



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**PÉRENNISER L'ÉQUILIBRE D'UN ESAT ACCUEILLANT DES
PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES**

Juliane SORNAY

CAFDES

2007

Paroles d'usagers

Une pensée sans filtre

« Comment voulez-vous que je vous dise les mots que je n'ai pas dans la tête ? »

Déformation des mots

« J'ai fait venir le tricien pour changer le léon au-dessus du lavabo »

Des mots qui tournent en boucle dans la tête

« Chocolat, imprimerie, jouet, chocolat, imprimerie, jouet »

Une peur en soi

« Je ne vous veux pas de mal, c'est ma main qui veut vous planter un couteau dans le ventre »

Angoisses et scarification

« Mes veines sont froides, mon sang est froid, il faut que cela sorte. »

Sommaire

PAROLES D'USAGERS	1
SOMMAIRE	1
LISTE DES SIGLES UTILISES	1
INTRODUCTION.....	1
1 ACCUEILLIR DES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES EN ESAT.....	3
1.1 Population accueillie à l'Esat de Salins les Bains.....	3
1.1.1 L'établissement dans le dispositif associatif : une logique de cohérence.....	4
1.1.2 Caractéristiques des personnes accueillies.....	6
1.1.3 Un public encore insuffisamment repéré	8
1.2 L'organisation de l'Esat.....	9
1.2.1 L'admission et l'accueil.....	9
1.2.2 Une équipe pluridisciplinaire	12
1.2.3 La place des familles	14
1.3 Les limites du développement économique	16
1.3.1 Humanité, travail, dignité « Aller au travail »	16
1.3.2 La place de l'économique dans le milieu protégé.....	20
1.3.3 Un public instable	23
2 L'ESAT : UN DISPOSITIF ORGANISÉ DANS SA MISSION MÉDICO-	
SOCIALE AU REGARD DU HANDICAP PSYCHIQUE	26
2.1 Politiques publiques et droits fondamentaux.....	26
2.1.1 Les droits internationaux de l'homme.....	26
2.1.2 Les Politiques sociales européennes.....	27
2.1.3 Les Politiques sociales en France	29
2.2 La mission médico-sociale de l'ESAT réaffirmée.....	31
2.2.1 Le handicap psychique : un bouleversement imprévisible avec un manque de visibilité	33
2.2.2 Concevoir et adapter le travail à l'Esat	36
2.2.3 Un accompagnement dans la globalité des besoins	41
2.3 Le Droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations	45

2.3.1	Le fondement des politiques : l'affirmation des droits fondamentaux.....	45
2.3.2	Une logique de prestation : La personnalisation des prestations	47
2.3.3	Pratiques professionnelles et droits des usagers.....	48
3	CONDUIRE UNE POLITIQUE DE MANAGEMENT DESTINEE A LA PERENNITE DE L'ESAT	54
3.1	De la culture institutionnelle à la logique institutionnelle	54
3.1.1	Entre identité et culture	54
3.1.2	L'équipe de direction : une instance qui produit de la culture	58
3.1.3	Entre protocole et espace de débat.....	60
3.2	Vers un management systémique de l'organisation.....	62
3.2.1	L'institution : une organisation apprenante.....	62
3.2.2	Une équipe en recherche de sens.....	64
3.2.3	Les instances de débat : des espaces formateurs.....	67
3.3	Optimiser les ressources.....	70
3.3.1	Une préoccupation de l'institution : mettre à disposition ses ressources	70
3.3.2	L'évaluation : une commande publique	74
3.3.3	Piloter et mesurer : l'évaluation un outil d'amélioration des pratiques professionnelles	76
	CONCLUSION	79
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	85

Liste des sigles utilisés

ANDICAT :	Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT
ASH :	Actualités Sociales Hebdomadaires
ASMH :	Association Saint Michel le Haut
AGEFIPH :	Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées
BAPC :	Budget Annexe de Production et de Commercialisation
BPAS :	Budget Principal d'Action Sociale
CAE :	Contrat d'Accompagnement à l'Emploi
CAFDES	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Etablissement ou de Service d'intervention sociale
CAFERIUS	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale
CAP :	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CASF :	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT :	Centre d'Aide par le Travail
CDAPH :	Commission des Droits et d'Autonomie des Personnes Handicapées
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CNTS :	Conseil Supérieur du Travail Social
CTNERHI :	Centre Technique National d'Études et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations
DEFA :	Diplôme d'Etat relatif aux Fonctions d'Animation
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGAS :	Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
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
GEM :	Groupe d'Entraide Mutuelle
GRH :	Gestion des Ressources Humaines
GTNDO :	Groupe Technique National de Définition des Objectifs de la loi de santé publique
ITEP :	Institut Thérapeutique d'Éducation Pédagogique
MAS :	Maison d'Accueil Spécialisée
MECAM :	Méthode d'Évaluation des Compétences Acquisées par les Monteurs.
OIT :	Organisation Internationale du Travail

ONU : Organisation des Nations Unies
PME : Petite et Moyenne Entreprise
UE : Union Européenne
UNAFAM : Union Nationale des Familles et Amis des Malades mentaux
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

INTRODUCTION

Il est à noter depuis quelques années un changement important dans l'accompagnement des personnes handicapées en grandes difficultés, notamment en ce qui concerne la place et le rôle de la psychiatrie dans les politiques sociales.

