à l'âge de la retraite (désormais au-delà, devant l'allongement de la durée de vie des personnes handicapées) : un adolescent de 20 ans pris en charge dans un IME de l'association devra avoir une place en ESAT, dès qu'il sera muni de son « sésame MDPH ». Certaines sections locales prônent à mots couverts une adhésion parentale à l'association qui faciliterait l'admission future en ESAT.

En effet, l'ESAT, contrairement au foyer de vie longtemps appelé « occupationnel », bénéficie de cette « image de marque » encore bien ancrée dans l'esprit des parents :

⁴⁷ Revue vivre ensemble, n°27 - UNAPEI

⁴⁸ MIRAMON J.M. : *le métier de directeur : techniques et fictions* ENSP 2002 ; p.36

⁴⁹ « L'effet filière » est appelé « filiarisation » par J.R LOUBAT dans son livre *Promouvoir la relation de service en action sociale* - DUNOD - 03/2007 – p. 5

l'ESAT valorise leurs enfants, ils travaillent et cette situation atténue partiellement le handicap : « *Il est patent en effet, que la norme sociale dans les sociétés occidentales [...] reste le travail et que le lien économique persiste à conditionner le lien social* »⁵⁰.

L'association a mis en place des comités de gestion dans chaque établissement pour la représenter. Ces comités de gestion ont entre autres pour mission de décider, en partenariat avec le directeur, des admissions lorsque des places vont vacantes.

A l'ESAT d'Ambert, le comité de gestion ne joue pas pleinement son rôle, puisqu'il ne se réunit que sur mes sollicitations. J'explique ce manque d'investissement par le fait que deux membres seulement ont leur enfant accueilli à l'ESAT et que la représentativité de l'association sur Ambert soit faible (25 familles adhérentes seulement).

2.3.2 Le lien Association – Directeur

L'interlocuteur privilégié de chaque directeur d'établissement reste le directeur général d'association, qui possède une importante délégation de pouvoir délivrée par le conseil d'administration.

Ce lien est un lien hiérarchique impliquant des relations professionnelles constantes, basées sur le conseil et sur l'échange. Je déplore néanmoins l'absence de fiches de poste pour clarifier les fonctions de direction, qui entretient le doute et peut générer des dysfonctionnements dans les établissements. Le règlement intérieur associatif demeure très peu disert sur les attributions et délégations des directeurs d'établissement, ne mentionnant que les procédures afférentes aux embauches de personnel.

A la demande de l'ensemble des directeurs, une réflexion sur la fonction de direction a été engagée en mai 2005, qui a permis une première approche des rôles, responsabilités et questionnements de chacun. A ce jour, aucune suite n'a été donnée.

Nous restons pour le moment sur les termes de la circulaire « Chirac » datant de 1979.

L'ADAPEI 63 a mis en place des coordinations par secteur d'activité (enfance, hébergement, travail), dont les réunions mensuelles sont animées par un administrateur membre du Bureau. Des réunions bimestrielles regroupant tous les directeurs, les coordinateurs, le président et le directeur général sont l'occasion d'échanges et de partage des préoccupations de chacun. Mais l'importance de l'association fait qu'il est difficile d'être constructif et pertinent dans cette instance qui compte régulièrement 25 personnes, et dont la durée des débats est rarement supérieure à trois heures.

C'est cependant l'occasion de transmettre aux Cadres de Direction la politique associative : « *L'absence d'un pouvoir politique fort à la tête des associations laisse aux*

⁵⁰ ZRIBI G. POUPÉE-FONTAINE D. *Dictionnaire du Handicap* 5^{ème} édition. ENSP, 2005

*équipes de direction un sentiment de solitude ou d'abandon qui finit par laminer les énergies ».*⁵¹

C'est dans ce cadre que la politique associative est insufflée dans les établissements. Malheureusement, les ordres du jour sont souvent très « techniques », conditionnés par des actualités juridiques et conventionnelles imposant des positionnements urgents.

Notons enfin que chaque secteur d'activité est représenté (sans voix délibérative) au conseil d'administration par un Directeur nommé par ses pairs.

2.3.3 Les spécificités locales

Sous cet item, je déclinerais les particularités auxquelles nous sommes confrontés par rapport aux autres ESAT de l'association gestionnaire.

En premier lieu, l'éloignement géographique constitue le premier écueil. L'ESAT se situe à 85 kilomètres du siège associatif, et si le site est agréable en période estivale, il faut souvent compter deux heures de trajet en hiver pour tout rendez-vous à la capitale régionale. Inversement, l'équipe du siège départemental et les trop rares administrateurs actifs de l'association considèrent le trajet inverse comme un périple relevant de la « chronophagie »....

La vétusté des locaux constitue une difficulté supplémentaire. Comme évoquée en partie 1, l'architecture de l'ESAT est totalement inadaptée à l'accueil et la mise au travail de 63 travailleurs handicapés. Les locaux ne répondent plus aux normes de sécurité, et les procédures techniques de qualité (RABC⁵² et HACCP⁵³) ne peuvent être pleinement satisfaites. Cet écueil devrait disparaître avec l'intégration des nouveaux bâtiments, prévue pour cette fin d'année 2007.

Enfin, nous devons prendre en compte la « désertification » du canton : Ambert et ses environs subissent de plein fouet le vieillissement et le non renouvellement de sa population. Non seulement les entreprises, dans une logique de restriction des coûts, réduisent leurs activités, mais les pouvoirs publics se désengagent : la fermeture récente de la maternité (07/2006), le rattachement à l'inter secteur psychiatrique de Thiers (55 kilomètres), l'absence de lits en psychiatrie à l'hôpital en sont des exemples marquants. Enfin, il n'existe pas de psychiatre libéral sur la région, et les assistantes sociales de secteur sont en nombre restreint.

⁵¹ MIRAMON J.M. – ASH magazine novembre/décembre 2006 – n°18, p.46.

⁵² RABC : Risk Analysis Biocontamination Control.

C'est une méthode d'analyse des risques de contamination microbiologiques du linge afin de les maîtriser.

⁵³ HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point. La méthode HACCP est une approche systématique d'identification, de localisation, d'évaluation et de maîtrise des risques potentiels en matière de salubrité des denrées dans la chaîne alimentaire.

2.4 Les moyens humains et financiers

2.4.1 Le personnel en poste

L'organigramme hiérarchique de l'établissement (annexe 2), nous indique une prédominance de moniteurs d'atelier 2^{ème} classe, l'absence de moniteur principal, de professions médicales et d'assistants sociaux.

Depuis ma prise de fonction en mai 1997, tous les moniteurs encore en poste ont pu bénéficier d'une formation professionnelle édictée par les impératifs de la convention collective, à l'exception d'une monitrice qui instruit actuellement son dossier de retraite.

Deux d'entre eux ont passé avec succès le CAFETS., formation qualifiante débutée dès l'obtention du CQFMA. Cependant, *«ces personnel de production appartiennent aux professions connexes à celles du travail social, dont les moniteurs adoptent les comportements, dont entre autre, l'absence de mobilité professionnelle »*⁵⁴.

A mon sens, et pour compléter l'analyse de Monsieur MIRAMON⁵⁵, trois facteurs principaux sont à l'origine de cet immobilisme : la sécurité de l'emploi, surtout au sein d'une association gestionnaire importante comme l'est l' ADAPEI du Puy-de-Dôme, l'image valorisante pour l'extérieur d'une profession médico-sociale qui laisse supposer des qualités humaines absentes dans le monde de l'entreprise dont ils sont issus, leurs rémunérations et leurs conditions de travail qui, dans le contexte économique actuel, sont loin d'être facteurs générateurs de changement.

Cet immobilisme me paraît constituer un écueil à l'acquisition de richesses tirées de l'expérience, d'autant que les formations dispensées sont relativement réductrices du travail demandé en institution telle que l'ESAT.

Les passerelles offertes par l'Association ne sont jamais utilisées : chaque vacance de poste dans un établissement est circularisée par voie d'affichage, mais à ce jour, aucune opportunité de changement n'a été saisie par le personnel présent.

Nous sommes de plus confrontés à une grande réticence (que j'explique par la peur du changement⁵⁶ et de la confrontation d'idées) lorsque nous leur demandons de participer à des réunions ou des rencontres inter établissements, sur des thèmes pourtant au cœur de leur métier, tels que les activités de soutien, le partenariat entre les ESAT ou de participer

⁵⁴ BLANC A. Les handicapés au travail : *analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*. Paris : Dunod, 1995. 301p.

⁵⁵ MIRAMON J.M. *Manager le temps dans les organisations sociales et médicosociales*, Dunod, 2003, p.107-108

⁵⁶ DICQUEMARE D. *La résistance au changement : produit d'un système et d'un individu*. Les cahiers de l'Actif 2006 n°292/293.

à des groupes de réflexion et comités de pilotage demandés par notre siège départemental.

Leur sentiment d'appartenance est d'ailleurs plus vécu comme celui de l'établissement que celui de l'association gestionnaire, qui demeure pourtant leur employeur légal. Paradoxalement, cet état de fait est moins prégnant à l'ESAT d'Ambert que dans les autres institutions qui ont été créées par l' ADAPEI . Ceci constitue un danger d'enfermement professionnel qui doit être combattu au quotidien.

L'étude réalisée en 1994 auprès des moniteurs d'atelier⁵⁷ montrait à l'époque que seulement la moitié d'entre eux avait consulté une documentation technique ou un ouvrage en relation avec leur profession. Ceci est encore d'actualité à l'ESAT d'Ambert, où les professionnels ne se rendent jamais dans la salle de documentation et d'information, malgré mes incitations lors de chaque réunion.

Il en est malheureusement de même dans le domaine de la formation professionnelle : chaque année, les demandes émanant des salariés sont très rares, et je dois faire preuve de persuasion tout en usant de mes prérogatives pour « obliger » les personnels à s'inscrire à des stages (adaptation au poste et évolution des compétences) sur le Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF.). A ce jour, aucune demande de Droit Individuel à la Formation (DIF) n'a été formulée, tous les « compteurs » sont au maximum (54 heures au 31/12/2006 pour les temps pleins) ...

Enfin, nous devons lutter sur le cloisonnement des ateliers : la culture antérieure de l'institution n'a pas favorisé les échanges entre professionnels.... Certains professionnels n'avaient aucun temps de travail en commun, et n'étaient jamais remplacés par leur collègues. Chacun développait un sentiment de possession sur l'activité qu'il encadrait, et avait des difficultés à collaborer. Je développerai en troisième partie ma stratégie d'échanges et de communication, qui s'inscrit tout naturellement dans un système de management participatif.

Depuis la création de l'établissement, le poste de moniteur principal n'a jamais été demandé aux autorités de tarification. L'ancienne directrice solipsiste demeurait le seul cadre, « multi-tâches et multi-fonctions ». Elle assumait toutes les prérogatives et responsabilités sans aucune délégation interne. Elle correspondait parfaitement au modèle « Gourou »⁵⁸ et confondait « autorité » et « autoritarisme ».⁵⁹

⁵⁷ MOALLEM A. *Le profil du personnel d'encadrement dans les CAT* – Revue Européenne du handicap mental, juin 1994.

⁵⁸ MIRAMON J.M., *Le métier de directeur : techniques et fictions*. ENSP 2002, p. 78

⁵⁹ M. WEBER « économie et société », tome 1 – Editions J. CHAVY , 1971.

Après d'âpres négociations, j'ai pu obtenir un poste de Directeur adjoint auprès des services déconcentrés de l'État ainsi que du Département. Les postes de cadres actuels sont donc au nombre de deux, chacun émargeant sur les deux budgets distincts (ESAT et Service de Suite). L'ESAT dispose désormais d'un ¼ ETP de directeur Adjoint et de ¾ ETP de directeur.

Nous sommes donc tous deux « en prise directe » avec l'équipe des moniteurs d'ateliers, et devons gérer non seulement les marchés commerciaux, mais aussi toutes les réunions, les documents écrits, les projets individualisés, les relations avec les familles, les activités parallèles de l'établissement (restauration, entretien des locaux, plannings des congés...), les rencontres avec les partenaires institutionnels, etc.

Notre tâche n'est d'ailleurs pas facilitée par l'éclatement géographique des ateliers. Les trois activités principales (blanchisserie, sous-traitance et espaces verts) sont sur trois bâtiments différents, dont l'un est distant des autres de plus de 300 mètres.

Le poste de moniteur principal fait cruellement défaut, notamment en tant que cadre intermédiaire pouvant initier des prises de responsabilités de chacun, réguler les conflits et servir de tiers médiateur. « *distance, engagement, positionnement, tels sont les maîtres mots de ce profil de professionnel* »⁶⁰ écrit Monsieur MIRAMON au sujet des chefs de service. Cela induit enfin des stratégies individuelles de pouvoir de la part des moniteurs qui sont néfastes à la cohésion du système.

Devant la problématique d'une partie de la population accueillie (cf. supra), la carence de professionnels de santé (vacations de psychiatre, psychothérapeutes, infirmiers) pose une double question : sommes-nous en mesure de répondre efficacement à la mission qui nous est confiée ? l'institution ne crée-t-elle pas de l'insécurité, pour les usagers, les professionnels et les partenaires extérieurs ?

Les professionnels salariés de l'établissement ne paraissent pas en mesure de proposer des prises en charge adaptées à des nouveaux arrivants présentant de graves troubles psychiatriques, ou en situation d'exclusion sociale, ayant souvent un passé chargé d'histoire(s).

Comment établir un projet individuel cohérent sans prendre en compte les problèmes liés soit à une pathologie mentale avérée, soit à un passé ou un environnement social déstructurant ? De nombreux directeurs d'ESAT lors d'échanges sur nos pratiques professionnelles s'avouent démunis et manquent de moyens adaptés face à ces problématiques nouvelles lourdes. Ils ne disposent pas de personnel formé et se sentent dans une impasse lorsqu'il s'agit de proposer un projet individuel ou simplement de répondre à la double mission de leur établissement (cf. circulaire 60 AS du 8 décembre

⁶⁰ MIRAMON J.M., *Le métier de directeur : techniques et fictions*. op.cit, p. 75

1978). Ils doivent souvent se transformer en « ersatz » d'assistant social, de prospecteur placier ou devenir des apprentis sorciers de la psychiatrie.

2.4.2 Le financement du BPAS

Depuis 1986, les CAT sont financés par une Dotation Globale de Financement (DGF). Cela implique une scission entre le financement et l'activité de l'établissement, contrairement au système du prix de journée encore en vigueur par exemple dans les IME ou les foyers. Le CAT d'Ambert n'a pas été financé pour l'exercice 1986 de la totalité de sa dotation, comme bon nombre d'autres établissements qui ont toujours un douzième de DGF en créance sur État à l'actif de leur bilan comptable (sous la dénomination étrange de « créance glissante »).⁶¹

La Direction des Affaires Sociales raisonne encore en « coût à la place », divisant la DGF attribuée annuellement par le nombre d'usagers accueillis. Elle situe la moyenne nationale à 10.500 euros, tous ESAT confondus. L'ESAT d'Ambert s'est vu attribuer pour l'année 2006⁶² une DGF de 639.000 euros pour 63 travailleurs handicapés, soit un coût à la place de 10.143 euros. (le coût à la place du compte administratif se monte à 9.357 euros, puisqu'il occulte l'excédent).

Nous pouvons donc penser que notre établissement n'est pas spécialement sous doté par rapport à la moyenne nationale. Cependant, il est intéressant de noter que l'ESAT d'Ambert possède le plus faible coût à la place des 18 ESAT du Puy-de-Dôme, et que les autres établissements de l'ADAPEI. 63, pour des prises en charge similaires, disposent le plus souvent de 11.500 euros par travailleur accueilli (annexe 3 : comparatif ESAT ADAPEI 63).

Une partie d'explication pourrait être le fait que l'ESAT d'Ambert n'utilise pas de ligne budgétaire de transport collectif, puisque les usagers résident tous à proximité de l'établissement. Mais cela ne justifie pas entièrement une telle différence. Les indicateurs, agents de « convergence tarifaire » transmis à l'autorité de tarification seront pour nous, s'ils sont utilisés à bon escient, un argument positif pour obtenir des moyens nouveaux lors des prochaines procédures contradictoires.

Autre particularité départementale concernant les ESAT : depuis 1991, les résultats des BPAS ne sont plus « repris » en N+2. Nous sommes donc destinataires d'une enveloppe fermée et opposable⁶³, dont le taux de réévaluation annuelle est en deçà du taux réel d'augmentation des charges, principalement de la masse salariale, mais aussi de toutes les charges de groupe 1. Chaque déficit constaté vient donc obérer les fonds propres de

⁶¹ Décret du 30/12/1985

⁶² la DGF 2006 a été arrêtée en octobre 2006, je ne peux donc mentionner les chiffres 2007.

⁶³ Décret budgétaire 2003-1010

l'établissement, et de manière indirecte lors de la consolidation, les fonds propres associatifs.

Cela nécessite une réelle prise de conscience, et de nouvelles méthodes pour gérer financièrement un établissement, même si « *la stratégie financière n'a pas toujours figuré parmi les préoccupations du secteur social* »⁶⁴

L'ESAT d'Ambert possède une structure financière saine (annexe 7 : Bilan financier du BPAS au 31/12/2006), grâce au partenariat de l'autorité de tarification qui, en attribuant des places supplémentaires, a permis à l'établissement d'effacer ses déficits antérieurs et de construire des locaux neufs. C'est donc un point fort de l'établissement qui permet d'anticiper son évolution à moyen terme, d'autant que le Plan Pluriannuel d'Investissement prévoyant 240.000 euros sur les trois premières années a été accepté en l'état. La difficulté principale réside dans le fait que plus de 70 % des charges sont des charges de personnel dont l'évolution « mécanique » (GVT : Glissement Vieillesse Technicité) est supérieure au taux directeur annuel appliqué par les DDASS sur les budgets alloués (annexe 8 : répartition des charges allouées du budget 2006).

Ce différentiel s'accroît donc d'année en année, et influe sur la stratégie de gestion du personnel à mettre en place, stratégie que nous verrons en troisième partie du présent document. Nous sommes entrés de plain-pied dans une logique de convergence tarifaire, d'optimisation des moyens, et de recherche d'efficacité maximale⁶⁵, que nous pourrions résumer ainsi : Faire plus et mieux avec moins : « *Le financement des CAT se réduit depuis plus de 15 ans et le compte commercial est toujours plus sollicité* ». ^{66 67}

2.4.3 L'activité commerciale

Nous arrivons globalement à garder le même niveau de chiffre d'affaires malgré la diminution flagrante des activités de sous-traitance, en volume et en chiffres.

La production propre est en fait constituée par la fabrication des repas pour une petite collectivité proche de l'ESAT (15 repas par jour en moyenne).

Les prestations de services regroupent la blanchisserie, les espaces verts, le nettoyage des locaux et l'activité « peinture ».

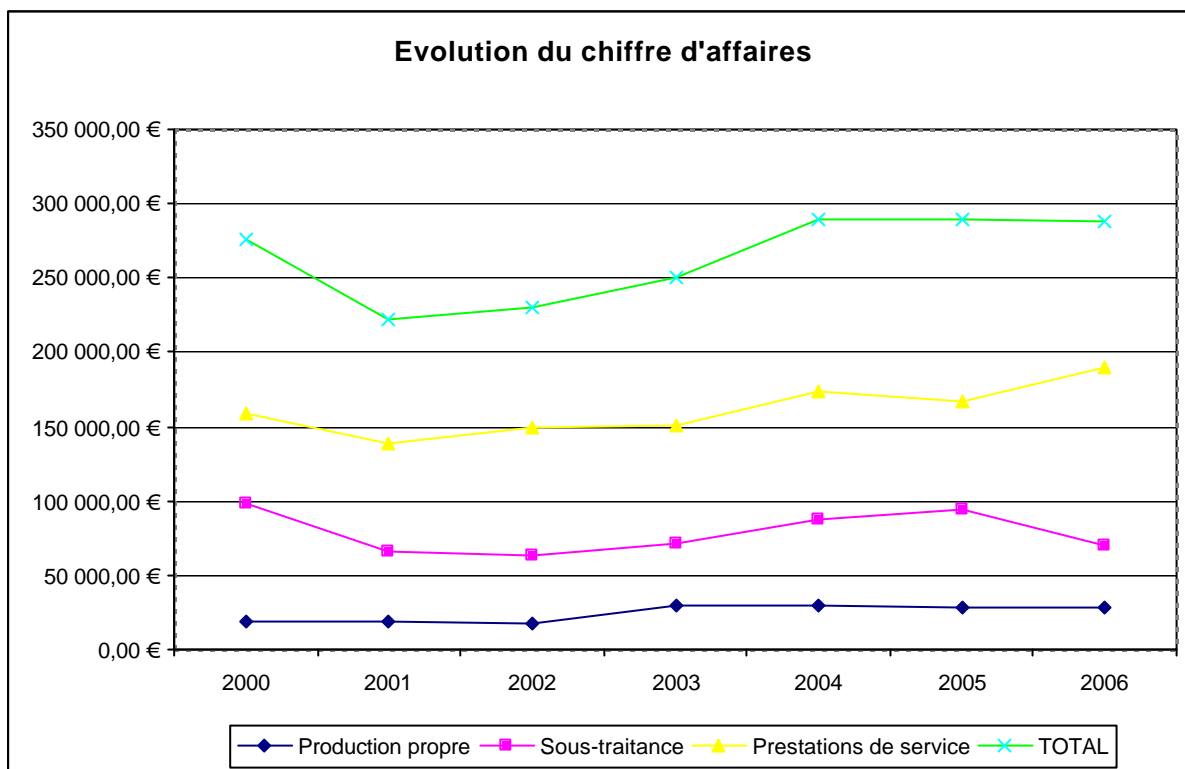
Le graphique suivant montre l'évolution de l'activité commerciale des 7 dernières années.