Ces changements demandent aux structures sanitaires, sociales et médico-sociales pour personnes handicapées adultes, de s'adapter aux évolutions des publics accueillis. Les Centres d'Aide par le Travail (CAT), structures pionnières de l'action sociale accueillait prioritairement des personnes déficientes. Aujourd'hui ces établissements sont de plus en plus confrontés à des personnes aux pathologies complexes : troubles du comportement, troubles psychiatriques, maladies mentales, associés ou non à un déficit intellectuel plus ou moins important. En effet, depuis les années quatre vingt-dix, l'évolution démographique et l'explosion des dépenses de santé ont contraint le secteur sanitaire à se réformer. Prenons l'exemple du Centre Hospitalier Spécialisé du Jura qui accueillait en file active près de 5000 personnes il y a 10 ans et qui aujourd'hui, accueille avec des moyens identiques environ 10 000 personnes par an. Les nécessités de prise en charge transforment en profondeur les règles d'organisation et de fonctionnement des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Elles affirment les droits des usagers avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 complétée par la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces nouveaux droits répondent à trois objectifs : garantir aux personnes handicapées le libre choix de leur propre projet de vie, améliorer leur participation à la vie sociale et enfin, les placer au cœur des dispositifs les concernant. Le droit à la compensation est indissolublement lié au droit de la personne handicapée à participer sans entrave à la vie en société.

Les ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) appellation qui remplace celle ancienne des CAT s'inscrivent dans ce droit à compensation en accueillant des personnes handicapées, pour lesquelles, ils doivent répondre aux nouvelles dispositions législatives.

Je suis directrice d'un dispositif composé d'un ESAT de 50 places, d'un Foyer d'Hébergement et d'un Service d'Accompagnement accueillant des personnes handicapées psychiques sans altération majeure de leurs capacités intellectuelles. Au sein de ce dispositif appelé Unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle, je me propose de mettre en oeuvre et de piloter pour chacune des personnes accueillies des projets de soin et d'insertion.

L'Unité de Soutien et d'Adaptation présente la particularité d'accueillir uniquement des personnes handicapées psychiques qui ont pour problématiques le manque de mobilisation et l'instabilité des troubles ; population que je définirai plus en détail dans la première partie de ce travail.

Pour accompagner un public handicapé psychique, il faut selon moi concevoir une organisation où il sera tenu compte des troubles de chacun et du mode d'accompagnement permettant l'accès au travail. C'est ce que je me propose de traiter dans la deuxième partie de ce travail. Le caractère contenant et sécurisant de l'espace de vie doit être porté par l'ensemble des acteurs. Pour ce faire, il s'agit de donner un sens commun aux actions menées où chacun aura une proximité d'intervention, tout en conservant son identité professionnelle.

La permanence de la réalité, c'est la souffrance psychique de ces personnes, et qui par effet ricochet déstabilise les professionnels, et crée ainsi de l'instabilité dans la pérennité du développement de la structure.

La troisième partie de mon travail traitera de mon projet de pilotage qui se définit par une exigence institutionnelle nécessitant l'implication des professionnels. La mise en débat est de rigueur avec une attente quant à leur participation dans le développement du projet. Ceci dans l'objectif de fournir un service adapté à l'utilisateur où il pourra à la fois trouver du soin, du travail et un accompagnement à la vie sociale.

Tout au long de cet écrit j'utilise le terme « ouvriers » lorsqu'il s'agit de personne au travail, « résidents » lorsque ce sont les personnes hébergées au foyer d'hébergement et « usagers » voire « bénéficiaires » lorsque je les aborde d'une façon générale.

Ma problématique générale se propose de traiter du comment pérenniser dans son équilibre, un Esat face à la lourdeur de l'accompagnement et à l'instabilité du public accueilli ? J'entends par pérenniser « rendre durable » les actions développées en direction des usagers.

C'est ainsi que je postule que l'équilibre fragile de l'Esat que je dirige peut se réguler en accompagnant les professionnels dans une pratique de l'implication où l'utilisateur sera soutenu dans le respect de sa dignité, porté par une volonté institutionnelle.

1 ACCUEILLIR DES PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES EN ESAT

Dans cette première partie, je me propose de présenter la population accueillie dans l'Unité de Soutien que je dirige et notamment dans la structure de travail en milieu protégé. Nous découvrirons ensuite l'histoire de l'établissement, passage incontournable qui nous permettra de nous approprier les différentes étapes de changements initiées par les directions successives.

Nous concluons cette première partie en faisant état de quelques constats de carence auxquels il conviendra de remédier. Notamment l'instabilité du public qui attaque les fondements de l'organisation de l'Unité.

1.1 Population accueillie à l'Esat de Salins les Bains

L'Esat est situé à Salins les Bains, petite ville du nord du département du Jura. Sa population de 3500 habitants, a vu comme partout en France, disparaître une bonne partie de ses ressources économiques avec la fermeture de ses entreprises (faïencerie, jouets, mobiliers sanitaires...). Aujourd'hui, l'association Saint Michel le Haut qui m'emploie (ASMH) est le deuxième employeur de la ville après l'hôpital qui gère également une maison de retraite et un centre de réadaptation fonctionnelle pour personnes cérébro-lésées.