⁶⁴ MIRAMON J.M., *Le métier de directeur : techniques et fictions*. Op.cit., p. 229

⁶⁵ « Les relatives restrictions d'aujourd'hui sont les fruits des gabegies et de l'immobilisme d'hier » - HARDY J.P. *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux* Dunod –2006.

⁶⁶ ZRIBI G. *Les centres d'aide par le travail dans la tourmente*, ASH n°2410 du 03/06/2005.

⁶⁷ « La porosité entre BPAS, BAPC et autres entités de l'association restera ». HARDY J.P. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale* - op. cit. p.832.



Si l'on revient à la vocation première de l'ESAT, on ne peut ignorer trois difficultés majeures dans la réalisation de ses objectifs :

En premier lieu, le contexte économique se dégrade fortement, privant d'emploi bon nombre de personnes « non - handicapées » de faible niveau de formation. Nous avons malheureusement déjà entendu que les travailleurs d'ESAT demeuraient privilégiés quant au niveau de leurs ressources et de leur « protection » ...

Puis nous nous heurtons à la difficulté d'insertion en milieu ordinaire des personnes déficientes intellectuelles⁶⁸ due à la perte des travaux simples, externalisés ou délocalisés, ainsi qu'au choix des entreprises de « payer » plutôt que « d'intégrer »,

Enfin, d'une manière plus générale, la baisse de sens dans notre société de la valeur travail, comme vecteur de développement humain nuit à l'objet même de notre institution. C'est aussi l'effet pervers de certaines prestations sociales.

En lien avec le contexte économique national et local, les activités commerciales des ESAT doivent évoluer. Les « vingt glorieuses » (1975 – 1995) ont généré une activité économique dense basée sur la sous-traitance industrielle. Les tâches proposées correspondaient parfaitement aux handicaps des travailleurs : emballage, conditionnement, étiquetage, tri divers ... Grâce à une taylorisation adaptée, tous

⁶⁸ Atlas national de l' AGEFIPH 2005 : L'emploi et l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Disponible en ligne sur Internet : www.agefiph.fr 166 p.

pouvaient travailler selon leur potentiel. Désormais, ces marchés ont en grande partie disparu, et les gestionnaires d'établissement doivent se reconvertir vers la prestation de service : Blanchisserie, Espaces verts, Restauration ...

Ces activités ne sont malheureusement pas accessibles à la majorité des usagers en grande difficulté. Ils ne possèdent ni le niveau d'autonomie, ni les ressources physiques ni la capacité de travail suffisants pour y trouver leur compte et répondre aux exigences des nouveaux marchés. De plus, la pyramide des âges montre un fort vieillissement de l'ensemble des personnes accueillies. Ce phénomène, conjugué à la fatigabilité interdit tout espoir de reconversion professionnelle. Lorsque le vieillissement des adultes en ESAT trouvera des réponses adaptées sur d'autres formes de prises en charge, nombre de places se libèreront (le processus est déjà engagé) et pourraient être pourvues par des personnes souffrant de pathologie mentale et de handicap social pouvant constituer une main d'œuvre adaptée aux nouvelles activités.

Cette fatigabilité et ce vieillissement ont induit des anomalies dans l'accueil des personnes handicapées : les moniteurs d'espaces verts ont tendance à considérer la sous-traitance comme l'infirmerie de service, lorsque les usagers ne sont pas au mieux de leur forme physique ...

N'occultons pas enfin la « concurrence » aiguisée du milieu carcéral : nous nous trouvons de plus en plus souvent confrontés sur des remises de prix à la prison centrale de la ville de Riom (pourtant distante de 90 kilomètres) qui propose des prestations de sous-traitance à des tarifs défiant toute concurrence ... Il nous arrive de négocier des prix calculés au millième d'euro pour obtenir un marché.

Le bassin d'emploi ambertois est l'image parfaite d'une situation délétère : l'économie locale a longtemps reposé sur trois entreprises leaders européens dans le domaine de la tresse industrielle, à fort taux de main d'œuvre non qualifiée. Depuis quelques années, les plans sociaux se multiplient suite aux délocalisations dans les pays de l'Est et du Maghreb. La production n'est plus réalisée sur site, sauf pour des « niches » commerciales réduites.

L'ESAT a subi de plein fouet cette perte d'activité : en 1997, le chiffre d'affaires de l'atelier de sous-traitance représentait 60% de la facturation, dont plus de 80% dépendant du même donneur d'ordre ambertois. Aujourd'hui, il ne représente plus que 30% du chiffre d'affaires total, et se réalise avec plus de 20 sociétés, réparties sur tout le département.

Cela pose de grosses difficultés logistiques, des coûts de transport importants, et des besoins de stockage souvent volumineux. Les marchés obtenus sont désormais livrés par semi-remorques entiers, et nous devons souvent trouver des partenaires pour faire face au volume de marchandises à traiter.

Mais comment pérenniser cette activité qui emploie 30 travailleurs handicapés dont la plupart ne peuvent accéder à d'autres ateliers, en raison de leur fatigabilité, de leur vieillissement, ou simplement de leur faible niveau de capacité ? C'est le challenge que l'établissement doit tenir pour continuer à remplir sa mission d'aide envers les plus démunis.

Nous pouvons néanmoins compter sur le développement de nos activités de prestations de services (blanchisserie, espaces verts et nettoyage de locaux), car la région mise beaucoup sur le tourisme (développement des gîtes et des chambres d'hôtes), et nombre de parisiens et lyonnais disposent de résidences secondaires dans le Parc Livradois - Forez. Nous avons d'ailleurs un projet d'atelier de fabrication de repas qui verra le jour début 2008, à destination du CCAS (portage des repas à domicile), des gîtes et des colonies de vacances.

Depuis 2005, les budgets commerciaux supportent une partie des frais de siège associatif, partie calculée en pourcentage de leur valeur ajoutée.⁶⁹ Cette ponction représente pour l'ESAT d'Ambert la somme de 4.232 euros en 2006. C'est à mon sens la suite logique de la démarche engagée dès 1993 par l'IGAS⁷⁰, dont un rapport de novembre 1993 préconisait de faire face aux déficits des BPAS en « ponctionnant » les BAPC et de financer les formules innovantes par l'activité commerciale.

Depuis le premier janvier 2007, nous sommes désormais dans l'obligation légale⁷¹ de maintenir la rémunération d'un travailleur handicapé absent pour maladie, au même titre que le personnel d'encadrement. Une étude projective sur l'ESAT d'Ambert indique que cette dépense supplémentaire représente en année pleine l'équivalent de 1,5 salaire de travailleur handicapé. Cette mesure prendra de plus en plus d'ampleur dans notre établissement, devant la multiplication des arrêts maladie dus aux problématiques psychiatriques, au vieillissement de la population et à la fatigabilité croissante des personnes handicapées mentales. Notons toutefois qu'une mesure gouvernementale a été proposée pour atténuer ce surcoût, l'instauration d'un régime de prévoyance.⁷² Il est encore trop tôt pour évaluer la pertinence de cette initiative.

Enfin, la refonte du calcul de la rémunération, supprimant la garantie de ressources au profit de l'aide au poste, devra à terme obliger les gestionnaires d'établissement à verser un salaire direct moyen de 14% du SMIC pour pouvoir maintenir le niveau global des

⁶⁹ Décret budgétaire du 22/10/2003.

⁷⁰ ZRIBI G. *L'avenir du travail protégé*, ENSP juin 2003, p 55

⁷¹ Décret 2006-703 du 16 juin 2006, art.2, titre XII

⁷² Dossier de presse ; G LARCHER – Ph. BAS, 15/11/2006, *Un parcours professionnel pour chaque personne handicapée*.

ressources des travailleurs handicapés. L'ESAT d'Ambert verse en moyenne un salaire direct de 12,98 % du SMIC, ce qui pondèrera cette charge supplémentaire importante au regard de la rémunération moyenne versée par les autres ESAT de l' ADAPEI du département (9,29%).

2.5 Les activités de soutien

Sans reprendre mot à mot les termes de la circulaire 60AS⁷³, nous devons cependant distinguer les activités de soutien de premier type et de second type.

2.5.1 Soutien de premier type

Les activités de soutien du premier type, afférentes à l'activité professionnelle, permettent de développer la capacité de travail de l'usager par le biais d'apprentissages, de formations et de développement des potentialités.

Elles ne posent pas réellement de difficultés dans l'établissement, puisque chaque moniteur d'atelier possède une qualification professionnelle en rapport avec l'activité de son atelier. Tous ont compris l'utilité pour l'usager, mais aussi pour l'équipe et les donneurs d'ordre, de ces actions de soutien.

Cet investissement humain est d'autant mieux perçu qu'il est générateur d'effets quasi immédiats. Ce soutien est dispensé quotidiennement, sur chaque activité, et nous avons coutume de dire qu'il est difficilement chiffrable en terme de volume horaire.

Cependant, nous devons souvent nous «réadapter », devant l'extrême volatilité des activités, notamment en sous-traitance. Nous avons de moins en moins de marchés pérennes et sommes obligés d'accepter tout nouveau travail, souvent pour de faibles quantités et de courts délais. Il est dans ce cas difficile de dispenser sereinement un soutien et un apprentissage quand le temps nous est compté et pour une activité qui peut seulement représenter une demi-journée de travail.

Cela constitue un paradoxe avec notre lutte quotidienne pour offrir aux usagers de nouvelles expériences de travail et pour ne pas les cantonner à remplir des boîtes de vis toute leur vie...

Pour les activités de blanchisserie et d'espaces verts, nous devons rester vigilants quant à la «spécialisation » des travailleurs : en effet, les moniteurs, devant les impératifs économiques, peuvent avoir tendance à attribuer les mêmes tâches aux mêmes personnes, sachant qu'elles maîtrisent parfaitement le travail. Par exemple, une débroussailleuse, dont le maniement n'est pas aisé, sera souvent utilisée par le même travailleur handicapé au détriment de l'apprentissage des autres personnes. Il en est de même en blanchisserie : pour l'utilisation de la calandre (sécheuse – repasseuse), seules

⁷³ Circulaire 60AS, articles 121-1 et 121-2

quatre membres de l'équipe maîtrisent. La calandre est alors perçue comme un engin destiné aux personnes de « haute compétence », initiées aux secrets « divins »... Alors que dans d'autres ESAT, cette tâche est confiée aux plus faibles niveaux, qui ne peuvent avoir accès à d'autres travaux

2.5.2 Soutien de second type

Relatives à des activités extraprofessionnelles, elles s'inscrivent dans un projet individualisé visant à l'épanouissement et l'enrichissement social.

Elles sont plus délicates à mettre en œuvre, car elles demandent une organisation particulière, des compétences variées et des moyens humains et financiers spécifiques.

Avant ma prise de fonction, les activités de soutien de second type étaient uniquement constituées par l'encadrement des repas de midi, alibi masquant l'absence de ces activités dans les enquêtes DDASS... Quand j'ai demandé à l'équipe de réfléchir sur la création d'activités de second type, j'ai eu l'impression de lui imposer une rencontre du troisième type

La mise en place de la RTT (Réduction du Temps de Travail) n'a d'ailleurs pas facilité la compréhension de l'équipe : l'association gestionnaire a voulu que les travailleurs handicapés en bénéficient également (dans la lignée des recommandations de l' UNAPEI en augmentant de quatre heures les activités de soutien deuxième type tout en maintenant la prise en charge à 39 heures. Leur fonction première était alors dévalorisée : la mise au travail des personnes handicapées, tout en nuisant à la « production ». C'était aussi remettre en question les fonctionnements passés, qui déresponsabilisaient les professionnels et les cantonnaient dans leurs fonctions de « contremaîtres » énoncées plus haut.

Si nous pouvons nous servir des aptitudes extraprofessionnelles et des « hobbies » des moniteurs d'ateliers (bricolage, sport, informatique), certaines activités échappent à notre champ de compétence (théâtre, code de la route, cinéma). Nous faisons donc appel à des professionnels extérieurs dont l'emploi du temps et les défraiements ne sont pas toujours en adéquation avec les moyens octroyés.

De plus, les choix des usagers s'orientent généralement sur les mêmes activités, malgré notre forte incitation à varier les propositions. Elles sont d'ailleurs établies en relation avec les projets individuels de chacun, et discutées en équipe. Nous devons constamment veiller à proposer des activités de soutien du second type personnalisées, qui ont pour buts de développer les connaissances et l'autonomie de chacun. Les activités de soutien du second type sont trop souvent perçues comme des exutoires au travail, des « loisirs rémunérés »

Le CVS reste le principal vecteur de communication et de «revendications » pour de nouvelles activités de soutien du second type. Nous avons aussi beaucoup de difficultés à gérer correctement ces soutiens en raison de la diversité des demandes, des capacités hétérogènes des travailleurs, et du manque de partenariat avec l'extérieur.

2.6 Conclusion de la deuxième partie

Si ce chapitre développe les besoins et les carences de notre établissement, il n'en reste pas moins vrai que ce dernier possède aussi des points forts évoqués au fil de mon exposé.

Les établissements de travail protégé ont un passé, mais ils doivent être partie prenante de leur avenir. Nous avons ainsi des points d'appui pour asseoir une stratégie permettant de faire face aux impératifs édictés par les demandes des usagers, l'Association Gestionnaire, la nouvelle réglementation et l'environnement économique.

Le développement de la partie suivante se constitue en fait d'actions déjà engagées, et d'autres que je me propose de mettre en application dans une dynamique de changement et d'amélioration de nos prises en charge face à la mouvance des besoins recensés. Cela s'inscrit parfaitement dans ma réalité professionnelle puisque nous sommes actuellement engagés dans la rédaction de notre projet d'établissement.

Celui-ci inclut les réflexions, actions et évaluations que je vais maintenant m'efforcer de décrire et d'expliquer. Chacune d'entre elles est légitimée par une recherche permanente de qualité de prise en charge, associant le plus souvent possible la personne handicapée dans ces choix, pour prendre en compte de manière la plus exhaustive l'ensemble de ses besoins.

Avant tout, il me semble que toute stratégie visant à l'amélioration continue de la qualité des prises en charge ne peut opposer l'interne et l'externe⁷⁴ et doit s'articuler sur trois axes :

- L'appréhension de l'environnement,
- La prise en compte de l'identité associative,
- La mobilisation des ressources institutionnelles.

⁷⁴ BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonctions de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod – Paris, 2006, 244 p.

« J'ai beaucoup mieux à faire que m'inquiéter de l'avenir.

J'ai à le préparer. »

Félix - Antoine Savard

3 ANTICIPER ET ADAPTER NOS PRISES EN CHARGE

3.1 Entreprendre des actions au bénéfice des usagers

3.1.1 Établir et évaluer le projet d'établissement

Apparu pour la première fois en 1956 dans l'article 30 des annexes XXIV, le projet d'établissement est de nouveau mentionné dans l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002. C'est donc une « commande » publique incontournable.

Mais au-delà d'une obligation légale, le projet d'établissement constitue l'épine dorsale de la prise en charge dispensée en institution. Il s'agit d'un « *document d'orientation, conçu pour assurer un consensus professionnel et une pérennité à l'établissement ; en somme, il en définit précisément l'utilité, le positionnement et la nature* »⁷⁵. C'est en quelque sorte, dans un monde médicosocial en grande mouvance, une garantie de qualité pour les usagers, les organismes de contrôle, et plus généralement pour notre société, qualité qui se décline en trois directions : conformité de l'établissement et de ses actions face à la commande publique, efficience des moyens en relation avec le bénéfice qu'en retirent les usagers, et utilité sociale auprès de ses partenaires. Le projet d'établissement est aussi une garantie écrite pour l'utilisateur de pouvoir bénéficier d'une prise en charge adaptée à sa problématique.

Notons que le projet d'établissement ne peut s'établir sans un diagnostic préalable de l'institution, qu'il me semble intéressant de bâtir autour des outils développés par P. LEFEVRE⁷⁶ et dont un exemple de tableau de diagnostic figure en annexe n° 9.

Le projet d'établissement ne peut valablement exister et être crédible que s'il est conçu, bâti et articulé autour de l'utilisateur, qui n'est plus seulement « bénéficiaire » d'une prise en charge, mais acteur participatif majeur, grâce aux outils mis en place par la loi 2002-2.

⁷⁵ JAEGER M. - *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - Op. cit. – p.447

⁷⁶ LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médicosociales* - Dunod- 06/2005 – p.229.

Ce projet doit en fait être conçu comme un document fédérateur, qui doit instituer un « idéal » commun. Dans un ESAT, nous nous heurtons souvent à deux logiques antinomiques dans lesquelles chacun, selon ses sensibilités et sa formation, a tendance à se réfugier : la logique économique ou industrielle, et la logique d'accompagnement médicosociale. Mais la rédaction d'un tel document à laquelle chacun collabore est aussi dans son aboutissement un moyen de réguler ce clivage.

En préambule, il mentionne les valeurs associatives auxquelles il fait référence, et s'articule avec le Projet Associatif Global. Il en reprend des éléments culturels et les décline dans la réalité « de terrain » des prises en charge.

J'ai voulu impulser un déroulement logique de notre projet. En bâtissant un plan le plus exhaustif possible dont chaque chapitre découle du précédent, « la porte » reste ainsi ouverte aux professionnels et aux usagers pour l'enrichir et collaborer aux innovations sous-jacentes, induites aussi par la remise en question de nos pratiques professionnelles. C'est ainsi que notre projet, lorsqu'il sera finalisé (tout en étant un outil vivant et réactualisable), déclinera les conceptions éducatives - clés de voûte de l'établissement -, les besoins et les attentes des usagers et des partenaires institutionnels, les procédures (admissions, accueil, détachements, stages), les moyens (humains, financiers, matériels et environnementaux) mis en œuvre pour remplir notre mission, les prestations délivrées et celles que nous envisageons pour le futur.

Notre projet mentionnera bien entendu les formes de participation et d'expression de chacun (usagers, bénévoles et professionnels), insistera sur la formation, l'ouverture sur le monde extérieur, et la recherche constante de solutions innovantes devant de nouvelles problématiques.

Enfin, il devra sans cesse garder comme fil conducteur la personnalisation des prestations dispensées auprès de l'utilisateur : il sera donc en lien avec les projets personnalisés et pourra à ce titre en être une référence.

La première évaluation concerne l'utilité sociale de l'établissement. Si le projet définit la mission sociale, cette dernière est-elle en adéquation avec les attentes des usagers, de l'administration et de l'association gestionnaire ?

Nous possédons déjà certains outils pour évaluer cette pertinence : les demandes d'orientations, les réunions du CVS, les financements et les enquêtes de la DDASS, le comité de gestion de l'établissement. Ces indicateurs nous permettent de remettre à jour nos fonctionnements par l'incessante recherche de réduction des écarts entre les demandes et l'offre de service proposée par l'institution. Cette offre regroupe tous les moyens mis à la disposition des usagers : matériels, humains, hôteliers, mais aussi la façon dont elle est dispensée. C'est le premier pas d'une démarche d'amélioration de la qualité, instituée par la loi 2002-2 sous l'appellation d'évaluation interne, « épouvantail »

des professionnels du secteur médicosocial, qui, selon J.R. LOUBAT, se heurte à trois sortes de résistance : éthique (risque d'enfermement de la personne dans des « standards »), technique (les relations humaines seraient ineffables et indicibles) et idéologique (l'évaluation serait un outil de contrôle pour l'employeur).⁷⁷

Cette évaluation interne est en cours dans mon association gestionnaire, qui a souhaité une démarche permettant d'établir des bases communes pour chacun de ses établissements. Malheureusement, la concomitance de cette démarche débutée en 04/2007 avec la rédaction du présent document ne me permettra pas d'en développer les grands axes.