L'Esat a été initialement installé dans un petit village en 1987 à neuf kilomètres de la ville. Il est depuis 1999 implanté dans une ancienne friche industrielle au centre de la ville de Salins-Les-Bains.

L'établissement est destiné à des personnes handicapées adultes, il assure une mission d'accueil associée au travail protégé. Elles sont orientées par la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH) de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

L'établissement présente la spécificité d'accueillir à 100 % un public handicapé psychique. Le handicap se caractérise par de l'instabilité générée par des troubles psychiatriques, ce qui demande à l'organisation de penser l'accueil, avec l'objectif de répondre au plus près des besoins des personnes.

L'évolution des politiques publiques concernant l'intégration des personnes handicapées a modifié profondément le paysage de l'action sociale. Notamment dans la reconnaissance du handicap, qui, aujourd'hui a une définition beaucoup plus large. Désormais le handicap se définit comme étant « *une limitation d'activité* » ou « *une restriction de participation à la vie en société* », subie dans son environnement par une

personne, ceci en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou « psychiques », d'un polyhandicap ou d'un trouble équivalent.

Mais le plus important dans cette modernisation de l'action sociale¹, c'est le postulat qui consiste à partir de la personne et de ses demandes légitimes afin de mettre en place un dispositif adapté pour répondre à ses divers besoins.

1.1.1 L'établissement dans le dispositif associatif : une logique de cohérence

Traiter le sujet du handicap psychique, implique d'évoquer la complexité de la maladie mentale et tous ses signes hors du commun, ainsi que dans la différenciation des champs de compétences. Quel type d'accompagnement ? Quelle est la place de la psychiatrie ? Quelles sont les limites des dispositifs sociaux médico-sociaux et sanitaires. En fonction de la demande sociale et des profils des publics, plusieurs modes de réponses sont possibles.

Face à ces besoins et concernant les publics en souffrance psychique, l'ASMH, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 de statut privé à but non lucratif dans le département du Jura, apporte un élément de réponse.

La création de l'ASMH date de 1967 avec l'ouverture d'un établissement qui accueillait des enfants présentant des troubles de la personnalité et du comportement. Avec l'apparition de nouvelles problématiques et sous couvert de l'évolution des politiques sociales, l'ASMH s'est investie dans de nouveaux champs d'intervention. Ceci notamment pour répondre à la crise de l'emploi, à l'apparition des nouvelles pauvretés, aux difficultés d'insertion des jeunes, à la marginalisation croissante, aux phénomènes d'exclusion...

L'association a dû ainsi évoluer, s'adapter, répondre à de nouveaux besoins et rester en phase avec les attentes de la société.

Elle se veut respectueuse d'une éthique humaniste garante d'un ancrage premier sur la qualité du service à rendre aux bénéficiaires (respect, dignité, liberté).

L'expérience, acquise depuis 1967 en matière d'aide aux personnes en difficultés a forgé la conviction associative, que la citoyenneté fondée sur des valeurs humanistes : respect, dignité et liberté..., est déterminante si l'on veut permettre aux usagers d'exercer un rôle social actif.

¹ J.F BAUDURET, B.DUBREUIL, R.DUMONT. Et al. Par M .JAEGER. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed Dunod, 2005. p. 59

Pour soutenir cette ambition, il nous importe que toutes les mesures conduites prennent ancrage sur des pédagogies qui font réparation aux carences, désespérances, et souffrances constatées.

Comme le souligne François Roche², l'action sociale doit en effet en permanence épouser l'évolution de la demande sociale et du cadre institutionnel dans lequel elle s'inscrit. C'est ainsi qu'au fil des années, en réponse aux besoins locaux et soutenue par les pouvoirs publics, l'association a développé des structures spécialisées.

Dans ses divers dispositifs l'ASMH accueille :

- Des personnes en errance en centre d'hébergement et de réinsertion sociale, CHRS, auquel est associé des activités d'insertion par l'économique. Notons que par manque de places en Esat spécialisé, le CHRS héberge de façon temporaire des personnes en souffrances psychiques.
- L'association gère aussi un Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (Itep) pour jeunes et adolescents présentant des troubles du caractère et du comportement,
- Une maison d'accueil spécialisée pour personnes : traumatisées crâniennes et/ou atteintes de troubles psychiques graves (Mas).
- Et enfin, le dispositif dans lequel j'exerce ma fonction de directrice, à savoir, l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle évoqué précédemment. Précisons aussi que sous ma direction, depuis fin 2005, ont été mis en place quatre groupes d'entraide mutuelle (Gem), structures de jour accueillant des personnes en situation de maladie psychique, ceci sous le principe de la libre adhésion. Avec ces Gem, l'objectif est de créer du lien en encourageant la participation des adhérents à être acteur de leur vie sociale. Sujet dont je reparle plus avant dans ce travail.