Cependant, nous mettons en place d'autres outils qui compléteront certainement ce travail, et tiendront compte des particularités de notre environnement. Plusieurs enquêtes de satisfaction auprès des usagers sont menées, sur des thèmes précis et ciblés : la restauration, l'hébergement, les activités commerciales, les conditions de travail, sa participation à la vie de l'établissement. A ce propos, l'évaluation de la qualité de service rendue aux usagers pourra être menée selon le schéma figurant en annexe 11, élaboré par J.R. LOUBAT⁷⁸ et illustrée au sein de notre association par le document de l'annexe 12. Cette image place le système d'amélioration continue (symbolisé par la cale derrière la sphère) comme garant de la marche en avant et protecteur du mythe de Sisyphe⁷⁹.

Il me paraît difficile de clore ce paragraphe sans évoquer l'étroite relation existant entre le projet institutionnel et la formidable opportunité de la reconstruction de l'établissement. La définition et la répartition des espaces ont été pensées dans le sens d'une amélioration multidimensionnelle de la prise en charge : les nouveaux bâtiments doivent permettre l'appropriation des lieux par les usagers, l'instauration de nouvelles communications inter ateliers, et l'acquisition d'une réelle identité professionnelle. Les nouveaux bâtiments ont été pensés dans ce sens, avec la participation de tous les acteurs dans l'élaboration du cahier des charges donné à l'architecte.

« Naturellement, l'organisation de l'espace suppose une anticipation des situations professionnelles, c'est-à-dire un projet ! »⁸⁰.

Là encore, nous disposerons d'indicateurs de réussite pertinents comme l'investissement des usagers dans leurs nouveaux lieux de travail, les échanges entre les ateliers

⁷⁷ JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médicosociale* - Op. cit. – p.537-538

⁷⁸ LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale* - Dunod – 03/2007 – p. 250.

⁷⁹ Pour avoir osé défier les dieux, Sisyphe fut condamné à rouler éternellement une pierre jusqu'en haut d'une colline alors qu'elle redescendait chaque fois avant de parvenir à son sommet, tel que raconté dans l'Odyssée d'Homère.

regroupés, le partage des lieux de détente, et plus simplement, le « plaisir » des travailleurs lors de leur venue matinale.

3.1.2 Proposer de nouvelles activités commerciales

Comme je l'ai souligné dans les parties précédentes, les activités économiques de l'ESAT ne peuvent perdurer telles qu'elles étaient auparavant. Il est donc impératif de développer de nouvelles activités, tournées vers la prestation de service, au détriment de la production propre (hors « niches ») et de la sous-traitance industrielle.

Nous avons commencé à amorcer ce virage il y a trois ans, en créant les activités « peinture et rénovation d'appartements » et « entretien et nettoyage des locaux ». Ces prestations sont actuellement encadrées par deux mi-temps de moniteurs d'ateliers, et occupent chacune 5 travailleurs handicapés. Nous continuons cette « reconversion » en formant un plus grand nombre d'usagers à ces nouvelles activités, de manière à pouvoir « soulager » l'atelier de sous-traitance qui a accueilli jusqu'à 32 personnes. L'objectif est d'avoir deux équipes à part entière (environ 8 à 9 personnes), encadrées par des professionnels à temps plein.

Depuis maintenant quatre années, une équipe de travailleurs handicapés a investi notre cuisine. Au nombre de quatre, ils participent pleinement à la confection des repas quotidiens servis dans l'institution, même si cette activité ne génère pour le moment que peu de recettes commerciales. Nous n'avons en effet qu'un marché de 15 repas par jour préparés pour une petite entité locale, mais ne pourrions pas répondre à d'autres sollicitations à la vue de l'exiguïté de nos locaux.

Cependant, d'autres travailleurs de l'ESAT viennent régulièrement en stage dans « l'atelier cuisine », car nous prévoyons un développement de cette prestation lorsque nous disposerons des nouveaux bâtiments. Nous comptons en effet beaucoup sur la fabrication des repas destinés au portage à domicile sur la Communauté de communes du pays d'Ambert (le CCAS d'Ambert devrait nous en confier la responsabilité, soit environ 80 repas/jour) et auprès des communautés voisines. La population de notre région rurale vieillissant, la demande est en effet de plus en plus prégnante, et l'hôpital local ne peut satisfaire à ce besoin croissant. Nous allons en quelque sorte profiter de la faiblesse économique de la région.

A plus long terme, nous envisageons l'ouverture de notre restauration sur l'extérieur. L'ouverture d'une salle au public ambertois est une formidable opportunité en matière d'intégration dans le monde ordinaire, et un nouveau débouché commercial. Une équipe pourrait être alors formée au service à table et accueillir la clientèle à midi les jours de semaine. Cela favoriserait grandement l'insertion sociale et professionnelle dans une

⁸⁰ JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale ou médicosociale*. Op.cit. p.587

petite ville « où tout le monde se connaît ». Notre première étude de marché fait apparaître que le besoin en restauration de midi existe, et qu'il est partiellement pourvu par des restaurations classiques onéreuses ou des « fast-foods » dont la réputation de qualité laisse quelque peu à désirer. Nous viserons donc une clientèle d'employés et de lycéens. Enfin, puisque nous allons disposer de moyens matériels conséquents, nous pouvons imaginer l'accueil de séminaires et banquets le samedi midi.

Nous allons également développer l'activité blanchisserie, qui disposera non seulement d'un matériel professionnel, ce qui n'est actuellement pas le cas, mais aussi d'un environnement architectural adapté ergonomique, fonctionnel et répondant aux normes d'asepsie. Cette blanchisserie verra son effectif passer de 14 à 20 personnes dès le début 2008, par redéploiement de la sous-traitance. Cette prestation sera accessible même aux personnes les plus démunies, car des postes de travail spécifiques ont été prévus, ne nécessitant pas de station debout prolongée, ni de manutention de charges lourdes. Ceci est possible par le développement d'une clientèle de collectivités (maisons de retraite, hôtels et centres de vacances) permettant de traiter de plus grandes quantités de « linge plat », avec une mise en œuvre beaucoup plus facile.

Enfin, l'accent sera mis sur les détachements individuels ou collectifs, conforme à l'esprit du législateur lorsqu'il a induit le « S » de ESAT. Même si nous ne disposons que de peu d'entreprises dans notre secteur géographique, un effort en ce sens devra être impulsé pour permettre aux usagers de côtoyer le monde ordinaire du travail, en fonction de leurs potentiels et de leurs compétences.

Nous allons cependant rester vigilants quant aux détachements individuels car nous avons vécu par le passé des expériences pas toujours heureuses en matière de respect de la personne et d'exigence de production. Il est fréquent que l'entreprise « oublie » rapidement le handicap de la personne pour lui demander le même niveau de productivité qu'un de ses salariés.

Mais la population accueillie dans notre établissement est plus susceptible de bénéficier des détachements collectifs, où la présence d'un moniteur de l'ESAT rassure, accompagne et tempère les exigences industrielles et les pressions liées à la production. Nous avons déjà pratiqué ce système en secteur industriel, mais peu d'entreprises peuvent désormais offrir cette possibilité, puisque leur production n'est plus réalisée sur place.

L'autre écueil est que les services d'aide par le travail (qui reprennent en fait la même philosophie que les détachements) ne s'adressent pas forcément à tous les usagers accueillis dans notre ESAT, mais particulièrement à des personnes handicapées psychiques stabilisées, ou des usagers à haut niveau d'autonomie et de compréhension. Ceux-ci doivent en effet intégrer des éléments supplémentaires dans leur environnement de travail, et moduler leur comportement en fonction de ceux-ci.

3.1.3 Proposer de nouveaux accompagnements

Passer d'une logique d'institutionnalisation (culture des murs) à une logique de service (projet personnel de vie) sous-tend une recherche permanente de nouveaux accompagnements adaptés à l'usager et à ses besoins. Nous travaillons actuellement dans deux directions, en interne et en proposant d'autres formes de prises en charge en externe.

Nous allons développer les soutiens psychologiques offerts aux usagers. Une extension de temps de travail de notre psychologue sera demandée lors de la prochaine campagne budgétaire (cf. paragraphe suivant). Cette mesure permettra de mieux répondre aux besoins des usagers en grande souffrance, et de les diriger si le besoin apparaissait, vers des partenaires extérieurs (secteur psychiatrique) proposant un soutien plus conséquent. Nous allons de même enrichir notre panel d'activités de soutien du deuxième type, particulièrement celles qui favorisent l'inclusion dans la société. Nous recherchons activement des partenariats avec des associations locales, pour mettre en place des actions collectives (randonnées, folklore, cyclotourisme ...), avec comme objectif que les usagers puissent continuer ces activités hors ESAT, en adhérant à ces associations locales.

L'intervention de personnes bénévoles mais compétentes afin de manager de nouvelles activités de soutien est également recherchée, car notre champ de compétence en la matière n'est pas universel. Nous avons pu ainsi mettre en place des cours de djembé, dont l'aboutissement a été la création d'un groupe de musiciens qui se produit localement lors de manifestations estivales. C'est objectivement une preuve de réussite.

De la même manière, des représentations théâtrales, ouvertes à tout public, permettent aux usagers de présenter le travail effectué durant toute une année, dans le cadre de l'activité de soutien concernée. Nous nous sommes d'ailleurs aperçus que certains étaient tellement motivés, qu'ils se retrouvaient chez eux le week-end pour parfaire leurs rôles et répéter leurs textes ...

Enfin, nous mettons l'accent sur la formation professionnelle des usagers : une grande partie du PAUF leur est dédiée, mais aussi nous consacrons chaque année une somme importante sur le BPAC qui finance par exemple pour l'année 2007 des stages d'habilitation électrique, de sensibilisation aux produits phytosanitaires, d'apprentissage à la restauration collective, de blanchisserie en collectivité, sans oublier des perfectionnements relatifs aux activités traditionnelles.

Comme tous les établissements de travail protégé de l'hexagone, nous nous trouvons confrontés au vieillissement et la fatigabilité des usagers. Ce sujet a fait l'objet de

nombreuses études⁸¹ et retenu l'attention de beaucoup de professionnels⁸². Je ne développerai donc pas ici ce thème, mais il me paraît important de tenir compte, dans la stratégie de l'institution, de ce phénomène.

Nous envisageons donc de créer deux réponses nouvelles à ces problématiques en nous inspirant des expériences menées par d'autres institutions :

- En ce qui concerne le travail à proprement parler, la création d'une SACAT (Section annexe de CAT) sera proposée au CROSMS dès 2008. Elle aura le double avantage de permettre aux travailleurs concernés de garder leur statut tout en réduisant de moitié leur temps de travail, et de libérer des places pour de nouveaux arrivants.
- En ce qui concerne l'hébergement, la création d'un foyer-appartement d'une dizaine de places, afin d'accueillir des personnes ne pouvant plus résider seules en appartement, et dont la pérennité de l'accueil en ESAT est compromise par la détérioration de la vie sociale.

Ces nouvelles propositions s'harmonisent avec le contenu de notre schéma départemental. Nous avons d'ores et déjà établi des contacts avec les services du Département (autorité de tarification et de contrôle concernée) pour mener à bien ces dossiers. Des passerelles entre les services d'hébergement (SSG et Foyer appartement) et entre l'ESAT et la SACAT sont prévues, pour adapter au mieux l'accueil des usagers.

Nous évaluerons alors la pertinence de ces deux réponses au regard :

- de l'aval du CROSMS,
- des demandes d'orientations,
- de l'investissement de nos partenaires (DSD, municipalité, Communauté de communes ..),
- du bien-être des usagers concernés par leur consultation régulière,
- des évaluations des équipes éducatives et du suivi des projets individuels.

3.2 Optimiser le potentiel du personnel

3.2.1 Gérer la formation du personnel

A mon sens, la formation est une notion « non exhaustive ». Certes, elle regroupe d'une part ce que l'on appelle communément la formation professionnelle et tous ses volets remis à jour par la loi du 4 mai 2004⁸³, mais aussi toutes les actions d'ouverture sur

⁸¹ Pour exemple : ZRIBI G. et SARFATY J.: *Le vieillissement des personnes handicapées*, op. cit.

⁸² De nombreux mémoires très complets ont été rédigés sur ce sujet : www.ensp.fr

⁸³ LOI 2004-391 du 4 Mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social .

l'environnement, le partage des connaissances, les échanges professionnels et tout ce qui contribue à l'enrichissement individuel et collectif des salariés de l'établissement. *Patrick LEFEVRE retient 3 dominantes nouvelles dans la loi précitée : « la prise en compte de la notion de compétences liées à l'activité professionnelle et à l'organisation du travail, la notion de parcours professionnel individualisé et la co-responsabilisation renforcée ».*⁸⁴

Nous avons vu en deuxième partie les efforts de formation qualifiante fournis par l'établissement ces dernières années, essentiellement au bénéfice des personnes faisant fonction de moniteurs d'ateliers. Cela a constitué une priorité pour améliorer la qualité des prises en charge dispensées dans l'établissement. Rappelons ici que 11 salariés sur 16 ont une qualification égale ou inférieure au niveau 5. Il nous faut donc continuer dans cette voie, pour que chacun puisse y trouver son compte, mais surtout que les usagers en retirent des bénéfices.

Notre volonté de qualification se poursuit, grâce au Plan Annuel d'Utilisation des Fonds (PAUF), même si la masse financière d'un tel outil n'est jamais entièrement satisfaisante (nous disposons environ annuellement de 8.500 euros pour 16 salariés et 63 personnes handicapées). Les formations qualifiantes prévues par l'établissement et financées par l'intermédiaire de notre OPCA se déclinent selon le tableau figurant en annexe n°10. Notons que le budget social de l'établissement est aussi sollicité pour compléter l'enveloppe financière de notre PAUF.

Il n'est ici fait mention que de la volonté de l'établissement. En effet, les vœux de formations émanant des salariés sont pris en compte dans la mesure de l'enveloppe financière et de la concordance avec les objectifs de formation (adaptation au poste, évolution et maintien dans l'emploi, développement des compétences).

Les demandes des salariés sont désormais plus nombreuses (les efforts de sensibilisation commencent à porter leurs fruits) et peu d'entre elles ont été jusqu'à présent refusées.

De plus, nous communiquons régulièrement sur le Droit Individuel à la Formation (DIF), afin que les salariés puissent user de cette opportunité. Nous restons actuellement sur un échec, puisque aucune demande n'a encore été formulée. Il est vrai que les formations financées par le DIF ont lieu hors temps de travail, et que le maximum de 120 heures acquises ne suffira pas, à lui seul, à répondre à des formations qualifiantes de longue durée.

⁸⁴ LEFEVRE P. : *Guide du management stratégique des organisations sociales et médico-sociales* - Dunod 10/2006 –p. 252

Nous mettons aussi l'accent sur des formations complémentaires non qualifiantes, mais qui permettent d'améliorer les pratiques : par exemple, l'approfondissement des connaissances sur la maladie mentale, les techniques professionnelles, etc.

L'efficacité de notre politique de formation sera jugée au regard de plusieurs items : la réussite aux examens des candidats, la volonté des professionnels de s'investir dans une démarche qualifiante, le nombre de demandes émanant des salariés pour des formations de type « développement des compétences », la mise en application sur le terrain des outils acquis par la formation qualifiante et la satisfaction des professionnels vis-à-vis de leurs attentes.

« Dans un environnement qui change, il n'y a pas de plus grand risque que de rester immobile »⁸⁵. Et pour ne pas rester immobile, il faut se donner les moyens de sortir de l'institution ... Cela implique la mise en place d'une organisation qui permette de pallier l'absence temporaire de chaque salarié amené soit à suivre une formation, soit à participer à des réunions extérieures à l'établissement. Nous avons donc opté pour le travail par équipes de deux, amenées à travailler ensemble, sur les mêmes activités et avec les mêmes usagers. De plus, nous avons « lié » des activités peu développées avec d'autres plus conséquentes : lorsqu'un moniteur d'atelier de sous-traitance est absent, l'encadrant de la prestation « ménage » ou « peinture » qui s'occupent chacun de 5 usagers à temps partiel prend le relais de son collègue. Nous développons ainsi la complémentarité et la polyvalence, qui permettent d'avoir la possibilité de s'absenter de l'établissement sans que son fonctionnement en pâtisse. De ce fait, les professionnels peuvent participer à toutes sortes de rencontres et de réunions favorisant l'enrichissement et le développement des ressources.

Mais il s'agit aussi de pouvoir disposer de temps « hors prise en charge » pour travailler ses écrits, chercher des sources de renseignements extérieures, accueillir des stagiaires des écoles de formation, échanger avec d'autres professionnels sur les difficultés rencontrées auprès des usagers, en particulier avec les éducateurs du Service de Suite ou les tuteurs des usagers. Cela semble une évidence, mais combien de fois ai-je entendu : « et je travaille quand ? » ...

Notre sentiment de réussite sera effectif quand les professionnels seront demandeurs et non plus fortement « incités » par nos soins à pratiquer à cette ouverture. Charge à moi de susciter le besoin d'échanges : je prends souvent l'exemple des usagers qui arrivent à l'ESAT, et pour lesquels les moniteurs apprécient d'avoir pu disposer des écrits des professionnels précédents, et de pouvoir éventuellement les rencontrer avant l'admission.

⁸⁵ CHIRAC J. : *Une nouvelle France* Nil – 10/1992 – 141 p.

Je leur dis alors que lorsque les rôles sont inversés, ils peuvent comprendre l'importance de leurs écrits, de leurs évaluations et qu'il est également important de rencontrer les professionnels censés prendre le relais.

Enfin, l'ouverture sur l'extérieur consiste aussi à mieux connaître l'environnement quotidien de travail, c'est-à-dire le contexte législatif et les mutations structurelles. Pour ce faire, il est important de partager avec tous les membres de l'équipe les informations importantes concernant notre champ de compétences.

Actuellement, la loi 2005/102 et les différents décrets d'application la concernant restent les principaux thèmes de vigilance et de réflexion que l'équipe de direction s'efforce de faire connaître, d'expliquer et de partager.

3.2.2 La gestion prévisionnelle des emplois

D'ici à 5 ans, 6 professionnels de l'ESAT vont faire valoir leurs droits à la retraite, ce qui représente plus du tiers de l'effectif de l'établissement. Je considère cet « événement » comme une opportunité de redéployer l'organigramme. En effet, contrairement à d'autres établissements, nous avons pu provisionner au fil des ans les indemnités de départ qui ne grèveront donc pas les budgets futurs et ne repousseront pas dans le temps l'embauche des remplaçants. De plus, la masse salariale à effectif constant chutera considérablement, puisque notre convention collective favorise l'ancienneté dans l'emploi. Cette économie sur la masse salariale totale représente environ 2,5 ETP de moniteur d'atelier en début de carrière.

→ 3 moniteurs d'atelier : ils seront remplacés poste pour poste, car indispensables à l'organisation mise en place (travail en binôme), à la qualité de la prise en charge et aux perspectives de redéploiement des activités commerciales,

→ La directrice adjointe sera également remplacée, car c'est un poste indispensable au bon fonctionnement des deux structures gérées. Elle est mon remplaçant permanent lors de mes absences et possède dès lors toutes mes prérogatives. La complémentarité de nos deux champs de compétences et de nos formations initiales font en sorte que je veillerai à ce que mon futur collaborateur ne soit pas mon « alter ego »...

→ Le cuisinier : il ne sera pas remplacé. En effet, j'ai pris des contacts avec des sociétés de restauration afin d'externaliser cette activité. L'étude réalisée indique une économie budgétaire sensible, mais surtout une responsabilité transférée en matière d'hygiène (normes HACCP) et une gestion des approvisionnements allégée pour la secrétaire de l'établissement. La vigilance restera de mise sur la qualité de la prestation fournie, thème récurrent des réunions de la filière restauration de l'ARESTPA (Association des Directeurs d'ESAT). Cependant, l'activité commerciale de restauration sera en parallèle maintenue et développée, ce que nous avons vu plus haut.

→ Le médecin généraliste : ses vacations ne seront pas renouvelées, mais l'enveloppe financière dégagée permettra de financer en partie les éventuels partenariats avec l'inter secteur psychiatrique décrits plus haut.

Quels emplois pour le futur ? Poser cette question, c'est en fait essayer de définir l'organigramme idéal dont le directeur, coincé entre les contingences financières et la recherche constante d'amélioration des prises en charge, voudrait disposer.

Je vais donc essayer de tendre vers cet organigramme idéal dans les opportunités de gestion qui me sont données au fil de la vie de l'institution.

Mon sentiment est qu'il faut réellement se recentrer sur l'essence de notre métier, à savoir l'accompagnement des personnes adultes handicapées vers l'autonomie en utilisant l'outil « travail ». Cela implique un organigramme réduit au minimum de la partie « logistique » dans le modèle proposé par Henry MINTZBERG⁸⁶. J'ai déjà engagé cette démarche en transformant le poste « agent d'entretien » en poste de moniteur d'atelier 2^{ème} Classe : la personne concernée a en effet obtenu en 2005 son CQFMA (Certificat de Qualification aux Fonctions de Moniteur d'Atelier) et gère désormais une équipe « nettoyage des locaux ». Dans cette même logique, le poste de cuisinier ne sera pas renouvelé, pour un coût d'exploitation inférieur. Cependant, nous conservons un moniteur d'atelier pour l'activité « restauration », qui, à terme devra accueillir 8 à 10 travailleurs handicapés. Nous avons dû récemment nous séparer (en janvier 2007) d'un agent administratif émargeant à 0,25 ETP. Cette personne ne sera pas remplacée, puisque notre siège départemental gère désormais le dossier « paies » (encadrement et travailleurs handicapés), en contrepartie d'une hausse des frais de siège dépassant d'ailleurs le coefficient directeur accordé par l'autorité de tarification....

Nous allons ainsi, avec les économies liées aux futurs départs en retraite, créer un poste de moniteur principal dès 2008, qui fait actuellement défaut dans notre établissement.

Je demanderai également, dans le cadre du redéploiement et des économies réalisées grâce aux départs en retraite, une augmentation significative du temps de travail de notre psychologue (actuellement à 0,20 ETP) : les équipes ont en effet de plus en plus besoin d'un appui complémentaire sur les problématiques de plus en plus lourdes et complexes des usagers accueillis.

Cette politique de gestion du personnel sera bien évidemment facile à évaluer, au regard des autorisations accordées par l'organisme de tarification (ou de l'association gestionnaire si le contrat d'objectifs et de moyens est mis en œuvre), ainsi que des

⁸⁶ Henry MINTZBERG est professeur de gestion à l'Université Mac Gill, où il est titulaire de la chaire Cleghorn à la Faculté d'administration. Il est également professeur d'organisation à l'Institut européen d'administration des affaires (INSEAD est), à Fontainebleau.

bénéfices aux usagers des nouveaux recrutements ou augmentations de temps de travail.

Nous resterons vigilants quant à la qualité de notre restauration, d'autant qu'elle sera dans un avenir proche, ouverte sur l'extérieur. Des questionnaires de satisfaction seront élaborés pour évaluer la qualité de cette prestation.

Dans un souci d'efficience et d'organisation, nous allons de plus mettre en place les entretiens annuels des salariés, et des fiches de poste pour toutes les catégories professionnelles.

3.2.3 Associer et responsabiliser les professionnels

« Il ne peut y avoir d'autre mode de légitimité du travail sur autrui que celle qui découle de la démocratie »⁸⁷. La démocratie dans nos institutions médicosociales représente à mon sens le point de rencontre entre des relations professionnelles hiérarchiques (liaisons verticales) et un partage consensuel des objectifs et du vécu institutionnel (notion de liaisons horizontales). Comme le rappelle Bertrand DUBREUIL⁸⁸, *« Être directeur, ce n'est pas être décideur [...], Directeur donc et non décideur, c'est-à-dire à la fois celui qui conduit vers et veille à »*.

Le vecteur le plus probant demeure le projet individuel de l'utilisateur, pour lequel la participation de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire est impérative, le directeur en étant le garant. *« La compétence implique un processus d'élaboration par l'organisation institutionnelle, elle ne peut être justifiée par la seule qualification des acteurs »⁸⁹*.

La délégation quant à elle doit être formalisée : *« [...] Cela suppose qu'une culture de la délégation s'instaure, que le directeur accepte lui-même de déléguer formellement des pouvoirs et qu'il mette en place des systèmes de contrôle »⁹⁰* (notion de lien hiérarchique et contrôle à posteriori), afin qu'elle soit efficiente et constitue une réalité pour le bénéficiaire. La réalisation des fiches de postes peut représenter un cadre de délégation généraliste, amené à évoluer au fil de la vie de l'établissement. Il est important de garder en tête que la notion de délégation est intimement liée à la notion de champ de compétence, d'où l'idée de réajuster continuellement les délégations en fonctions de l'accroissement des compétences des salariés, par l'expérience, la formation et la diversité des parcours professionnels.

L'écueil souvent rencontré dans nos institutions, c'est la crainte de certains à devenir des partenaires dans la prise de décision ; Ils fuient la responsabilité par le refus souvent

⁸⁷ DUBET F. : *Le déclin de l'institution* - Le Seuil – 2002 – p 392.

⁸⁸ DUBREUIL B. : *Le travail de directeur d'établissement social et médicosocial*, op. cit., p 15.

⁸⁹ LEFEVRE P. : *Guide de la fonction directeur d'établissement* Dunod 05/2005, p 215

⁹⁰ LEFEVRE P. : Ibid., p 169

tacite de quelque délégation que ce soit. Je travaille donc beaucoup sur la mise en confiance de ces personnes, qui ont besoin d'une reconnaissance institutionnelle de leur travail pour accepter de franchir l'étape suivante.

Ces entretiens ont lieu dans mon bureau, chargé de symbolique hiérarchique, mais aussi de manière informelle, lors de mes visites dans les ateliers, ou lors des réunions de synthèse. Je fais part alors de ma volonté d'impliquer chacun, arguant du fait que mes compétences sont loin d'être infinies, et que je sollicite leurs idées et leur technicité pour enrichir le potentiel collectif. Les prises d'initiatives et les propositions d'amélioration commencent à émerger, ce qui indique que mes efforts commencent à porter leurs fruits et qu'il ne faut surtout pas les relâcher.

3.3 Construire et utiliser des partenariats et des réseaux⁹¹

Il me semble important, avant tout, de définir ces deux termes qui ne recouvrent pas les mêmes actions.

Le partenariat est souvent ponctuel, avec des objectifs précis déterminés et formalisés par une convention entre les deux partenaires. Il s'agit d'unir des technicités, des compétences différentes dans une recherche de complémentarité, au sens du partenariat d'initiative, citée par M. JAEGER.⁹²

La notion de réseau est – à mon sens - plus universelle. Le réseau peut rassembler des compétences différentes ou équivalentes, mutualiser des informations et des ressources, être mis en œuvre pour un projet particulier sans avoir à le reconstruire ou le formaliser. Le réseau existe en permanence (mais paradoxalement fonctionne par intermittence). Il est facilement utilisable et rapidement réactif. Il peut se développer au gré des sollicitations, s'enrichir de nouveaux contacts et amener constamment de nouvelles ressources. M. JAEGER insiste aussi sur le fait que le réseau «*redonne à l'utilisateur [...] la place première qui lui est souvent confisquée par la préoccupation gestionnaire* »⁹³

3.3.1 Avec les IME

Nous avons souvent tendance, en tant que responsables d'ESAT, à négliger les liens qui pourraient exister avec les établissements d'enfants. Il est vrai que la demande est plus prégnante pour les Directeurs d'IME, qui doivent souvent frapper à toutes les portes. Ils

⁹¹ « l'établissement ne peut plus situer sa prestation dans le cadre d'une relation duelle avec un consommateur, comme s'il s'agissait d'une prestation libérale, mais dans celui d'un système relationnel [...] ». LOUBAT J. R. – Les cahiers de l'actif – n°314-317. p148-149

⁹² JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - Dunod – 02/2006- p. 663.

⁹³ JAEGER M. Ibid - p. 650.

sont en effet confrontés au manque de places en ESAT, aux listes d'attentes pléthoriques, et doivent assumer les conséquences perverses de l'amendement « Creton »⁹⁴.

Pourtant, nous devons garder en mémoire que nos futures admissions dépendent en grande partie du travail éducatif dispensé dans les établissements d'enfants. L'admission en ESAT d'un jeune adulte venant d'IME se passe souvent bien mieux que toute autre admission, à condition que celle-ci ait été anticipée, préparée entre les deux structures. Cela nécessite dans ce cas un partenariat dans le temps, qui débute souvent par l'accueil en stage de l'élève d'IMPro, formalisé par une convention de stage, puis des échanges et des évaluations inter-établissements, la formalisation d'un projet professionnel et la présentation d'un dossier d'orientation devant la MDPH, étayé par les divers rapports de stages.

L'accueil du jeune adulte est facilité car il connaît déjà les moniteurs d'ateliers et le travail effectué (chaque stagiaire à l'ESAT d'Ambert « tourne » sur toutes les activités afin de mieux cerner ses compétences, pour sa future affectation). De plus, les évaluations réalisées lors des stages antérieurs ont permis à l'équipe d'ébaucher le projet individuel du nouvel usager, et lui proposer des objectifs réalistes et concrets. Enfin, lorsqu'elles existent, des contacts sont noués avec les familles bien avant l'admission en ESAT. Elles connaissent alors bien l'établissement, partagent le projet professionnel élaboré avec l'usager, et sont plus facilement « partenaires » dans la vie de l'institution.

Ce travail de collaboration avec le secteur enfant se fait avec deux types d'établissements.

- Avec les IME de l' ADAPEI 63 : il existe un seul IME de 12 places sur Ambert appartenant à l'Association gestionnaire et dont la section IMPro n'est pas encore ouverte, faute de financement. La faible capacité de cet IME récemment créé (juillet 2001) explique le peu de relations que nous avons. Cependant, depuis fin 2005, nous accueillons régulièrement en stage un adolescent trisomique de 18 ans (dont les parents sont adhérents à la section locale) pour lui permettre d'intégrer l'ESAT au plus vite. Nous insistons aussi sur le fait que cet IME doit prévoir des apprentissages en corrélation avec les activités professionnelles que nous effectuons, pour faciliter le passage des jeunes adultes vers le monde du travail protégé. Les autres établissements d'enfants sont beaucoup plus éloignés (le plus proche est à 55 kilomètres).

Les autres IME de l'Association ne nous sollicitent à vrai dire jamais, en raison de l'éloignement géographique, mais également en raison de l'image qu'a l'ESAT d'Ambert par rapport à la population accueillie, considérée comme « de trop haut niveau », car nous ne possédons pas de foyer d'hébergement, mais un Service de Suite fonctionnant

⁹⁴ article 22 de la loi du 13/01/1989 (loi 89/18 portant sur diverses mesures d'ordre social)

24 heures sur 24. Les rares contacts que nous avons eus étaient légitimés par un besoin de rupture avec une cellule familiale défaillante ou perturbante pour l'épanouissement d'un jeune adulte (euphémisme élégant pour décrire une potentielle captation du salaire ESAT du nouveau travailleur).

- Avec les IME proches : paradoxalement, nous collaborons régulièrement avec un IME limitrophe du département, localisé à 25 kilomètres de l'ESAT, en Haute-Loire. Nous accueillons chaque année environ trois à quatre jeunes adolescents en stage professionnel. Certains ont pu être admis à l'ESAT et posent peu de difficultés dans leur parcours professionnel.

Les stages sont réfléchis et construits de manière à développer progressivement les capacités et la compréhension. Ils se renouvellent en cours de « scolarité », entre 16 et 20 ans, ce qui permet une continuité d'évolution ainsi qu'un suivi à long terme. Il a fallu pour cela de nombreuses rencontres avec l'équipe de direction de l'IME, mais aussi avec les éducateurs concernés. Ceux-ci doivent s'inscrire dans le partenariat, qui consiste à insuffler une dynamique professionnelle et sociale à chaque sujet. Nous expliquons sans relâche notre philosophie de prise en charge, et les « avantages » d'un suivi en Service de suite qui demande un investissement conséquent de la part de tous les partenaires.

De même, les activités professionnelles de l'ESAT sont connues par l'équipe de l'IME, qui peut alors anticiper les apprentissages dans le domaine concerné.

Ce travail de partenariat porte désormais ses fruits si nous en jugeons par les demandes croissantes de stages dans notre établissement, l'intérêt des jeunes à notre « offre de service » et le nombre de jeunes adultes de cet IME inscrits sur notre liste d'attente des stagiaires (nous avons dû en élaborer une, car nous nous refusons à accueillir plusieurs élèves en même temps, pour d'évidentes raisons de pertinence et de disponibilité).

3.3.2 Avec l'inter secteur psychiatrique

Nous abordons ici le domaine le plus pauvre en matière de partenariat ou de travail en réseau. Comment construire quelque chose lorsque l'arrondissement d'Ambert ne compte pas un seul lit d'hôpital réservé à la psychiatrie, lorsqu'un des deux seuls postes de psychiatres hospitaliers à l'hôpital de jour n'est pas pourvu depuis plus de deux ans, et que les situations dites « d'urgence » se traitent effectivement dans l'urgence, sans avoir pu anticiper d'autres solutions viables que des Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT) ?

Bon nombre d'usagers vont d'ailleurs en consultation en secteur libéral sur Clermont, puisqu'il n'existe pas sur Ambert. Cela leur « coûte » une journée de travail pour une demi-heure d'entretien souvent précédé de longues heures d'attente. Les rendez-vous psychiatriques à l'hôpital d'Ambert sont fixés deux à trois mois à l'avance, durent généralement dix minutes, pour le renouvellement d'une prescription qui ne change pas...

Nous avons par contre organisé des rencontres entre les professionnels de l'hôpital de jour et ceux de l'ESAT. Cela a permis à chacun de mieux se connaître, de s'enrichir des expériences réciproques à partir des problématiques personnelles des sujets suivis. Nous essayons aussi d'être présents lors des synthèses faites dans le cadre des activités thérapeutiques de l'hôpital de jour, afin d'apporter des éléments d'observation et de faire part de nos avis.

Nous sommes également demandeurs de partenariat avec l'inter secteur psychiatrique, même si celui-ci est représenté par l'hôpital de Thiers, distant de 55 kilomètres. Mais tous les contacts que nous avons essayés de mettre en place ont échoué... Les psychiatres thiernois ne pensent à nous que lorsqu'ils ont un patient à réorienter ... Nous allons donc mettre à profit la demande des référents sanitaires pour établir une convention tripartite de partenariat⁹⁵ qui permettra un accompagnement psychiatrique continu du nouvel arrivant en ESAT.

Cette convention aura l'avantage de formaliser⁹⁶ l'engagement mutuel de chacun sur le projet individuel de la personne, elle aussi actrice et signataire de ce document qui mentionnera obligatoirement les items suivants : le projet individuel de l'utilisateur, l'engagement de tous à la participation des synthèses, la détermination d'une personne référente pour l'hôpital et pour l'ESAT, la possibilité de retour à l'hôpital en cas de besoin avéré, la promesse de l'utilisateur dans la poursuite du traitement médical et l'évaluation périodique de la pertinence de la convention (fixation d'échéances).

L'idéal serait que l'hôpital puisse en fait détacher un infirmier au sein de l'ESAT, mais les contingences financières de chacun rendent cette hypothèse peu probable.... Comment en effet faire face coté ESAT à une facturation des interventions dudit infirmier, dans le cadre d'une enveloppe globale, fermée et opposable, qui ne suffit déjà pas à honorer les charges de personnel existantes ? Comment l'hôpital pourrait-il ne pas facturer ces prestations, alors qu'il est soumis aux mêmes règles drastiques d'équilibre budgétaire, et de plus, en manque de personnel soignant ? Un contact avec l'inspecteur DDASS pourrait peut-être aboutir lors de la prochaine campagne budgétaire Je rappelle ici que nous ne disposons en interne que de 0,20 ETP de psychologue obtenu dans le cadre de la RTT et aucune vacation de psychiatre....

La réalisation de cette convention, la mise en place de points de vigilance quant à la réalisation des engagements et l'évaluation périodique des objectifs atteints seront autant de facteurs d'indication de réussite dans ce travail partenarial actuellement inexistant.

⁹⁵ possibilité clairement stipulée dans l'article 312-7 du CASF depuis la loi 2002-2.

⁹⁶ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social* op. cit. p. 99 : « L'idée d'une formalisation des partenariats par des conventions se retrouve aujourd'hui un peu partout ».

3.3.3 Avec les familles

En ce qui concerne le travail avec les familles, deux pratiques s'opposent : soit les familles sont reconnues et acceptées, soit les familles sont écartées et rejetées, ceci avec les meilleurs arguments possibles mais sans demi-mesure. Les uns comme les autres avancent l'intérêt de l'utilisateur.

Les professionnels sont peut être un peu sur leur garde du fait même de travailler pour et au sein d'une association de parents. Ceux-ci restent alors discrets sur leurs pratiques professionnelles. Ils disent souvent qu'étant là pour travailler avec l'enfant, ils ne veulent pas s'occuper des parents, que cela les gêne de parler à un parent administrateur... Ils ont peur d'être interpellés et que les parents soient ensuite toujours « sur leur dos »...

Pourtant, *« En ce qui concerne les familles de personnes en situation de handicaps mentaux [...], la collaboration est bien souvent –et plus qu'on ne le pense- souhaitée par la famille, même si cette dernière ne sait pas toujours comment l'exprimer [...], même si parfois elle se culpabilise à l'idée de solliciter les professionnels, ou de se poser comme un partenaire à part entière »*⁹⁷. Si je défends toujours l'utilisateur comme personne adulte associée de plein droit à son projet professionnel, je n'envisage absolument pas de faire l'impasse sur le partenariat avec sa famille.

« Si le bénéficiaire accueilli est un majeur, les membres de sa famille sont abordés comme des personnes ressources. [...] et peuvent servir d'appui et d'interlocuteurs (pas plus) dans le cadre de l'accompagnement de cette personne. Là encore, il ne peut s'agir que de relations de partenariat ».⁹⁸

Les familles représentant l'association gestionnaire constituent le lien entre l'association et l'institution. Je m'efforce de les saisir régulièrement des préoccupations de l'établissement, mais aussi de leur faire part des expériences positives. De ce fait, elles se rendent compte que nos spécificités sont des atouts et peuvent ainsi efficacement défendre nos projets et nos méthodes de travail au Bureau départemental de l'Association. Elles peuvent alors mieux adhérer à nos projets, par exemple lors d'admissions de nouveaux usagers qui ne répondent pas complètement aux critères « Adapeïens ». C'est donc le moyen de faire le lien entre le Projet Associatif Global et le projet d'établissement, dans leur participation active à sa révision.

Les familles siégeant au CVS doivent être sollicitées : j'essaye de mettre à profit cette nouvelle instance pour faire communiquer les usagers, les professionnels et les familles par le biais de leurs représentants. Je rappelle lors de chaque réunion ce que veut dire le mot « représentant », pour que chacun comprenne bien quel type de mandat il possède.

⁹⁷ JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - op. cit. p. 601

⁹⁸ LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale* - Dunod - mars 2007 – p. 77

C'est aussi vrai pour les représentants des familles, qui doivent s'enquérir des sollicitations de ceux qui les ont élus, répondre à leur questionnement, et pour ce faire, savoir de manière précise comment fonctionne l'institution et quel est son projet d'établissement. Par ce biais, la communication pourra être facilitée lors de rencontres avec d'autres familles. Il est en effet important de recueillir leur adhésion au projet individuel de l'utilisateur.

Nous contactons, quand elles existent, les familles des usagers lorsque nous devons réactualiser un projet individuel ou envisager une réorientation. Elles sont déjà familiarisées avec nous, puisque nous les avons rencontrées ou contactées à plusieurs occasions : lors de l'admission, de la mise en place des outils de la loi 2002-2, de journées portes ouvertes, lors des élections au CVS, ou lors des Assemblées générales de section, si elles sont adhérentes. Le point le plus délicat à traiter demeure les demandes de réorientation vers un Foyer de vie : en effet, la perte du statut de travailleur et les ressources inhérentes à ce statut génère souvent des réticences difficiles à combattre. Si un travail en amont n'a pas été effectué avec la famille, celle-ci sera « hermétique » à nos arguments sur le nouveau projet de vie de l'utilisateur.

3.3.4 Avec les autres ESAT

Si nous avons évoqué des partenariats possibles avec les IME, le secteur sanitaire et les familles, nous parlerons des relations avec les autres ESAT comme émanant d'un véritable réseau.

En effet, la région Auvergne a été en quelque sorte avant-gardiste. Dès 1989, tous les directeurs d'ESAT de la région se sont regroupés dans une association dénommée ARESTPA (Association des Responsables d'Établissements et Services de Travail Protégé en Auvergne) et dont l'objet social se définit par l'entraide, la réflexion commune, et le partage des mêmes valeurs éthiques. Cette association fonctionne selon un système de « filières » : spécifiques à une activité commerciale (sous-traitance, espaces verts) ou filière médico-sociale.

Les premières permettent l'échange d'informations, la mise en commun de moyens, le partage de marché, la réduction de coûts d'approvisionnement, la réalisation d'actions de formation communes et le respect des clients de chacun.

La filière médicosociale est une filière qui regroupe les réflexions autour de notre mission, des évolutions législatives, et l'entraide au quotidien. Elle a, par exemple, établi une centralisation de nos listes d'attentes de ce fait épurées, ce que l'ex COTOREP n'avait pu réaliser. Elle a permis une réflexion commune sur les contrats d'aide et de soutien par le travail, établi un état des lieux des activités de soutien de premier et deuxième type, et émis des propositions envers les autorités de contrôles.