Pour ce qui concerne l'ESAT le choix de s'adresser à des personnes handicapées psychiques a été défini lors de la création de l'établissement en 1987. La direction départementale des affaires sanitaires et sociales (Ddass) du Jura avait constaté une forte demande de prises en charge pour des personnes handicapées issues du secteur psychiatrique. Les CAT (Esat) du département étaient alors et sont toujours organisés autour des problématiques de déficience intellectuelle et ne pouvaient répondre à cette demande particulière. C'est ainsi que l'ASMH a créé une structure d'aide par le travail qui

²F ROCHE, *le nouveau paysage de l'action sociale et médico sociale*, Ed Dunod, 2006. p 91

bénéficie d'un agrément particulier : Esat spécialisé dans l'accueil de personnes handicapées par la maladie mentale, dont les facultés intellectuelles sont préservées.

1.1.2 Caractéristiques des personnes accueillies

Les personnes atteintes de maladie mentale sont concernées par l'un des versants de la santé mentale, qui aujourd'hui, devient un enjeu majeur de santé publique et de société. Avec la «déhospitalisation » et la désinstitutionalisation, nous retrouvons ces publics dans les différentes sphères de l'action sociale (exclusion, handicap, prison, délinquances...).

Selon l'organisation mondiale de la santé³, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Il est précisé que si des mesures ne sont pas prises rapidement, ce bilan devrait s'alourdir d'ici 2020, avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la charge due à l'ensemble des maladies.

En France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 décès par suicide, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire : accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogues. La gravité de la situation est prise en compte dans la loi de programmation en santé publique. Sur la base d'estimations⁴ faites par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) de la loi de santé publique 2003, on estime qu'il y aurait 300 000 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques dont 200 à 250 000 schizophrènes. La prévalence globale des troubles dépressifs dans la population française et ceci quelle qu'en soit la nature est estimée à 12 % sur un parcours de vie, dont 1,5% attribuables aux troubles bipolaires. Sept millions de français ont été ou sont donc concernés par cette pathologie.

Les personnes orientées à l'Esat de Salins les Bains, présentent pour 60% d'entre elles, le diagnostic médical de psychose dont 40% de schizophrènes. Les 40% restant sont des personnes présentant des carences psychoaffectives génératrices de troubles les ayant conduits à l'hôpital psychiatrique. Les origines de ces carences sont diverses : maltraitance, abandon, alcool, toxicomanie... mais aussi des accidents de la vie tels que les traumatismes crâniens.

Dans les admissions de l'établissement, il m'est important de maintenir l'équilibre de cette répartition (60% /40%), la particularité des uns est au bénéfice des autres ; la

³ *Plan national du cerveau et des maladies du système nerveux*, document Internet, janvier 2007

⁴ *Psychiatrie et santé mentale, 2005 – 2008*, document Internet

psychose tirant vers le bas, les carences psychoaffectives vers le haut. Ce positionnement particulier crée un équilibre nécessaire à l'implication de chacun, qu'il s'agisse des professionnels, ou des usagers. Une population uniquement psychotique entretiendrait une ambiance mortifère et à l'inverse, trop de troubles du comportement feraient exploser l'institution.

Pour les personnes psychotiques, l'aspect handicapant de la maladie se manifeste par une profonde altération du rapport à l'autre et à la réalité, souvent associé à un désordre d'organisation de la pensée. La conséquence sera l'isolement social où par période, l'incapacité à répondre par soi-même à ses besoins fondamentaux. Le caractère instable de la maladie dérouté l'entourage, la manifestation des troubles : délires, angoisses envahissantes, persécution, tentatives de suicide, conduira la personne à des périodes plus ou moins longues et fréquentes d'hospitalisations.

Pour les carences psycho affectives, la maladie se manifeste davantage par des signes où l'agressivité est retournée contre elles-mêmes : scarification, alcoolisme aigu, toxicomanie, violence sur le matériel, non-respect des règles... Malgré tout, ces personnes sont dans ce que j'appelle « être dans la vie » où il y a de l'opposition, de la confrontation, du jugement censé. De façon générale elles créent une ambiance qui rappelle qu'elles sont dans la vie avec tous ses aléas.

A l'opposé, la personne psychotique sera plutôt tentée de régresser, de fusionner avec le système dans lequel elle vit pour ainsi favoriser la dépendance, l'isolement, la négation, la fuite...

Pour être plus précise, la personne handicapée psychique se présente souvent comme étant très insécurisée. Sa première demande est d'intégrer l'Unité de Soutien et d'Adaptation Socioprofessionnelle où le travail est adapté et ainsi ne plus revivre la pression de l'entreprise pour celle qui a connu le milieu ordinaire de travail, mais aussi pouvoir se construire un parcours personnel, voire professionnel pour celle qui n'a jamais eu d'expérience de travail.

Dans la région Franche-Comté, l'association Saint Michel le Haut est la seule institution à avoir développé un dispositif spécialisé pour personnes handicapées psychiques. Cependant les établissements pour déficients intellectuels accueillent parfois ce profil tout en respectant un seuil à ne pas dépasser pour maintenir l'équilibre de la population ou de la structure correspondant à l'agrément. Notons qu'il s'agit généralement de personnes déficientes, ce qui n'est pas le cas pour l'établissement qui nous concerne.

1.1.3 Un public encore insuffisamment repéré

Si à l'époque de la création de l'Esat (en 1987), la loi de 1975 ne définissait pas le handicap, il était cependant bien identifié pour le handicap physique, moteur et mental. Se trouvait exclue de cette typologie la maladie mentale qui génère du handicap.