Elle donne aussi d'autres moyens aux ESAT n'ayant pas la chance d'avoir une association gestionnaire importante, en leur amenant une logistique et un appui qui leur fait cruellement défaut. L'A.D.A.P.E.I. 63 a quant à elle accepté depuis peu que « ses » directeurs puissent s'investir à titre privé dans ce système de collaboration interprofessionnelle.

Je rappelle d'ailleurs à chaque occasion aux administrateurs que l'ARESTPA fournit par le partage de marchés, de gros volumes environ 20% du chiffre d'affaires annuel de l'activité de sous-traitance, ce qui donne du travail à l'équivalent de cinq personnes, favorise les formations professionnelles des travailleurs handicapés en mettant des moyens en commun et permet des échanges que nous ne pouvons guère avoir dans d'autres instances.

Ce réseau d'entraide est formalisé par une charte affichée dans chaque établissement. Tout a été mis en œuvre pour faciliter les échanges. Un système d'information spécifique a été élaboré qui permet de contacter sans délai les autres établissements ou de résoudre rapidement une situation délicate : logiciel informatique spécifique, site web, personne détachée d'un établissement qui gère les systèmes d'informations (télécopie et mails) et qui dresse des comptes-rendus de chaque réunion de filière.

La plus grande réussite de ce réseau est de pouvoir répondre le plus rapidement possible aux problématiques des usagers. Grâce à lui, des travailleurs handicapés ont pu changer facilement d'établissement, pour des raisons de rapprochement géographique, d'activité professionnelle correspondant mieux à leurs désirs, de prise en charge plus ou moins « renforcée » sur le plan médical, ou de présence ou non de structures d'hébergement.

La MDPH ne peut alors qu'avaliser le travail réalisé en amont par les responsables d'établissement lorsqu'ils proposent une réorientation mûrement réfléchie et partagée par tous.

Ce travail en réseau se fait dans la transparence et permet une admission sans surprise dans le nouvel établissement, car réalisée dans un climat de confiance mutuelle. Rien n'est tu ou caché dans les antécédents de l'utilisateur, ses faiblesses comme ses forces, ses épisodes de crise comme ses périodes de sérénité. Des contacts postérieurs aux réorientations sont pris entre les deux équipes, qui permettent ainsi d'évaluer la pertinence de ce choix.

Ce réseau qui est utilisé par tous, se régénère annuellement et s'enrichit régulièrement de nouvelles « filières » et commissions de réflexion au gré de l'actualité. Charge à chaque directeur de l'optimiser en y amenant ses propres ressources, qui, par effet de levier, amèneront plus de pertinence et d'efficacité dans les missions qui sont les nôtres. Je mobilise donc beaucoup d'énergie à rendre la plus active possible cette association,

pouvant représenter une certaine force face à tous nos partenaires (entreprises, autorités de contrôle, MDPH, etc.).⁹⁹ J'assiste, dans la mesure du possible, à toutes les réunions de filières qui concernent l'ESAT d'Ambert : médicosociale, espaces verts, sous-traitance, blanchisserie, restauration et communication, et souhaite impliquer davantage les professionnels dans cette démarche de partage et d'échanges.

Deux personnes de l'ESAT d'Ambert ont pu, l'année passée, bénéficier ainsi d'une réorientation rapide sur un autre établissement de travail protégé qui correspondait mieux à leurs demandes. Ces réorientations rapides constituent un indicateur important de bon fonctionnement et d'opportunité de ce réseau.

D'autres indicateurs nous amènent à considérer comme une réussite la construction de ce réseau, tels que :

- le pourcentage du chiffre d'affaires réalisé par l'ESAT sur les marchés émanant de l'association,
- l'aboutissement de démarches communes auprès des organismes de contrôle,
- l'élaboration de documents et de procédures commerciales partagés,
- la mise en place d'actions de formation (pour les usagers comme pour les salariés) à plusieurs établissements, impossible à réaliser seul pour des raisons financières et logistiques,
- l'échange quasi-journalier d'informations entre chaque adhérent par mail ou télécopie pouvant traiter bon nombre de sujets (législation, offres d'emploi, démarche commerciale, demande d'aide, mise en place des commissions, etc.).

3.4 Développer la Communication

En premier lieu, ne tombons pas dans le piège d'un hypallage consistant à attribuer à la communication ce qui relève de l'information : « *La confusion entre communication et information est par ailleurs un fait courant dans les établissements. L'information est un des éléments ou système qui entre dans une politique de communication, elle n'en traduit pas tous les aspects* »¹⁰⁰

3.4.1 Interne à l'institution

Nous avons vu dans les chapitres précédents le cloisonnement institutionnel établi par mon prédécesseur. Aujourd'hui encore, le chemin reste long pour que les professionnels puissent s'exprimer, que ce soit face à la direction, en réunion institutionnelle ou simplement entre eux.

⁹⁹ L'ARESTPA représente 32 CAT auvergnats, soit plus de 2.500 travailleurs handicapés accueillis.

¹⁰⁰ LEFEVRE P. : *Guide de la fonction directeur d'établissement* DUNOD 05/2005, p 344

La crainte d'être « jugé », d'être « jaugé » dépasse souvent le champ professionnel. Je me dois donc de mettre en place toutes les conditions favorables à cette communication qui nous fait défaut.

Les nouveaux bâtiments favoriseront certainement ce décroisement, puisque volontairement, j'ai souhaité que toutes les activités commerciales soient centralisées dans les mêmes locaux, et qu'elles partagent à la fois des accès communs pour le personnel et les usagers, mais aussi les vestiaires, sanitaires et autres annexes de production (plans du nouveau bâtiment en annexe 14). Une salle de réunion permettra d'accueillir tous les professionnels dans de bonnes conditions et d'informer et de communiquer avec des moyens jusque là inconnus ou impossibles à mettre en place : vidéo projection, accueil et participation d'intervenants extérieurs, de stagiaires...

Pour que les salariés arrivent à communiquer, il faut constamment jouer sur l'ambivalence directoriale de l'autorité et de l'accompagnement :

Cela passe par un rappel aux règles (ex : existence de cahier de liaison pour faciliter la communication au sein d'un même atelier afin de pallier les absences) édictées dans le règlement intérieur, le travail en commun obligatoire qui précède les réunions de synthèse auxquelles tous les professionnels ne participent pas mais doivent être représentés, l'élaboration des bilans et des grilles d'objectifs qui impliquent un partage d'informations et un échange de point de vue et d'analyse de situations.

Mais cela passe aussi par la prise en compte des doutes et des interrogations personnelles de chacun, les encouragements dans les d'initiatives permettant d'améliorer la prise en charge des usagers et la reconnaissance explicite des compétences individuelles. Le Directeur doit donc jongler entre « *le personnage institutionnel le plus déterminant pour les conditions d'exercice professionnel des uns et des autres* »¹⁰¹ et « *la reconnaissance publique sans laquelle les hommes au travail ont parfois la désagréable impression d'être des travailleurs de l'ombre* »¹⁰².

Il est donc souhaitable de donner un espace de parole et d'échanges aux professionnels, et de séparer nettement dans le temps les réunions institutionnelles des réunions de synthèse et des autres réunions.

Nous avons depuis 2006 programmé des réunions permettant aux professionnels de parler de leurs pratiques, pour échanger sur leurs difficultés dans la prise en charge des usagers, grâce à l'éclairage de leur collègues, mais aussi de la psychologue et d'un membre de la direction.

¹⁰¹ DUBREUIL B. *Le travail de directeur en établissement social ou médicosocial – analyse de la pratique* - Dunod – 01/2006- 226 p.

¹⁰² ROCHE B. , MARFOGLIA F. : *L'art de manager : éléments pour comprendre, clés pour agir* Ellipses – 01/2006 – 137 p

Nous mettons actuellement en place un calendrier annuel qui différencie tous les types de réunions, avec les ordres du jour (pour les préparer en amont) et inciter la participation active de chacun. Je porte une attention particulière à leur suivi, plus précisément aux points soulevés et aux décisions formulées pour s'assurer de leurs réalisations effectives. Nous recherchons aussi l'implication des personnels dans les « grands chantiers » comme l'étude architecturale des nouveaux bâtiments, pour que chacun puisse investir pleinement son futur lieu de travail. L'architecte a rencontré tous les professionnels et nous avons essayé de tenir compte (sous réserve de l'enveloppe financière) de chaque proposition d'aménagement.

L'avenir nous indiquera la pertinence de nos réflexions, que nous pourrons évaluer grâce aux réponses apportées aux travailleurs handicapés en matière de confort, d'ergonomie et d'adaptabilité, mais aussi aux sollicitations économiques futures.

De même, la refonte du projet d'établissement n'est pas l'apanage du seul directeur. Il en est seulement le maître d'œuvre et doit impliquer les professionnels dans sa construction. L'adhésion de chacun est recherchée afin que ce projet soit le « fil d'Ariane » de toute action éducative au sein de l'établissement. Cela exige un travail commun, de partage et de confrontation d'idées, mais aussi de cultiver l'appartenance à l'association gestionnaire. En effet, le projet d'établissement est un rouage singulier du projet associatif global, que chacun doit connaître, comprendre, appliquer et respecter. Pour renforcer le lien entre les professionnels et l'association, j'ai demandé à l'administrateur délégué d'inviter systématiquement deux salariés aux réunions du Comité de gestion. Leur présence est un indicateur d'évaluation de ma volonté de rapprochement et d'échanges entre deux instances qui s'ignorent ou ne se connaissent pas.

La mise en place des outils de loi 2002-2 a été la première occasion de favoriser le travail commun : deux référents volontaires de l'ESAT ont participé à toutes les réunions associatives et ont été investis d'une mission de délégation et de relais pour le reste de l'équipe.

Ces personnes se sont rendues disponibles vis-à-vis de l'association et vis-à-vis de leurs pairs dans leur mission de référent et de porteur de projet. Tous les documents ont été d'une grande qualité, et la mise en place de ces outils s'est effectuée avec réussite, même si un léger essoufflement s'est fait sentir en fin d'année 2005. Le prochain déménagement sera l'occasion de revisiter le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement, exercice qui devrait se dérouler sans difficulté particulière.

Enfin, je m'efforce de communiquer et de travailler chaque dossier spécifique avec les membres du personnel ayant un mandat de représentation, même si quelques fois, le sujet n'est pas directement dans leur champ de compétences : membres du CHSCT, délégués du personnel et représentants des salariés au CVS. Le fait que l'établissement a

toujours été pourvu d'IRP (Instances Représentatives du Personnel) est pour moi révélateur d'une volonté partagée de dialogue et de contre pouvoir constructifs ¹⁰³.

3.4.2 Au sein de l'Association

Ma mission première dans le domaine de la communication en direction de l'association est d'arriver à ce qu'au niveau local, les membres du comité de gestion s'impliquent dans le fonctionnement de l'établissement que je dirige, même si peu d'entre eux ont leur enfant accueilli. Le nombre de réunions du comité de gestion est à lui seul très parlant : une réunion par an en moyenne, alors que les autres institutions de l'Association gestionnaire en programment souvent une par mois ...

J'ai entamé un premier rapprochement en utilisant la construction du nouveau bâtiment : j'ai sollicité mon Président de Section à chaque stade de la construction et donné à son épouse, administratrice déléguée de l'établissement, toutes les informations au fil de l'avancée des travaux : que cela touche le domaine architectural, l'agencement, les aménagements ou les questions financières. La section locale a compris des choix stratégiques qui pouvaient de prime abord «dérouter», comme l'implantation non pas en zone industrielle, mais à proximité du centre-ville. Conscients du challenge que constitue cette nouvelle construction, les administrateurs locaux se sont investis dans la recherche de financements complémentaires, et ont obtenu plusieurs «subventions» dont le montant total est loin d'être négligeable (plus de 30.000 euros). Dès 2007, et sous couvert du dossier de reconstruction, les réunions du Comité de gestion prennent un rythme bimestriel, pour déboucher sur des sujets plus en rapport avec la vie quotidienne de l'établissement.

Mon deuxième objectif est de participer le plus possible à tous les travaux associatifs qui sollicitent une réflexion des directeurs, afin de représenter au mieux l'établissement que je dirige. J'ai d'ailleurs représenté les Directeurs d'ESAT au Conseil d'administration pendant deux mandats triennaux consécutifs.

Chaque fois qu'une commission associative s'est créée, l'ESAT d'Ambert a été représenté par le Directeur ou la Directrice Adjointe, pour le dossier «ARTT», qui a mobilisé une formidable énergie des partenaires sociaux, institutionnels et associatifs et pour la création d'un comité de pilotage destiné à mener une action «communication externe», ou pour la mise en place des outils de la loi 2002-2.

¹⁰³ « La défaillance ou la fragilité des autres acteurs (tutelle, association gestionnaire, instances représentatives du personnel) lui laisse une trop grande latitude d'action, lui confèrent une place et une influence excessive ». DUBREUIL B. : *Le travail de directeur d'établissement social et médicosocial*, op. cit., p 63.

Dans ces commissions, nous avons toujours essayé de défendre nos spécificités, quelques fois en opposition avec le courant majoritaire : nous préférons une réponse adaptée à chaque situation à l'uniformisation des pratiques, des contrats de séjours, et contre un « moule commun et universel » ...Il s'agit de faire comprendre et appliquer l'esprit des nouvelles lois qui nous font passer d'une logique de réponse collective à une logique de réponse personnalisée ...

Actuellement sont engagés deux grands « chantiers » associatifs : la mise en place de l'évaluation interne et l'étude d'un contrat d'objectifs et de moyens avec les autorités de tarification.

En ce qui concerne l'évaluation interne, l'association devient la maîtresse d'œuvre du dossier. Elle souhaite un système d'évaluation et de démarche continue d'amélioration commun aux établissements de même nature (Travail – Hébergement – Enfants). Nous avons demandé à un salarié de l'établissement d'être le référent du projet dans notre institution et de participer aux réunions associatives afin de représenter l'ESAT et ses particularités pour qu'elles soient prises en compte.

Un membre de la direction participe régulièrement à cette démarche associative dans des réunions spécifiquement dédiées à cet ordre du jour.

En ce qui concerne le contrat d'objectifs et de moyens, le sujet est trop récent¹⁰⁴¹⁰⁵ pour le développer. J'ai cependant demandé au Président de l'ADAPEI 63 de m'associer à l'étude de ce dossier s'il devait déboucher, comme prévu, lors de la campagne budgétaire 2008.

3.4.3 Externe

Dès ma prise de fonction et au fil de mes rencontres professionnelles, j'ai été surpris de constater à quel point notre environnement proche méconnaissait notre établissement ; ses activités et ses objectifs. Peut-être est-ce dû à la volonté directoriale antérieure de « fondre » l'établissement dans le paysage local comme une entreprise classique, afin de ne faire aucune différence avec le milieu ordinaire. Si la démarche motivée par le souci d'intégration pouvait sembler justifiée, elle a créé un formidable paradoxe : le handicap, s'il n'a pas été stigmatisé, a été complètement nié...

Le partenariat avec la Communauté de communes concernant la reconstruction de l'établissement a permis de faire reconnaître auprès des instances locales les besoins, les forces et les objectifs médicosociaux de la structure. Le Président de la Communauté de Communes est désormais à l'écoute de nos sollicitations, défend nos projets et nous

¹⁰⁴ Décret budgétaire rectificatif n°2006-422 du 07 avril 2006.

¹⁰⁵ Circulaire DGAS/SD5B n°2006-216, 18 mai 2006 : BO Aff. Soc.

assure de son soutien : il porte avec nous un projet de Foyer appartement pour lequel il propose un terrain municipal adapté en vue de son implantation.

Nous avons aussi rencontré les professionnels de la circonscription d'action sociale ambertoise, afin d'avoir une connaissance réciproque de nos champs de compétences et d'envisager la mutualisation de nos interventions en faveur du public suivi ou accueilli. Ce rapprochement permet aux uns de solliciter le secteur social de manière judicieuse, et aux autres d'envisager des orientations en ESAT pour des personnes qui en ont le profil. Nous constatons les effets de ce partenariat sur l'évolution de notre liste d'attente : les personnes orientées par la MDPH dont le dossier a été initié par la circonscription relèvent effectivement d'une prise en charge médicosociale telle que nous la proposons.

La même démarche a été effectuée auprès de l'inter secteur psychiatrique, mais pour le moment, l'engouement de ce dernier pour mettre en pratique le travail de partenariat décrit plus haut n'est pas à la hauteur de nos espérances. Je vais donc reprendre contact avec le Directeur de l'hôpital¹⁰⁶ et avec l'équipe médicale psychiatrique de l'hôpital de jour.

La communication externe doit aussi s'adresser aux partenaires économiques de l'institution. C'est en effet grâce à la communication de nos savoir-faire que de nouveaux donneurs d'ordres peuvent nous solliciter. Les moyens actuellement à l'étude et qui seront effectifs dès notre déménagement se déclinent sur deux axes : la création d'un site Internet pour l'ESAT qui sera relié à celui de l'association gestionnaire mais aussi à celui de l'ARESTPA et la mise en place de journées portes ouvertes, afin que tout un chacun puisse avoir une connaissance des travaux réalisés par nos équipes.

Cette communication devient incontournable avec les autorités de tarification représentées par l'inspecteur DDASS. Elle permet d'instaurer un climat de confiance mutuelle, qui essaye de sortir d'un cadre budgétaire âprement débattu pour déboucher souvent sur des partenariats efficaces : Il est en effet plus facile d'obtenir des financements complémentaires lorsque les demandes sont légitimes, expliquées et commentées et lorsque l'établissement répond rapidement à des sollicitations urgentes de la DDASS confrontée à une problématique pressante d'accueil d'utilisateur.

La meilleure illustration reste notre déménagement qui a impliqué des dépenses supplémentaires avec l'acceptation de notre dossier et de notre Plan pluriannuel d'investissement par les services déconcentrés de l'État sans une seule observation négative. La bonne santé financière de notre établissement est aussi une résultante de cette politique et par conséquent un bon indicateur de réussite dans le climat de « sinistrose » ambiant.

¹⁰⁶ Dès qu'il sera en poste, puisque l'actuel Directeur est « en partance » et sera remplacé en juillet 2007.

Enfin, il nous faut aussi communiquer avec la MDPH afin de lui donner une image plus conforme de l'établissement. J'ai déjà entamé cette démarche en invitant la Directrice Adjointe de la MDPH à assister à notre dernier CVS. Cette initiative sera poursuivie par une invitation (essentiellement des médecins et des responsables des équipes techniques) à visiter nos nouveaux locaux. Notons aussi que le décret 2007-159 du 6 février 2007 nous oblige à communiquer avec la MDPH les éléments de notre liste d'attente.

D'une manière générale, la communication doit se situer dans tous les rouages de la vie relationnelle de l'établissement, décrit par le schéma en annexe 6, transposition adaptée du schéma indiqué page 423 dans l'ouvrage de M.JAEGER précédemment cité¹⁰⁷.

¹⁰⁷ JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - op. cit. p.423.

Conclusion

Ainsi que nous l'avons évoqué, la transformation de notre secteur d'activité s'est accélérée depuis les lois 2002-2 et 2005-102. Conjugué à l'évolution des populations accueillies, ce changement bouleverse notoirement nos pratiques professionnelles, nos prises en charge quotidiennes et nous oblige à une incessante remise en question.

Je retiendrai en final deux thèmes qui alimentent désormais ma réflexion :

En premier lieu, la dénomination des personnes handicapées dans nos structures prête à beaucoup d'interprétations de la part des professionnels : de « jeunes », nous sommes passés à « bénéficiaires », puis « usagers », et certains craignent dans un proche avenir d'entendre le terme « clients »¹⁰⁸. Doit-on être choqué par ce vocable ? Rappelons ici que le mot « client » induit une relation contractuelle, dans laquelle chacun a des droits et des devoirs, où la personne handicapée peut être représentée, défendue et accompagnée. En ce sens, il ne me paraît ni déplacé, ni outrancier. Méfions-nous cependant qu'il ne puisse induire de la part de l'utilisateur un « achat » de prestation médicosociale, sans contrôle de qualité ni d'efficience, avec comme seul critère de choix le moindre coût légitimé par son faible niveau de ressources.

Dans les structures de travail protégé, nous assistons à un phénomène paradoxal : si la mission médicosociale des ESAT est réaffirmée par la loi, nous sentons un lent glissement du statut de l'utilisateur d'ESAT vers un statut de droit commun¹⁰⁹. La grande question est donc de savoir s'il est souhaitable qu'un jour, ce statut aboutisse pleinement pour les personnes handicapées et, dans l'affirmative, comment pourra-t-il alors être articulé avec la mission médicosociale. Il faudra en effet conjuguer le respect des droits salariaux avec la mission de protection qu'ont nos institutions.

Il me semble enfin que nous entamons un autre virage dans notre façon d'envisager et de concevoir les prises en charge : nous suivons l'exemple des pays scandinaves qui ont,

¹⁰⁸ « Le terme de clients contient encore, dans la bouche d'un certain nombre de professionnels [...] une connotation péjorative à l'endroit des personnes auxquelles on a affaire » LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale* – op. cit. – p.81

¹⁰⁹ Le décret 2006-703 du 16 juin 2006 énonce par exemple pour la première fois les droits à congés payés, les droits à congés pour événements familiaux, les droits à la formation professionnelle et l'accès à la VAE pour les personnes accueillies en ESAT. Le décret 2007-874 du 14 mai 2007 institue quant à lui une sorte de « participation aux résultats excédentaires » appelée « prime d'intéressement » pour les travailleurs handicapés sans incidence sur le montant de leur AAH, pouvant se monter à 10% des salaires directs annuels versés par l'établissement.

depuis plus de 10 ans, appliqué une logique de désinstitutionalisation¹¹⁰, ne conservant que d'importantes structures pour les handicaps les plus lourds. Nos politiques publiques impulsent ce mouvement, en développant l'intégration en milieu ordinaire et le maintien à domicile.

L'ESAT d'Ambert doit s'inscrire à part entière dans ce changement. Il me faut désormais utiliser les nouvelles opportunités (turn-over du personnel, déménagement de l'établissement) pour parvenir à l'amélioration qualitative de nos prises en charge. Ces opportunités viendront enrichir les outils existants : management participatif par projet, développement de réseaux et de partenariat, communication avec l'environnement.

Mais le corollaire de ce changement est que les fonctions de direction évoluent aussi : le directeur doit sans cesse enrichir son panel de compétences. Il n'est plus un spécialiste de l'acte éducatif, ni un « fin limier » de la gestion financière ou du management, mais un généraliste garant d'un projet institutionnel aidé par une équipe pluridisciplinaire¹¹¹. En ce sens, il doit pouvoir parfaitement connaître et utiliser l'environnement, s'appuyer sur des partenaires volontaires et déléguer à une équipe de professionnels avisés. « *Il n'y a pas de directeur-type, mais des personnes qui incarnent un personnage chargé d'une mission et soumis à des exigences* ».¹¹²

Seules seront immuables ses valeurs déontologiques, clés de voûte de son quotidien professionnel et garantes des prises en charges dispensées, dans quel qu'établissement ou service qu'il officie.

¹¹⁰ Support pédagogique du séminaire itinérant ACTIF *Prise en charge de la déficience intellectuelle en pays scandinaves*. Juin 1999.

¹¹¹ J.R. LOUBAT illustre parfaitement cette « mutation structurelle et révolution culturelle » dans son livre *Promouvoir la relation de service* op. cit. p 7-8

¹¹² JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* – op. cit. p. 1172

Bibliographie

Ouvrages lus :

BAUDURET J. F. , JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médicosociale, histoire d'une refondation*, Dunod, 2002, 322 p.

ZRIBI G.: *L'avenir du travail Protégé*, ENSP, 06/2003, 127 p.

ZRIBI G. et SARFATY J. : *Handicapés mentaux et psychiques : vers de nouveaux droits* ENSP 2003, 128 p.

D'HEILLY H. , SORRIAUX J.P. : *De l'insertion à l'autonomie : quelle réalité pour les malades mentaux* . Paris : Eres, 1995, 176 p.

JAQUARD A.: *Éloge de la différence*. Le Seuil, 1978.

MIRAMON J.M. : *Le métier de directeur : techniques et fictions* ENSP 2002, 272 p.

ZRIBI G. POUPEE-FONTAINE D. : *Dictionnaire du Handicap*, 5^{ème} édition. ENSP, 2005, 351 p.

BLANC A. *Les handicapés au travail : analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*. Paris : Dunod, 2004, 310 p.

MIRAMON J.M. : *Manager le temps dans les organisations sociales et médicosociales*, Dunod, 2003, 152 p.

BOES P. GUTNIK F. : *Travailleurs handicapés : de la reconnaissance à l'emploi* – Vuibert 10/2004, 188 p.

ZRIBI G. et SARFATY J. : *Le vieillissement des personnes handicapées* - ENSP 2003, 198 p.

LIBERMAN R.: *Handicap et Maladie mentale* – « que sais-je ? » - PUF – 10/2004, 128 p.

LEFEVRE P.: *Guide de la fonction directeur d'établissement* DUNOD 05/2005, 405 p.

LOUBAT J.R. *Promouvoir la relation de service en action sociale* - DUNOD - 03/2007, 360 p.

DUBREUIL B. : *Le travail de directeur en établissement social et médicosocial, analyse de la pratique*, DUNOD, 01/2006. 228 p.

ROCHE B. et MARFOGLIA F. : *L'art de manager* – ELLIPSES, 01/2006. 137 p

Ouvrages consultés ou cités :

SANTE MENTALE France. *Le livre blanc des partenaires de la santé mentale France*. Éditions de santé, 2001, 65 p.

LEMIEUX V.: *Les réseaux d'acteurs sociaux* , PUF, 1999.

ZAZZO R. : *Les débiles mentaux* , Esprit, Paris, 1965.

GOBRY P.: *L'enquête Interdite*, Cherche-midi, 2002.

GACON D : *Communiquer dans les institutions sociales et médico-sociales* - Editions DUNOD 2002.

TOMKIEWICK S. *Maladie mentale et handicap mental* – Sésame n° 112 –07/1994.

DEANA C et GREINER G : *Parents - Professionnels à l'épreuve de la rencontre* - Editions ERES 2003.

HAERINGER J. TRAVERSAZ F. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médicosociale* , Paris, Dunod, 2002, 243 p.

LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement social et médicosocial* – Paris, Dunod, 10/2006, 405 p.

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social – Travail social et psychiatrie* – Paris, Dunod 2006.

HARDY J.P. *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médicosociaux* Dunod –2006

CROZIER M. FRIEDBERG E. *L'acteur et le système* , Paris, Le Seuil, 1985, 437 p.

DUCALET P. LAFORCADE M. *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales, sens, enjeux et méthodes* – Paris, Séli Arslan, 2004, 335 p.

VOCAT Y. *Apprivoiser la déficience mentale* . L'harmattan, 1997.

HAMONET C. ,de JOUVENCEL M. : *Handicap, des mots pour le dire, des idées pour agir* – Connaissances et Savoirs – 2005, 170 p.

DUMOULIN P. DUMONT R. *Travailler en réseau* – Dunod, 2002.

JAEGER M. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médicosociale* - Dunod – 02/2006, 1233 p.

BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonctions de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* Dunod – Paris, 2006, 244 p.

DUBET F.: *Le déclin de l'institution* - Le Seuil – 2002.

ALFÖLDI F. : *Savoir évaluer en action sociale et médicosociale* - Dunod – 04/2006, 249 p.

LEFEVRE P. *Guide du management stratégique des organisations sociales et médicosociales* – Dunod – 564 p.

Revue – rapports – périodiques :

Revue « Vivre ensemble » n°78, avril 2006

Flash info Andicat , juillet 2006

Les cahiers d'Andicat *Préparer l'excellence des ESAT pour l'avenir ou l'utilité des bonnes pratiques*

Enquête 2005 UNAPEI sur les salaires directs en CAT, non publiée.

Rapport sénatorial de P. BLANC, n° 369 du 24/07/2002.

Rapport du groupe « compensation – ressources » du CNCPH, publié sur Internet en février 2006.

Intervention du Sénateur A. VASSELLE du 15/03/2006 – Commission des Affaires sociales du Sénat.

MILANO S.: *La loi du 11 février 2005, pourquoi avoir réformé la loi de 1975*, RDSS n°3/2005.

FORGUES P. *Rapport d'information sur le fonctionnement des COTOREP*, A.N., 07/2000.

PIERRE J.M.: *Handicap, revue des sciences humaines et sociales*, janvier - mars 2001.

ROELANDT J. L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*
Rapport au ministre délégué à la santé, avril 2002.

LOUBAT J. R. *Et si c'était la société qui s'adaptait aux handicapés ?*. Lien social, 08/2003, n°675.

LOUBAT J. R. – Les cahiers de l'actif – n°314-317. p148-149.

Revue vivre ensemble, n°27 - UNAPEI

ASH Magazine novembre / décembre 2006.

DICQUEMARE D. *La résistance au changement : produit d'un système et d'un individu*.
Les cahiers de l'Actif 2006 n°292/293.

MOALLEM A. *Le profil du personnel d'encadrement dans les CAT* – Revue Européenne du handicap mental, juin 1994.

ASH n° 2410 du 03/06/2005.

Atlas national de l'AGEFIPH 2005.

Dossier de Presse G.LARCHER – Ph . BAS, 15/11/2006.

Support pédagogique du séminaire itinérant ACTIF *Prise en charge de la déficience intellectuelle en pays scandinaves*. Juin 1999.

Textes législatifs

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Circulaire 60AS du 8 décembre 1978

Loi n°87-577 du 10 juillet 1978 en faveur de l'emploi des personnes handicapées

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médicosociale

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

Décret n° 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation et modifiant le code de l'action sociale et des familles et le code de la sécurité sociale

Décret n°2007-158 du 5 février 2007 relatif à la prestation de compensation en établissement

Loi 2004-391 du 4 Mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social.

Décret budgétaire rectificatif n°2006-422 du 07 avril 2006.

Circulaire DGAS/SD5B n°2006-216, 18 mai 2006 : BO Aff. Soc.

Décret 2007-159 du 6 février 2007 relatif au recueil d'informations par la MDPH,

Décret 2007-874 du 14 mai 2007 relatif à la prime d'intéressement des travailleurs handicapés en ESAT.

Sites Internet consultés

www.handicap.gouv.fr

www.ctnerhi.com.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.unapei.org

www.actif-online.com

www.agefiph.fr

www.handitec.com

www.ladocumentationfrancaise.fr

www.vie-publique.fr

www.ensp.fr

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Organigramme Associatif

Annexe 2 : Organigramme hiérarchique de l'ESAT d'Ambert au 31/12/2006

Annexe 3 : Comparatif ESAT ADAPEI 63

Annexe 4 : Ancienneté des usagers au 31/12/2006

Annexe 5 : Age des usagers au 31/12/2006

Annexe 6 : Age des personnes en liste d'attente au 31/12/2006

Annexe 7 : Schéma relationnel

Annexe 8 : Bilan financier de l'ESAT (partie DDASS) au 31/12/2006

Annexe 9 : Répartition des charges allouées 2006 du BPAS

Annexe 10 : Tableau de diagnostic institutionnel

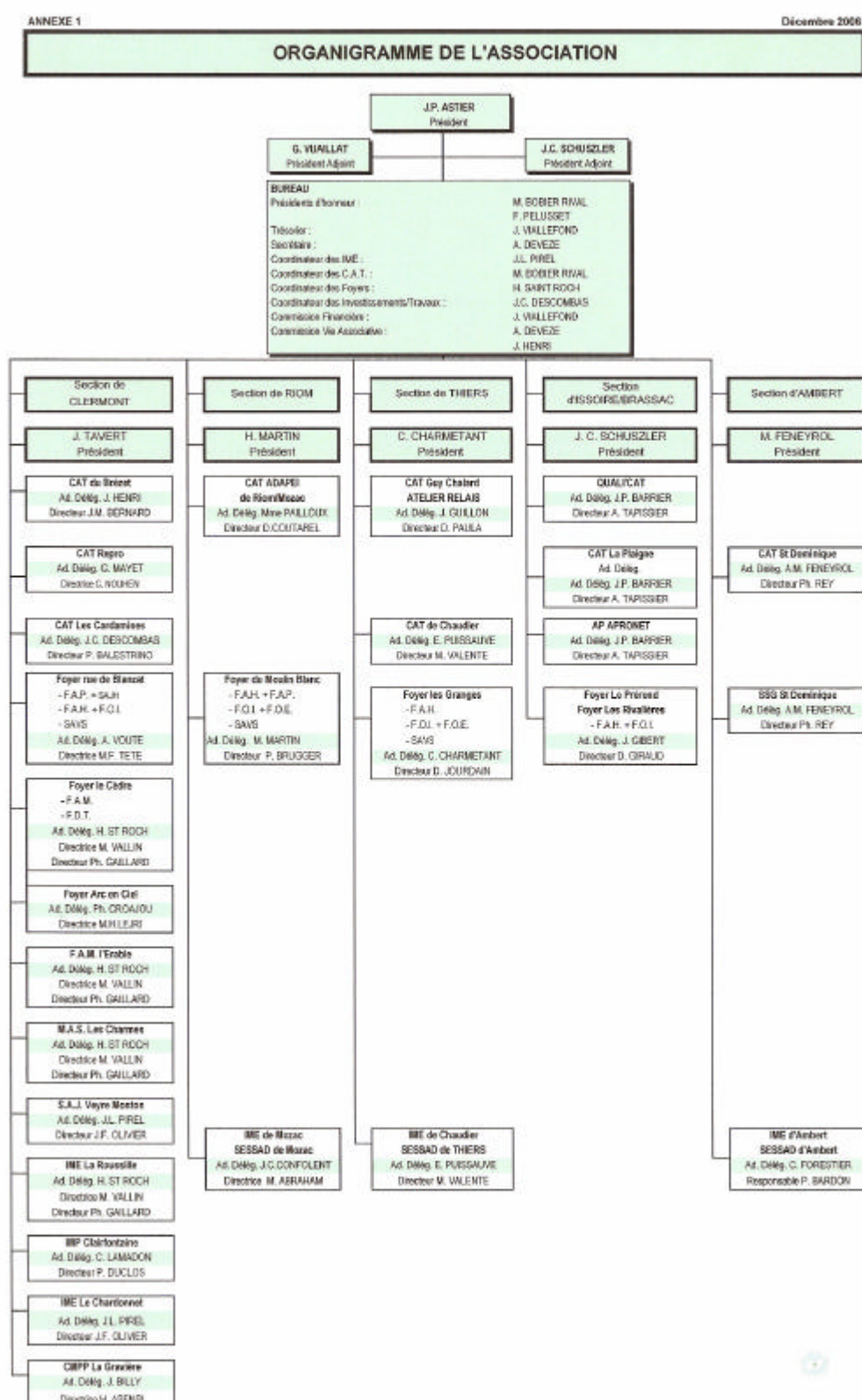
Annexe 11 : Formations qualifiantes prévisionnelles

Annexe 12 : L'objet d'une démarche de qualité de service

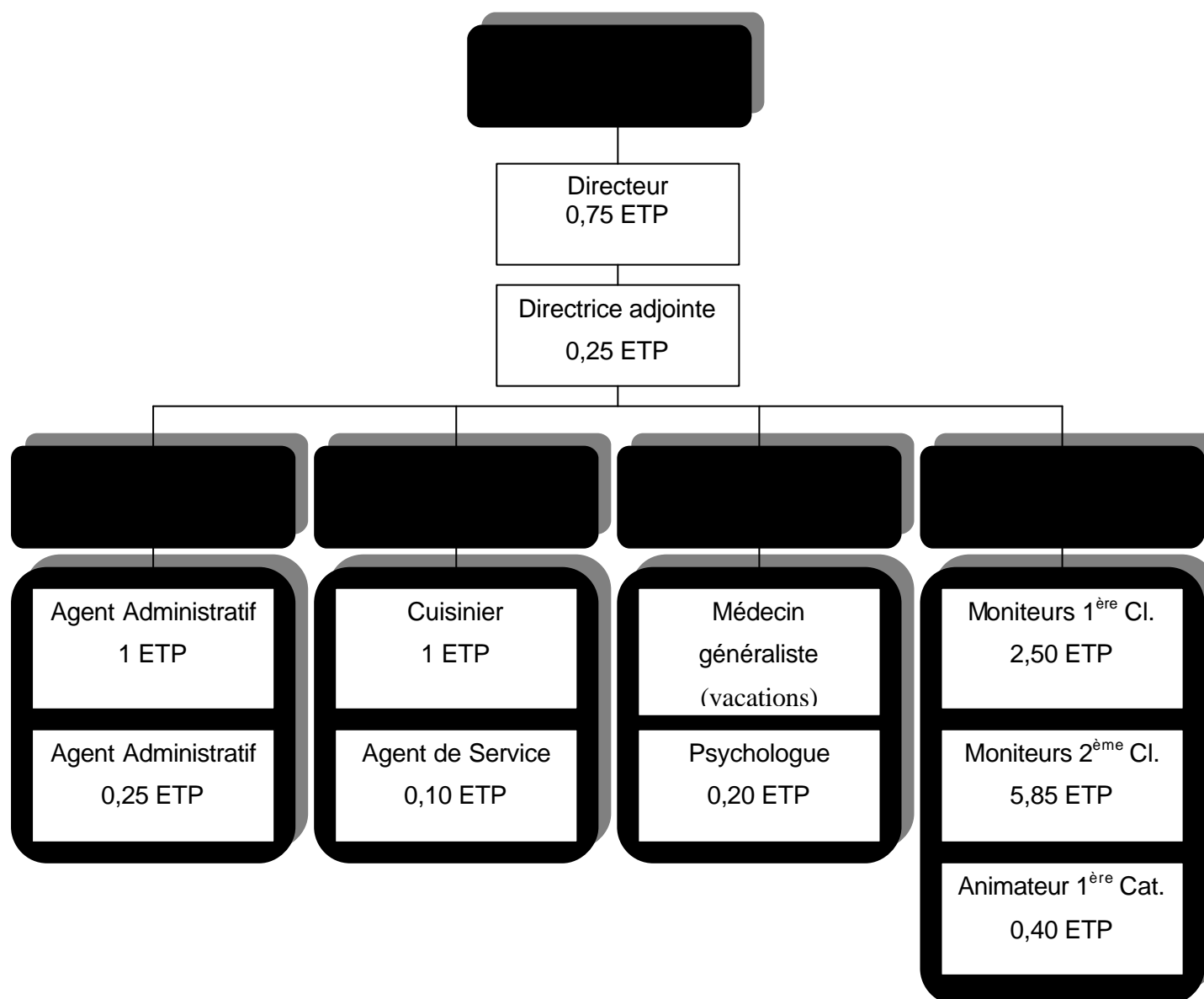
Annexe 13 : Illustration de « la démarche d'amélioration continue »

Annexe 14 : Plans des nouveaux bâtiments

ANNEXE 1 : Organigramme associatif



ANNEXE 2 : Organigramme hiérarchique de l'ESAT au 31/12/2006



ANNEXE 3 : Comparatif ESAT ADAPEI 63.