Malgré tout, ce public interrogeait les pouvoirs publics puisque la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978, qui constitue un des textes de référence énonçant la vocation des Esat, précise que ces personnes ne pouvaient être accueillies que sous condition dans les centres d'aide par le travail (CAT). En effet l'article 142-2 indique « que le CAT ne saurait s'adresser aux malades mentaux dans leur ensemble, dès lors qu'ils ne font pas l'objet de la procédure d'admission (COTOREP) aujourd'hui CDAPH. Cependant, la circulaire pense qu'il peut s'avérer bénéfique pour certains malades mentaux qui ne relèvent pas de soins psychiatriques aigus d'être admis à participer à une structure collective de travail ». De l'article 142-2 à l'article 144-25, il est indiqué que l'accueil des malades mentaux fait exception si la personne ne bénéficie pas d'une orientation Cotorep. Elle ne peut bénéficier du système de garantie de ressources que peut revendiquer un travailleur handicapé en CAT. Ce cadre législatif, précise que ces personnes, bénéficient en fait d'une double prise en charge (hospitalière et médico-social) l'intégration ne pouvait se faire que sous forme de convention avec le milieu hospitalier.

Ce modèle adapté à l'époque (1978) était une ébauche de réponse pour les personnes hospitalisées au long court et pour qui, il n'y avait pas de point de chute après les soins. Le milieu du travail protégé pouvait constituer un moyen d'insertion socioprofessionnelle associé aux soins. Seulement ce cadre législatif complexe, pour des questions financières liées à une harmonisation de l'aide sociale et de l'assurance maladie, n'a pas favorisé les collaborations entre le sanitaire et le médico social. La légitimité d'intégration en CAT nécessite une reconnaissance de travailleur handicapé, le secteur sanitaire était très frileux quant à envisager ce statut pour leurs patients malades psychiques.

Avec la loi du 11 février 2005, le vide juridique concernant le handicap psychique est comblé puisque ce dernier fait dorénavant partie intégrante de la définition du handicap. La spécificité de l'Esat de Salins les Bains, est reconnue pour l'accueil de personnes ayant des troubles psychiatriques sans déficience intellectuelle. Pour autant, les capacités intellectuelles sont ralenties du fait de la maladie, mais également du fait des traitements médicamenteux.

Pour illustrer les difficultés à bien repérer le public handicapé psychique, il ne m'a pas été possible d'évaluer auprès de la MDPH, ce qu'il représente en termes de prévalence dans le département du Jura. Il n'existe pas de statistique, si ce n'est que la file active des patients suivis par l'hôpital psychiatrique du département en 2006 s'élève à

près de 10 000 personnes sur une population totale de 260 000 habitants. Ce qui représente 3,8% de la population jurassienne. Sont exclues de cette comptabilité les personnes suivies en psychiatrie privée ou placées en établissements spécialisés, ou sans suivi.

Au niveau national⁵, à la fin de l'année 1998, 47 000 personnes sont hospitalisées en soins psychiatriques, hors services de psychiatrie des hôpitaux généraux. Fin 1999, 1,56 millions de personnes vivant à domicile déclarent avoir consulté au cours des 3 derniers mois pour des troubles psychiques ou mentaux. Parmi elles, 1,2 millions de personnes ont consulté un professionnel de la santé mentale : un psychiatre ou un psychologue dans le cadre d'un suivi régulier. Ces chiffres entre le département du Jura et le niveau national, sont difficilement comparables, car pas suffisamment affinés, les uns incluant la population infantine, les autres ne concernant que les adultes et l'écart des années citées est important.

Mal repérées, mal définies, les reconnaissances de travailleurs handicapés consécutives à des troubles psychiques se font dans le cadre général du handicap. Cependant, les informations que j'ai recueillies auprès de la CDAPH font apparaître qu'avec la nouvelle organisation de la maison départementale du handicap, si auparavant la problématique psychique n'était pas identifiée, aujourd'hui cette dernière est annoncée en commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Se conjugait au manque de reconnaissance, une difficulté à évaluer les besoins sociaux. Or, il s'avère qu'aujourd'hui avec la présence au sein de la commission d'un représentant de l'Union nationale des familles et amis des malades mentaux (Unafam), s'enclenche une dynamique du questionnement sur le repérage de ce public et la réponse aux besoins à apporter. Cette association interroge notamment sur le devenir de la personne après la reconnaissance du handicap. Il est souvent fait le constat que la décision de la CDAPH reste sans suite. Une réflexion semble s'amorcer quant au vide qui s'en suit ainsi que l'isolement social, conséquence des troubles psychiatriques.

1.2 L'organisation de l'Esat

1.2.1 L'admission et l'accueil

La structure accueille quarante trois personnes, adultes hommes et femmes, âgés de vingt à cinquante huit ans, présentant des troubles psychiatriques et reconnues comme personnes handicapées psychiques.