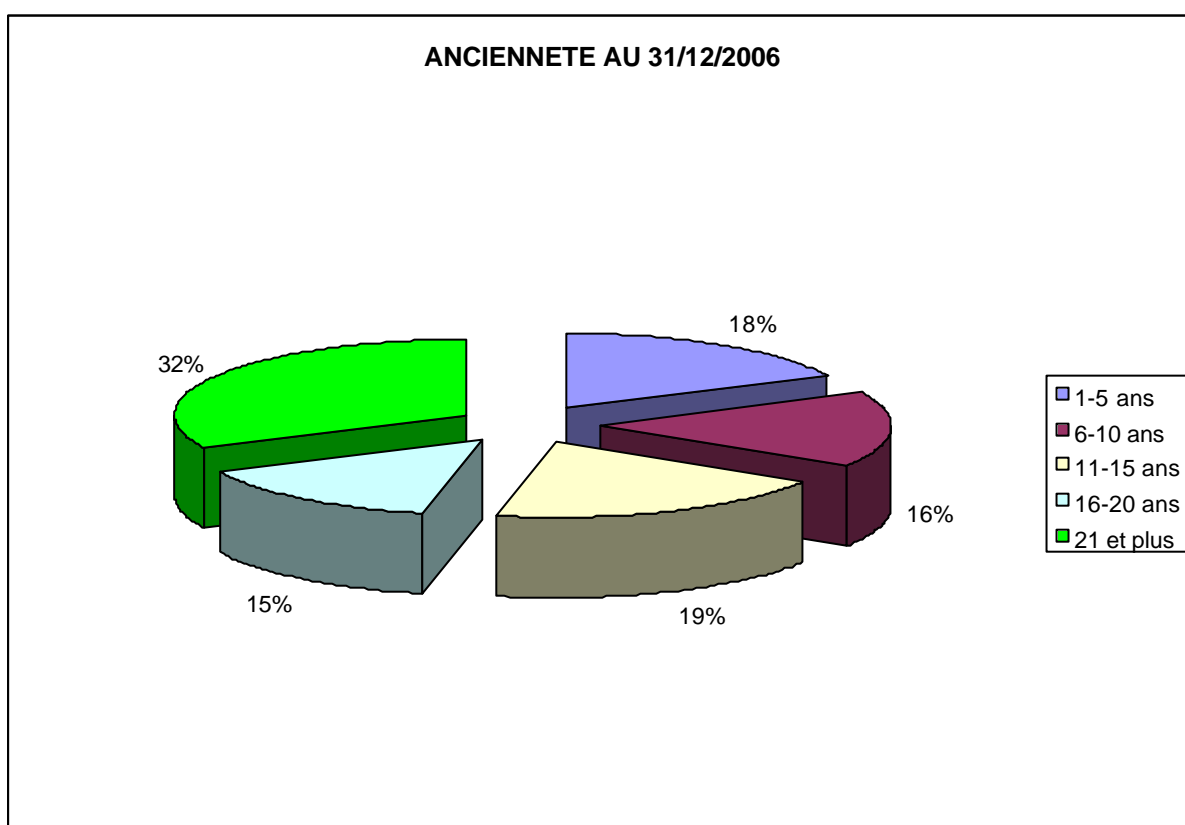
Budget Principal d'Action Sociale

ESAT	Résultat 2006 BPAS	Ratio encadrement 2006	Coût à la place CA 2006
RIOM	6.887,72	22,38%	12.207,80
THIERS	-40.035,44	21,21%	11.752,48
ISSOIRE	-748,90	19,80%	11.344,30
BRASSAC	8.099,16	18,72%	11.568,13
REPRO	0,00	21,54%	13.072,25
VEYRE	-75.326,36	20,80%	12.517,15
BREZET	-17.013,78	25,02%	11.497,29
CHAUDIER	-13.220,91	19,62%	12.106,81
AMBERT	17.989,92	18,60%	9.357,17
TOTAUX	-113.368,59		
MOYENNES		21,26%	11.774,72

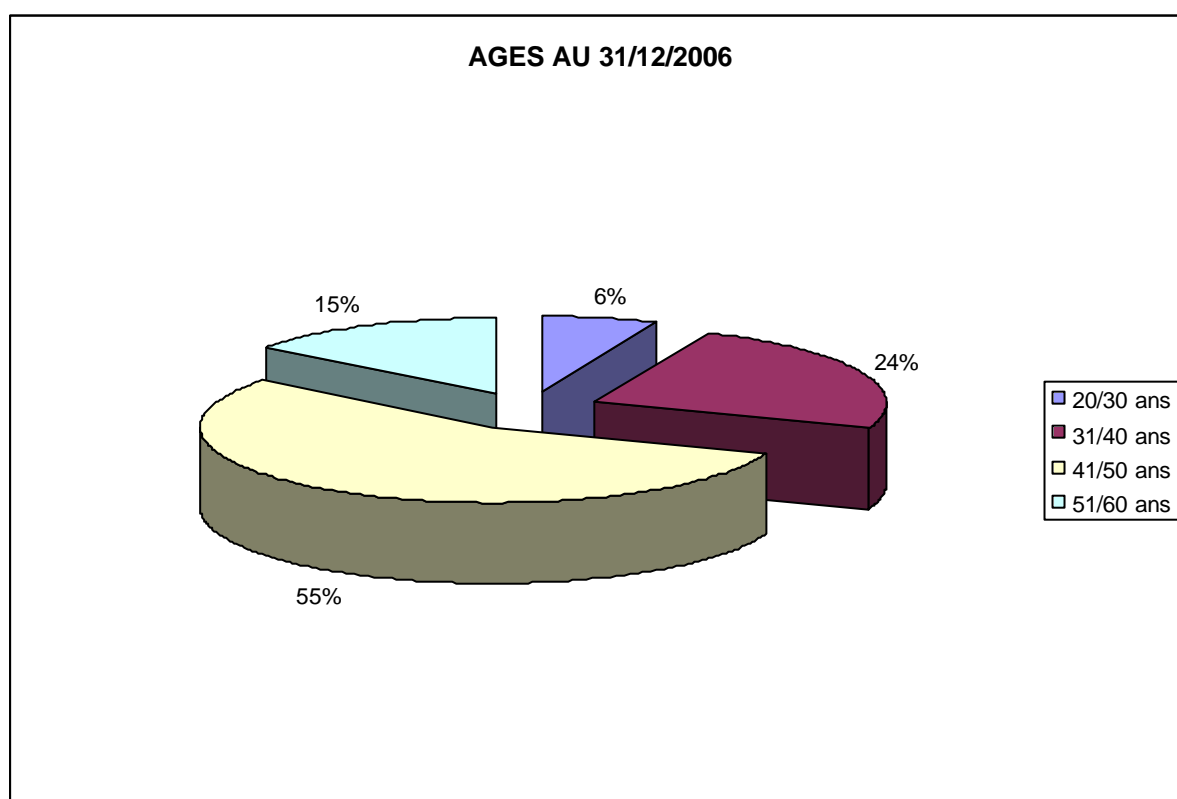
Budget Annexe de Production et de Commercialisation

ESAT	Résultat 2006 BPAC	% SMIC versé en salaire direct	% salaires sur Valeur ajoutée
RIOM	155.152,00	6,33%	66,29%
THIERS	-42.355,00	5,10%	114,21%
ISSOIRE	3.579,00	11,11%	87,97%
BRASSAC	-10.664,00	10,48%	62,38%
REPRO	6.913,00	11,29%	88,78%
VEYRE	33.539,00	9,97%	66,39%
BREZET	22.870,00	11,22%	76,70%
CHAUDIER	-12.637,00	5,10%	72,88%
AMBERT	32.444,00	12,98%	72,45%
TOTAUX	188.841,00		
MOYENNES		9,29%	75,58%

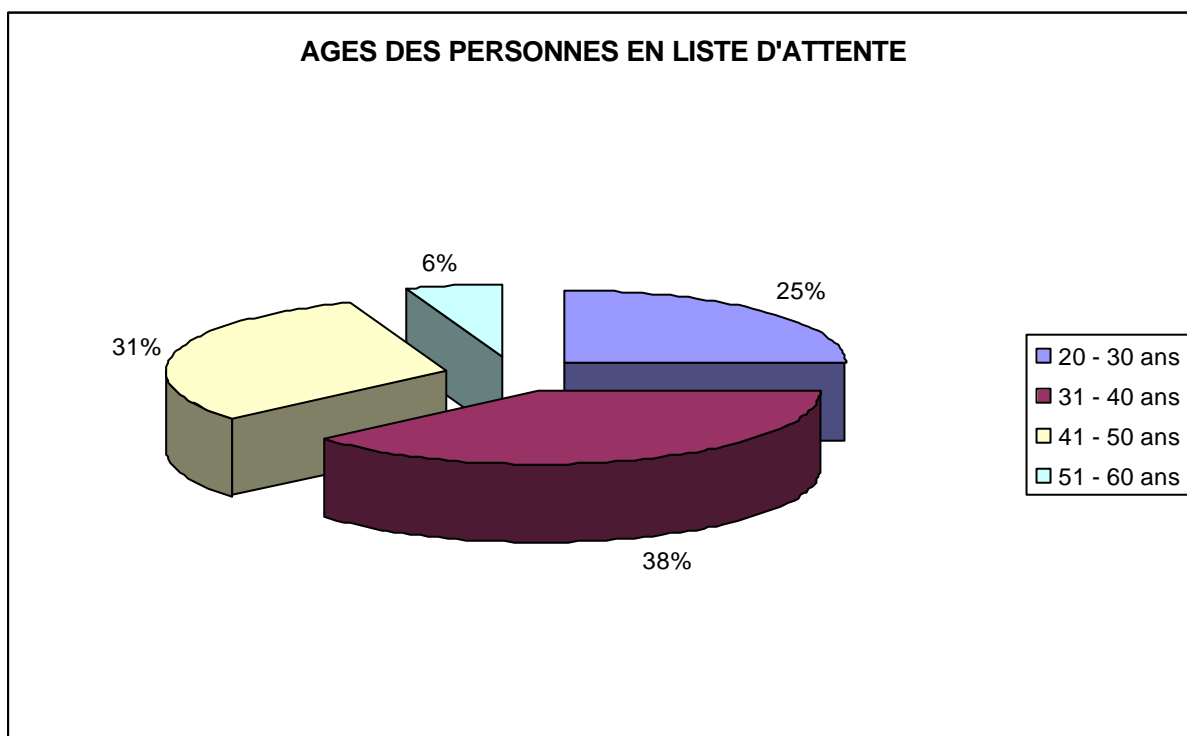
ANNEXE 4 : Ancienneté des usagers au 31/12/2006



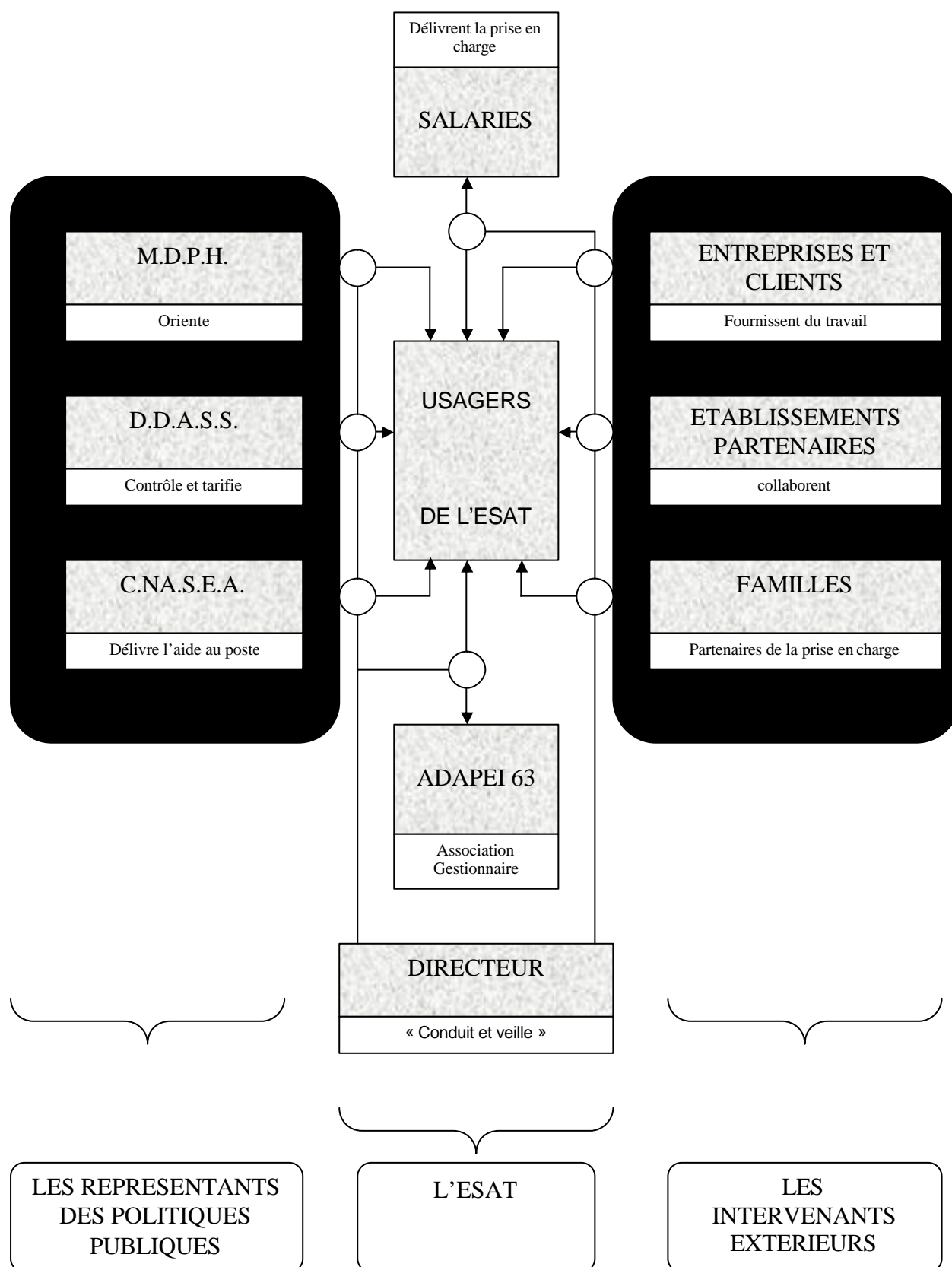
ANNEXE 5 : Ages des usagers au 31/12/2006



ANNEXE 6 : Ages des personnes en liste d'attente au 31/12/2006.



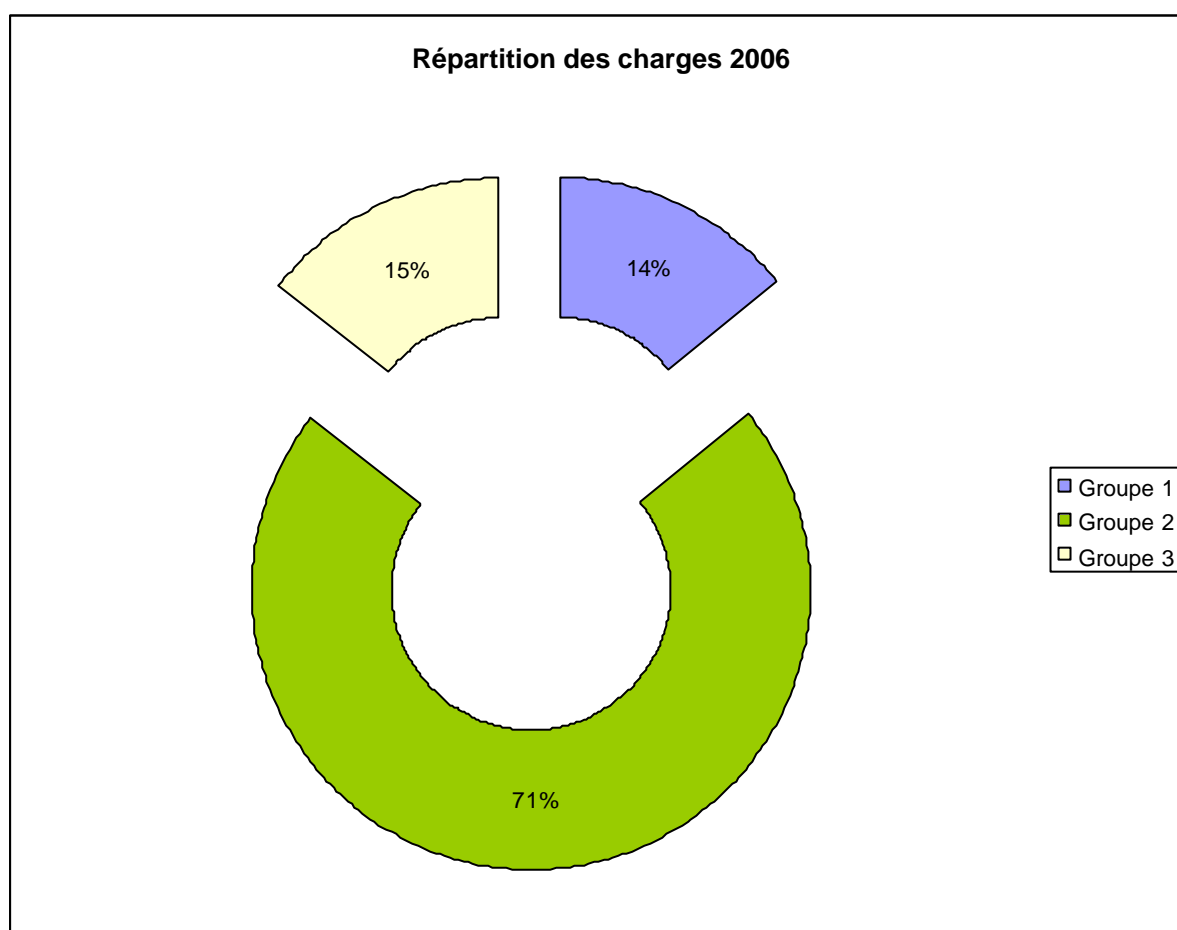
ANNEXE 7 : Schéma relationnel



ANNEXE 8 : Bilan financier au 31/12/2006

BIENS	2004	2005	2006	FINANCEMENTS	2004	2005	2006
Biens stables				Financements stables			
Immobilisations incorporelles nettes		717,40	1 884,80	Apports ou fonds associatifs	178 867,32	176 867,32	176 867,32
Immobilisations corporelles brutes				Réserves des plus values nettes			
- Terrains	7 019,37	7 019,37	7 019,37	Excédents affectés à l'investissement		97 546,28	97 546,28
- Constructions	222 708,34	222 708,34	222 708,34	Subventions d'investissements			
- Installations, matériels et outillages tech	81 801,15	81 801,15	113 542,24	Provisions (sur réalisations d'immobilisations)	557,16	1 523,35	2 012,11
- Autres immobilisations corporelles	102 815,73	132 653,21	106 888,79	Emprunts - dettes financières			
- Immobilisations en cours		518,54	61 513,22	Dépôts et cautionnements reçus			
Immobilisations financières				Amortissements			
Charges à répartir				- Constructions	155 033,67	166 708,64	177 168,48
Autres				- Installations, matériels et outillages techn	51 416,63	63 488,93	95 597,12
Comptes de liaison investissement				- Autres immobilisations corporelles	54 440,08	58 320,77	43 815,23
TOTAL II	414 344,59	445 418,61	513 541,76	Autres			
FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT NEGATIF (I-II)				Comptes de liaison investissement			
Actifs stables d'exploitation				TOTAL I	448 917,86	568 457,29	595 528,54
Résultat déficitaire				FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT POSITIF (I-II)	34 573,27	123 036,68	81 986,78
Raport à nouveau déficitaire	73 639,96	73 639,96	31 705,02	Financements stables d'exploitation			
Autres				Réserves de trésorerie	4 824,65	4 824,65	4 824,65
Comptes de liaison trésorerie (stable)				Réserve de compensation			6 772,67
TOTAL IV	73 639,96	73 639,96	31 705,02	Résultat excédentaire	86 567,20	18 246,48	48 695,54
FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION NEGATIF (II-IV)				Raport à nouveau excédentaire affecté à :	10 462,23	10 462,23	
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL NEGATIF				- réduction des charges d'exploitation			
Valeurs d'exploitation				- financement mesures d'exploitation			
Stocks				Provisions pour risques et charges	3 177,82	40 406,87	37 228,05
Avances et acomptes versés	134,19			Autres			
Organismes payeurs, usagers	17 604,54	17 604,55	17 604,55	Comptes de liaison trésorerie (stable)	10 426,34		
Créances diverses d'exploitation	6 014,11	8 194,23	2 555,02	TOTAL III	115 856,24	93 938,23	98 522,21
Charges constatées d'avance	818,83	858,28	1 192,72	FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION POSITIF (II-IV)	43 016,28	30 298,27	66 816,29
Autres			14 447,43	FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL POSITIF	76 581,55	142 236,95	148 803,07
Comptes de liaison exploitation	447,37	6 519,50		Dettes d'exploitation			
TOTAL VI	25 019,04	33 177,83	85 799,72	Avances reçues			
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (VI-V)				Fournisseurs d'exploitation	12 418,89	8 813,37	11 153,69
Liquidités				Dettes sociales	25 831,02	23 857,39	25 331,41
Valeurs mobilières de placement				Dettes fiscales	7 349,05	4 580,41	5 124,83
Disponibilités	117 082,35	162 041,96	170 398,12	Dettes diverses d'exploitation	220,85	663,92	891,21
Autres				Provisions pour dépréciation			
Comptes de liaison trésorerie				Produits constatés d'avance			
TOTAL VII	127 082,35	162 041,96	170 398,12	Ressources à reverser à l'aidé sociale			
TRESORERIE POSITIVE (VII-VI)	127 082,35	162 041,96	170 398,12	Fonds déposés par les résidents			
TOTAL DES BIENS (II+IV+VI+VII)	640 085,94	714 277,56	791 445,53	Autres			
				Comptes de liaison exploitation	25 090,16	11 578,53	15 133,64
				TOTAL V	79 909,84	49 691,62	67 394,78
				EXCEDENT DE FINANCEMENT D'EXPLOITATION (VI-V)	50 498,80	16 714,59	21 595,06
				Financements à court terme			
				Fournisseurs d'immobilisations			
				Fonds des majeurs protégés			
				Concours bancaires courants			
				Ligne de trésorerie			
				Intérêts courus non échus			
				Autres			
				Comptes de liaison trésorerie		1 890,42	
				TOTAL VIII		1 890,42	
				TRESORERIE NEGATIVE (VIII-VII)			
				TOTAL DES FINANCEMENTS (I+II+V+VIII)	640 085,94	714 277,56	791 445,53