⁵ Handicap en chiffres 2005. CTNERHI, DRESS, ministère de la santé et des solidarités, DGAS

L'orientation fait suite en général, à une hospitalisation longue (plusieurs années) en centre hospitalier spécialisé. L'élément déclencheur est la stabilité des troubles et une demande de la personne de travailler en Esat, avec également le projet de retrouver de l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Pour 80% d'entre elles, une mesure de protection les garantit contre l'abus de confiance ou le surendettement. Elle est de type curatelle ou tutelle, qui est assurée par un organisme spécialisé ou des associations de bénévoles, on voit également apparaître des professionnels agissant à leur compte. Seulement 7% sont autonomes dans la gestion de leurs ressources. La part restante est prise en charge par les familles.

Le profil de ce public est délimité par nos conventions et notre agrément « malades mentaux stabilisés » handicapés. L'objectif à l'admission est de favoriser « l'autonomie grâce à l'amélioration des mécanismes d'adaptation sociale et d'intégration »...Amélioration et intégration supposent une possibilité d'évolution vers l'insertion et l'autonomie.

Ceci repose sur la capacité de la personne à se mobiliser sur un projet d'insertion associé au soin que nécessite la maladie mentale.

La loi du 2005-102 du 11 février 2005 a créé les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui ont pour mission d'accueillir, d'informer, d'accompagner et de conseiller les personnes handicapées et leur famille. Elles ont également la charge de la définition du projet de vie et du plan de compensation. La dimension professionnelle doit faire partie intégrante de l'approche globale de la personne et constituer un des aspects, autant que possible, du projet d'aide construit avec la personne. La volonté du législateur a été de créer un guichet unique qui traite l'ensemble des besoins.

Les critères d'orientation en milieu protégé font référence à l'article R-243-3 du code de l'action sociale et des familles. Il stipule que : « la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées » prend une décision d'orientation en établissement et service d'aide par le travail des personnes handicapées, dont la capacité de travail est supérieure ou égale au tiers de la capacité normale, lorsque leurs besoins d'un ou plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, expressément motivés dans la décision, le justifie et qui ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail ».

La demande d'orientation professionnelle est à l'initiative de la personne, souvent accompagnée par son représentant légal ou assistée d'un travailleur social : tuteur, parent, assistant social, chargé d'insertion.

L'admission dépend d'une décision d'orientation de la CDAPH⁶. Concernant l'Esat de Salins les Bains, la personne doit être reconnue handicapée par la maladie psychique, avec un taux d'invalidité égal ou supérieur à 60%. Le document doit préciser : « orientation en Esat spécifique », sans cette précision, la personne ne peut intégrer la structure. Néanmoins, cette distinction peut se révéler en défaveur de la personne, car les autres structures de travail en milieu protégé du département, au regard de la précision du handicap, refuseront la demande de la personne. Celle-ci n'est pas toujours à l'initiative du travailleur handicapé, mais davantage formulée par la famille qui refuse la « folie » de son enfant et fait le choix d'une structure pour déficient intellectuel. Je constate souvent que les familles sont imprégnées du regard de la société, plus tolérant face au handicap mental.

La prise de contact avec la personne orientée vers notre établissement se fait de deux façons : soit elle a reçu une orientation, elle prend contact avec la structure et nous lui proposons une visite, soit elle ne se manifeste pas. Dans ce cas, par courrier, nous l'invitons à se présenter avec la proposition d'une visite. Elle peut-être accompagnée par une ou plusieurs personnes : famille, éducateur, assistant social, conjoint, infirmière.

Je tiens particulièrement à cette rencontre. Je reçois toutes les personnes handicapées demandeuses de visite. Ce temps va permettre au candidat de découvrir le milieu du travail protégé et d'appréhender notre organisation adaptée à l'accueil de son handicap psychique. Je suis toujours assistée du chef de service du pôle hébergement qui présentera l'accompagnement social en dehors du travail.

Les sujets les plus fréquemment abordés lors de cette rencontre, sont la rémunération et la participation aux frais d'hébergement. Au contraire, ne suscitent que peu de questions : la notion de soin, les règles de fonctionnement, et la part active de l'implication personnelle. Le manque d'information, peut, par la suite, prêter à confusion et générer du conflit, mais également l'incompréhension peut faire écho à la pathologie notamment lorsqu'il y a un diagnostic médical de paranoïa. Pour illustrer ce qui peut faire conflit, il est arrivé que le département dans le cadre de l'aide sociale, demande à un résident du foyer d'hébergement de déclarer ses ressources issues des intérêts de l'épargne, cela a été insupportable pour ce monsieur et pour sa famille, ce qui a abouti à une démission. D'où la nécessité de poser le cadre dès le départ et d'informer clairement sur les droits et les devoirs de chacun. Les outils de médiation en cas de désaccord sont le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

⁶ Commission des droits et d'autonomie pour personnes handicapées

En fonction du projet de la personne et à condition qu'elle en fasse la demande par écrit, cette visite est généralement suivie d'une période de stage de 15 jours à l'Esat associée à l'hébergement en foyer sans retour en famille, ni visite. Cette période permet au stagiaire de découvrir un nouveau mode vie en structure d'hébergement et de travail protégé et lui laisser ainsi le libre choix d'intégrer ou non la structure. Ce fonctionnement, nous permet également d'évaluer si le candidat correspond au dispositif et d'apprécier sa capacité à gérer ce temps de rupture avec son milieu habituel de vie.