ANNEXE 9 : Répartition des charges allouées au BP 2006



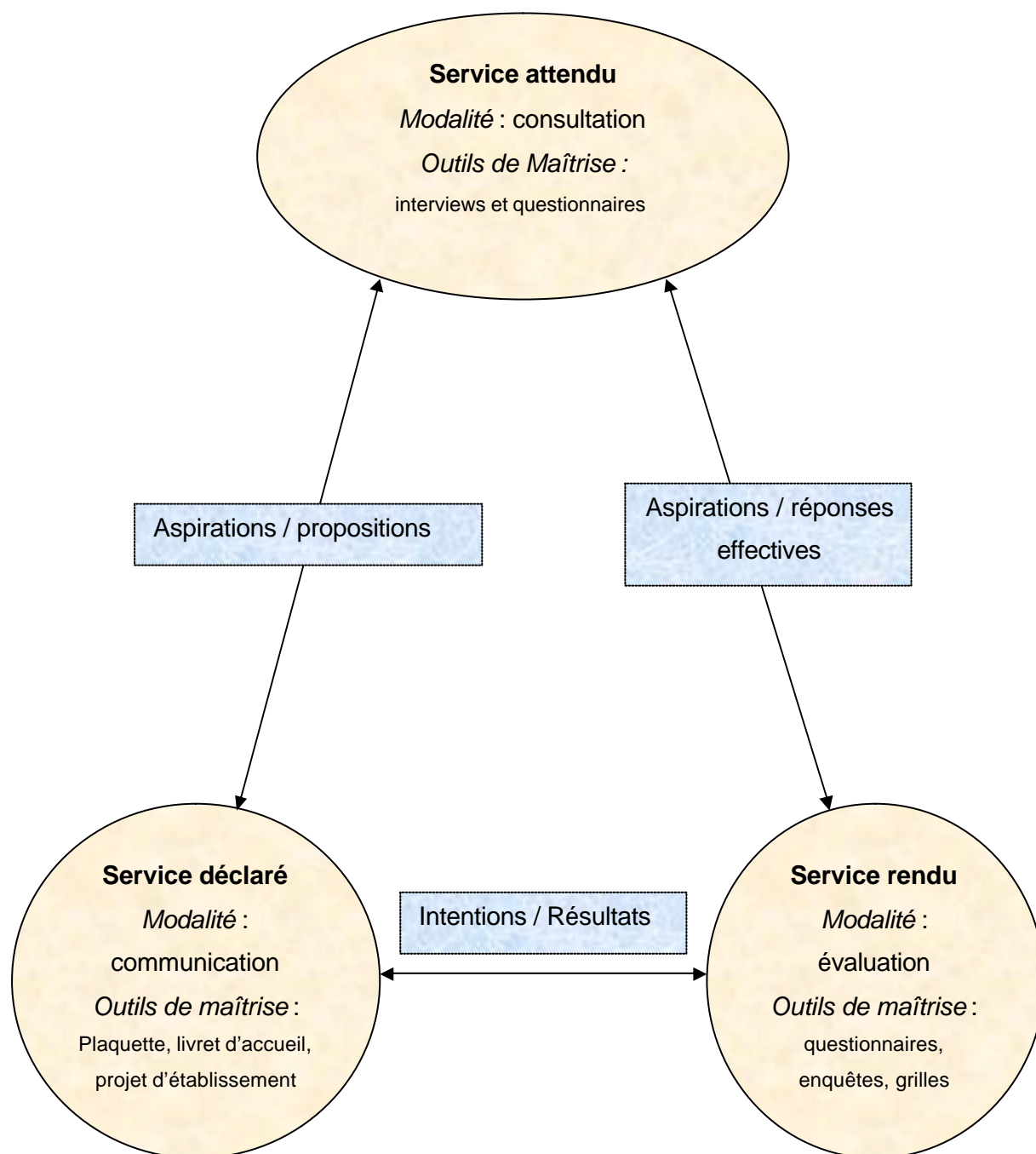
ANNEXE N°9 D'après P. LEFEVRE	ANALYSE				ORIENTATIONS/RESOLUTIONS			EVALUATION	
	Existant Points forts	Problèmes repérés	Consé- quences	Causes Majeures	Objectifs d'amélioration	Moyens humains, structuration, fonctionnels	Réalisation des objectifs	Ecarts	Ajustements
1° - Le diagnostic de service L'environnement L'offre de service La demande usager La qualité de service									
2° - Le diagnostic de l'institution La culture La communication L'image L'organisation									
3° - Le diagnostic de la fonction personnel Les Ressources humaines Les emplois et compétences La motivation La mobilité Audit/bilan social									
4° - Le diagnostic du management La politique de direction Le style de direction L'encadrement et l'animation La délégation La décision									

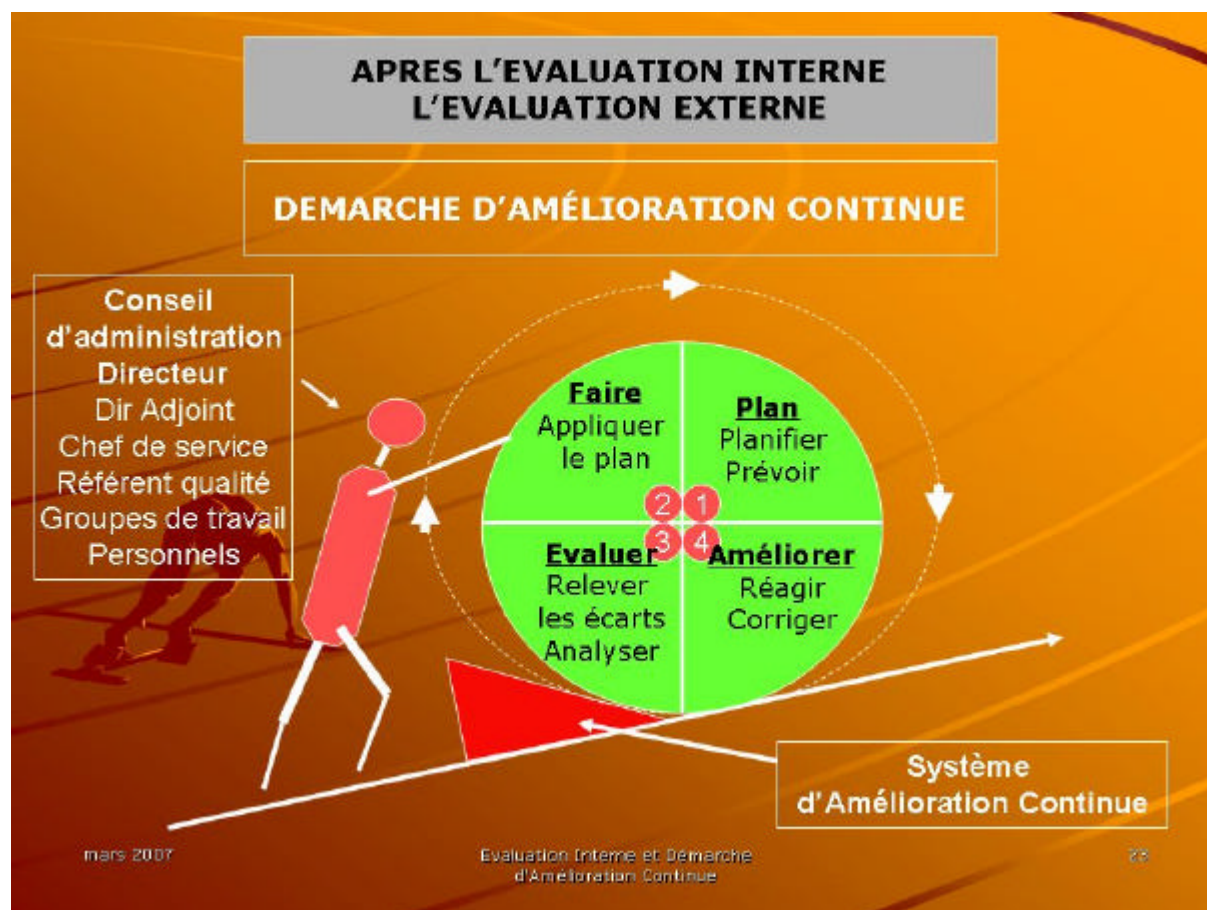
ANNEXE 11 : Formations qualifiantes prévisionnelles.

Poste occupé	Formation prévue	Financement	Planning	Observations
Directeur	CAFDES	Fonds d'intervention	2005-2007	En cours
Moniteur atelier 1 ^{ère} classe	CAFERUIS	PAUF	2008 à 2010	Future création du poste
Moniteur atelier 2 ^{ème} classe	DEETS	PAUF	2008 à 2010	En alternance une semaine / mois
Moniteur atelier 2 ^{ème} classe	DEETS	PAUF	2009 à 2011	En alternance une semaine / mois

ANNEXE 12 : L'objet d'une démarche qualité de service

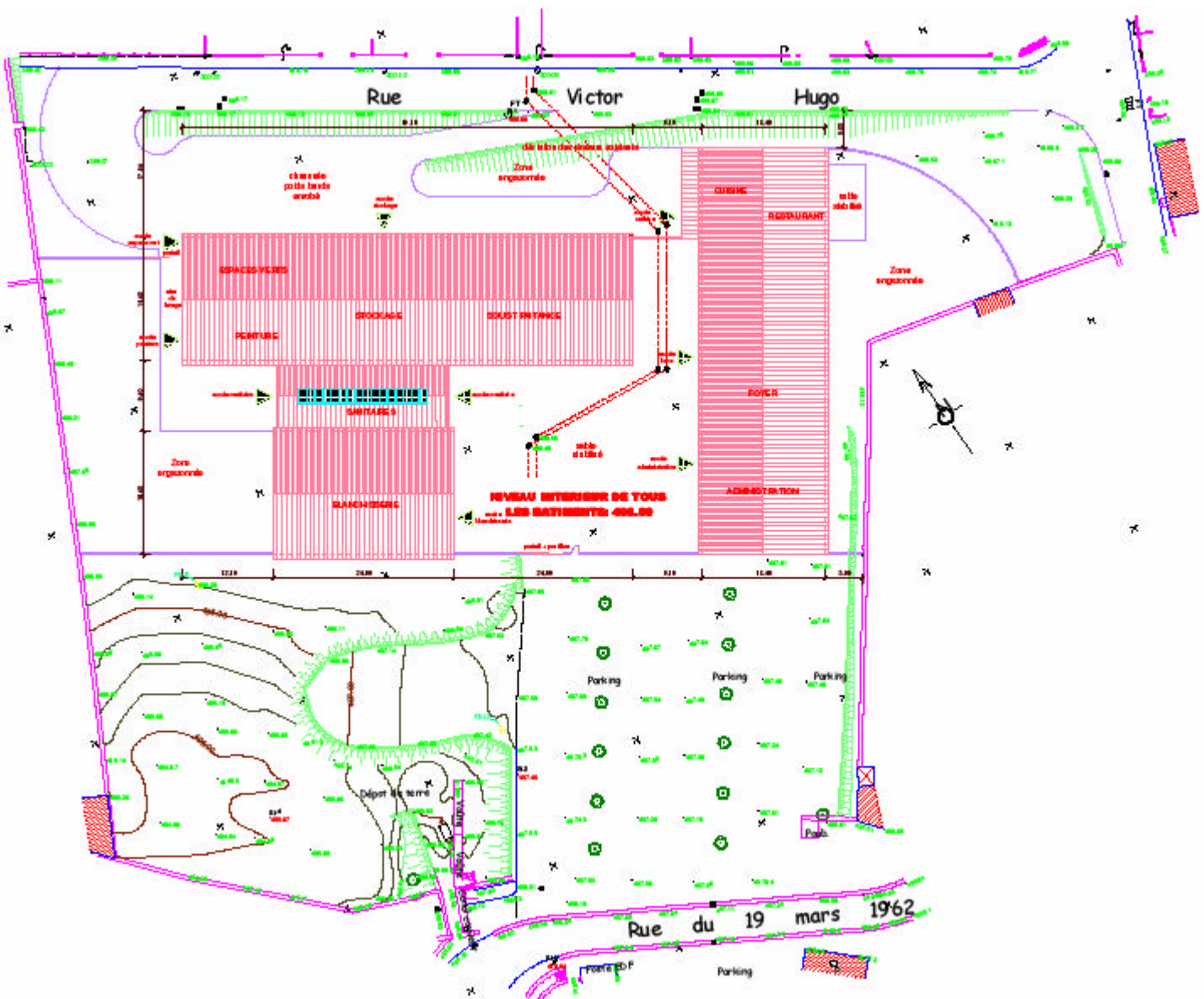
(d'après J.R. LOUBAT : « Promouvoir la relation de service en action sociale »)



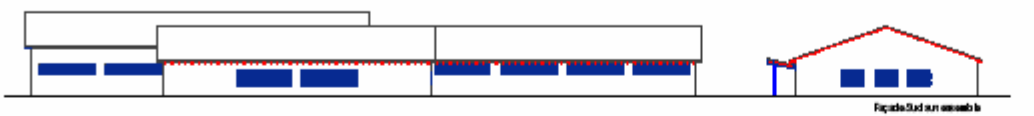


Annexe 14 : Plans des nouveaux bâtiments

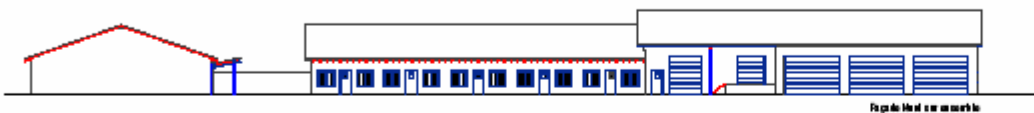
→ Plan de masse :



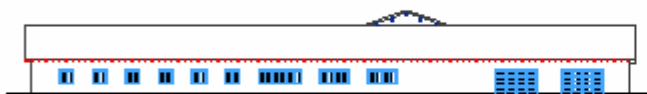
→ Façades :



Façade Sud sur ensemble



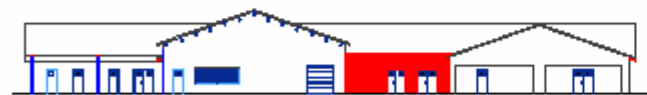
Façade Nord sur ensemble



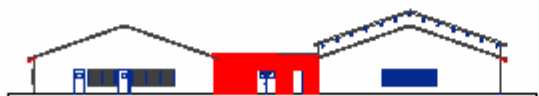
Façade Est sur ensemble



Façade Ouest sur administration

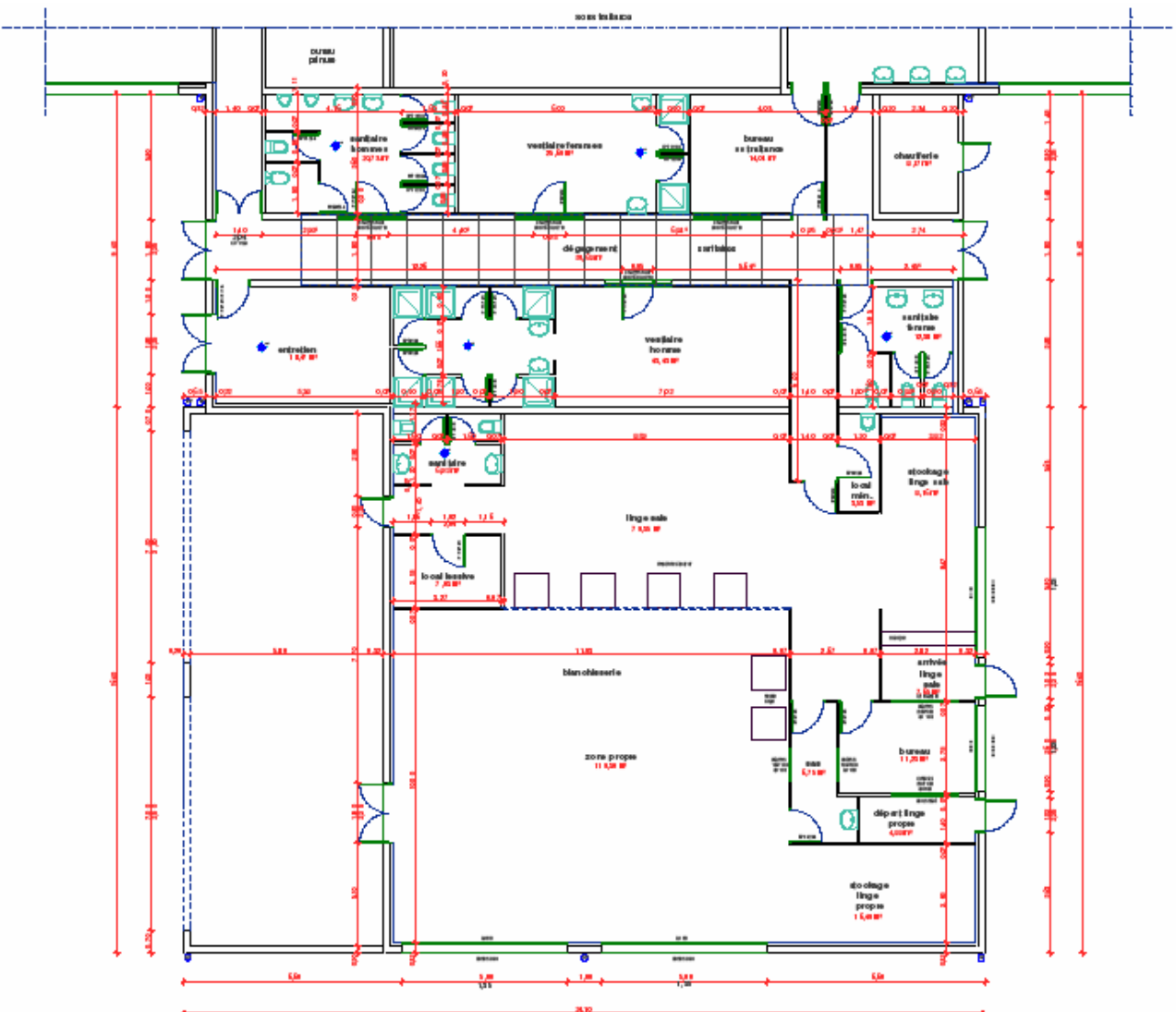


Façade Ouest sur ensemble

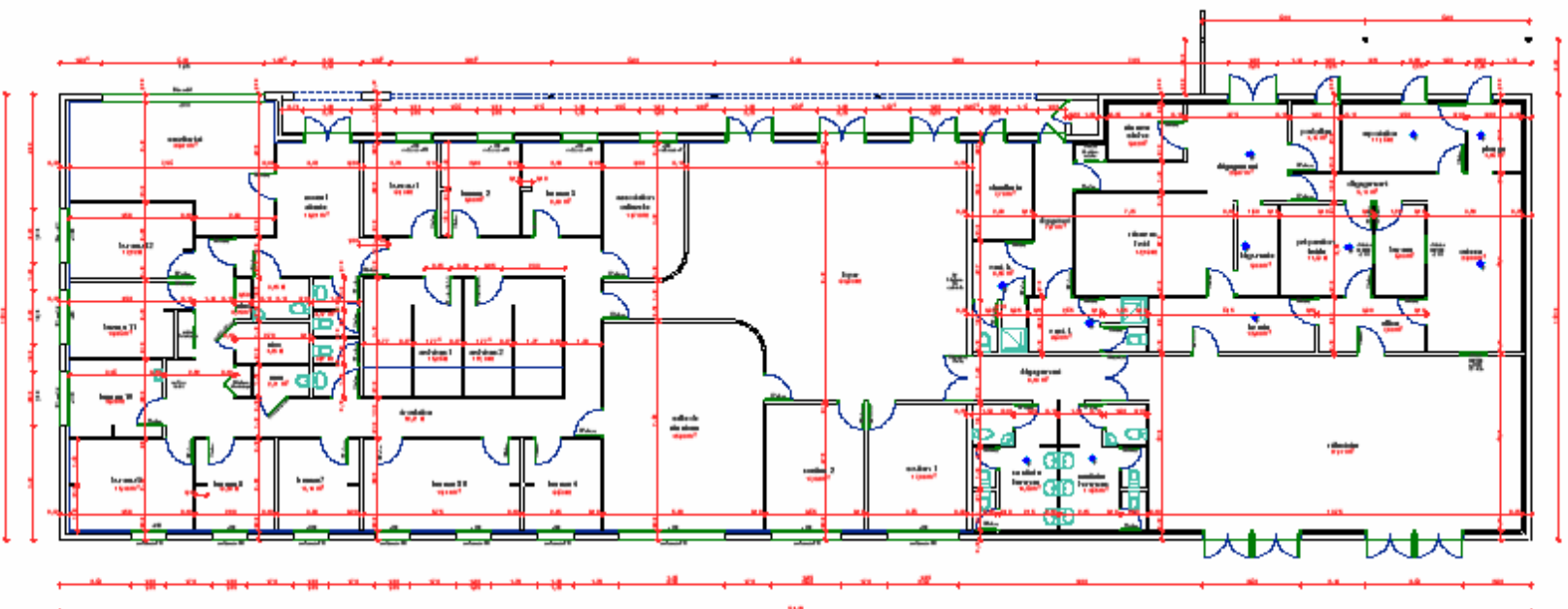


Façade Est ou blindée - sous-terre

→ Blanchisserie :



→ Administration :



→ Sous-traitance, espaces verts et peinture :