Le recrutement des personnes handicapées est départemental, cela nécessite une délocalisation de la personne qui devra quitter sa famille et ses repères habituels. Pour cela, elle sera tout d'abord hébergée en foyer, puis en appartement après une évaluation des besoins sur une période d'au minimum six mois. A leur arrivée, les personnes sont généralement désorientées. Le premier besoin est de reconstruire un rythme biologique avec la mise à l'épreuve de ce que peut représenter l'autonomie et toutes ses contraintes, à savoir : le réveil, le repas, l'hygiène, le soin, la ponctualité, le coucher, la vie en groupe, gestion de ses ressources.

Non seulement l'accueil à l'Esat s'inscrit dans le respect des valeurs associatives, mais également dans les principes et les valeurs définis par la charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003). La charte est annexée au livret d'accueil et remis à la personne au moment de l'admission. Lui sera également remis, le règlement de fonctionnement. Ce document est la base de ce qui va non seulement formaliser les pratiques professionnelles, mais aussi les légitimer. Il pose le cadre d'une réciprocité afin que les droits et les devoirs de chacun, établissement/usager, soient respectés. Ce règlement n'est pas à entendre comme une sentence, mais bien comme un outil pédagogique, une base de travail sur les limites de la vie en société.

1.2.2 Une équipe pluridisciplinaire

La structure est composée d'une équipe d'encadrement et d'une équipe de travailleurs handicapés qui développent ensemble un outil de production.

L'accueil de ce public nécessite un accompagnement en soin, travail et hébergement. Ces besoins étant liés les uns et aux autres, j'ai fait le choix de réunir les pôles administratifs des deux services sur un même lieu à l'Esat, l'ensemble des actions en lien avec l'administratif pouvant ainsi se coordonner. Par ailleurs, cela permet aux usagers d'interpeller le service administratif en cas de nécessité et également de mutualiser les compétences.

Le nombre d'ETP pour l'ESAT⁷ est de 9,62 ETP, ce qui représente un ratio de 0,22. L'équipe est composée : d'une directrice, un médecin psychiatre, une psychologue, d'un chef d'atelier, une secrétaire, cinq moniteurs d'atelier, un chauffeur et agent de service en contrat aidé.

Le nombre d'ETP pour le pôle hébergement est de 10,50, ce qui représente un ratio de 0,33 : L'équipe est composée : d'une directrice, un chef de service, trois éducateurs spécialisés, une monitrice éducatrice, une animatrice, un aide médico psychologique, deux agents de service, deux surveillants de nuit, une secrétaire.

Le pôle thérapeutique est seulement représenté sur l'Esat. Cependant pour des raisons fonctionnelles, le médecin psychiatre réserve un temps de consultation aux usagers sur le pôle hébergement. Cette organisation favorise la liberté des usagers quant à le rencontrer en dehors du temps de travail. Cela permet également à l'équipe éducative d'être en contact avec le médecin, d'échanger sur des situations particulières, de faire le point sur la cohérence du soin médical, notamment lorsqu'il s'agit de prescriptions de médecins généralistes.

Dans leurs fonctions, les professionnels sont exposés à des situations où les angoisses des usagers envahissent l'espace. Parfois par du découragement, de la colère, mais aussi de la satisfaction avec l'envie de faire mieux encore. Cependant l'instabilité et la manifestation des troubles des travailleurs handicapés laissent parfois croire que tout projet d'insertion paraît impossible, notamment en période de crise. L'épuisement menace le professionnel, il est indispensable de veiller à bien identifier le sentiment d'impuissance, c'est là où la gestion des écarts demande une grande vigilance. Ces écarts interrogent, voire désorientent et font parfois dévier de l'axe de la prise en charge. C'est alors que le professionnel se questionne : « est-ce que l'on doit favoriser la production ou au contraire la relation d'aide ? », quelles sont les limites du dispositif ? Peut-on prétendre prendre en charge toutes les pathologies ? Dans leurs interrogations, il y a quelque chose qui est de l'ordre de la culpabilité, une véritable insatisfaction à ne pouvoir aboutir dans la mission de soin que revendique l'établissement. Ce sont les interrogations des professionnels qui permettent la réflexion et une meilleure compréhension du système, de l'organisation, de la progression du projet individualisé à la fois sur ce que produit leur action et l'ajustement de leurs postures professionnelles.

Les attentes institutionnelles et les objectifs fixés sont conséquents, les contraintes sont fortes, on les retrouve à la fois dans la production et dans l'aspect relationnel, ce qui demande de la disponibilité dans la relation d'aide.

⁷ Annexe 1

Cependant il y a des engagements à tenir, la partie commerciale doit autofinancer les charges de fonctionnement, et si possible créer un excédent susceptible de soutenir des innovations. Il y a un équilibre financier à rechercher, sous la responsabilité du chef d'atelier, les moniteurs ont la charge de l'organisation de leurs productions et l'obligation de créer un espace suffisamment sécurisant pour l'ensemble des ouvriers.

L'équipe éducative est en interrogation constante quant à la difficulté d'être dans la production, dans l'organisation et dans la relation d'aide. Comment produire avec une main d'œuvre qui est en grande difficulté ? Comment faire en sorte que cette production vienne servir la cause du soin ? Il y a là dans ces injonctions qui peuvent paraître paradoxales l'énoncé de la problématique de mon mémoire à savoir la pérennité de cet équilibre. Nous savons que c'est un équilibre instable, sans cesse remis en question, sans cesse réinterrogé.

Face à ces interrogations, je dois être attentive pour questionner et adapter les moyens de l'Unité de Soutien Socioprofessionnelle.

Est-ce que s'adapter est la capacité d'aller au devant de quelque chose qui est demandé parce que le travail a été analysé et que c'est comme cela qu'il faut faire ? Dans la question de l'adaptation, il y a quand même la demande de conformité. Bien adapté, un professionnel peut devenir conforme à un poste auquel il s'est identifié et pas forcément une personne qui est restée vivante dans sa capacité à interroger le poste qui lui est confié.

Ce qui est ici mis en cause, est, que là où les humains sont rassemblés, ils produisent de la valeur parce qu'ils apportent et donnent quelque chose d'eux même. C'est ce qui fait la richesse du travail que nous produisons ensemble.

1.2.3 La place des familles

Tout comme pour chacun d'entre nous, l'histoire de la personne handicapée ne débute pas seulement à son arrivée dans l'établissement. Son histoire de vie s'inscrit tout d'abord au sein d'une histoire familiale. Dès lors, lorsqu'un changement s'opère pour elle, c'est tout le système qui s'en trouve modifié et qui doit alors se réajuster à une nouvelle façon d'être et de vivre ensemble.

La place des familles s'inscrit également dans l'histoire de l'institution. Si auparavant elle n'occupait pas de place dans le travail que nous avons à faire ensemble, il s'avère qu'aujourd'hui, toute demande de la part d'une famille est accueillie puis dirigée vers l'instance correspondante. C'est-à-dire vers le médecin psychiatre si cela concerne la maladie, vers la psychologue si la demande est de travailler dans le système relationnel ou vers moi-même si cela est en lien avec du fonctionnement, de l'administratif. Il importe

dès lors de bien repérer les demandes des familles et de permettre les bonnes orientations afin que la directrice ne soit pas assimilée au médecin.

Cependant, peu de demandes sont formulées expressément dans la mesure où les relations familiales se sont altérées au fur et à mesure de la maladie de leurs enfants. A leur arrivée, les personnes sont souvent en rupture de lien avec leurs proches, parfois ils communiquent par courrier ou par téléphone, et où alors ils sont en rupture totale. Il faut dès lors reconstituer progressivement des liens repérables.

Les familles demandeuses sont en général dans une relation fusionnelle voire confuse. Leur enfant est surprotégé et complètement dépendant d'un système qui ne laisse pas de place à l'autonomie tant matérielle que psychique. Dans ce cas, il y a nécessité de collaborer à tous les niveaux, afin que l'un ne vienne pas freiner l'action de l'autre.

L'institution, dans la place qu'il est nécessaire de donner aux familles, doit tenir compte autant que possible, de cette histoire familiale. Ce sont des années de vie avec la maladie, les souffrances, les symptômes et les conséquences que ceux-ci répercutent sur la vie sociale, culturelle et professionnelle de chacun des membres de cette famille. Ils ont alors chacun personnellement et ensemble tenté de s'organiser au mieux au sein de leur système pour limiter les souffrances.

La place des familles, d'emblée peut paraître déviante, désorganisante pour la personne handicapée psychique. Souvent, c'est le cas et ce fonctionnement peut nous remplir d'émotions fortes et paradoxales. C'est l'exemple de ce père qui accompagne son fils en retour de week-end et qui nous menace de toutes les foudres et qui en repartant nous fait part de sa satisfaction de voir son fils travailler.

C'est pourquoi le travail avec les familles exige du professionnel qu'il soit formé, préparé à cette rencontre. Les jeux relationnels vont venir influencer plus ou moins les actions des éducateurs et ils peuvent malgré eux, être dans l'isomorphisme, à savoir reproduire les comportements parentaux et renforcer les troubles. Dans notre travail avec les familles, un choix institutionnel s'est fait quant à la place des éducateurs. Cette place se limite à donner des informations sur l'organisation et le fonctionnement, au-delà ils doivent rediriger la demande vers l'instance adéquate.

Nous avons fait le choix de ne pas demander aux familles d'être présentes au sein des instances de l'établissement : réunion des usagers, bilan annuel, conseil de la vie sociale. Pour autant nous restons individuellement à la disposition de chacune d'entre elle à leurs demandes. Notons aussi qu'elles bénéficient d'un droit de représentation au sein du Conseil d'Administration de l'ASMH, sous la forme de délégués : de l'Union Nationale des Amis et Familles de malades psychiques (UNAFAM) et de l'ATFC : Association française des familles de traumatisés crâniens.

L'Unafam⁸ nationale occupe une place importante dans la réflexion menée sur le handicap psychique. La reconnaissance de ce dernier est une victoire quant à la mobilisation de ses adhérents. Cette association est reconnue d'utilité publique depuis 1968, elle regroupe 12 500 familles, avec pour objet de s'entraider, de se former et d'agir ensemble. Les adhérents sont répartis dans 97 sections départementales.

L'Unafam, en partenariat avec différents acteurs de la santé mentale (médical, social, usagers), est à l'origine de la publication en 2001 du livre blanc⁹ qui est force de proposition dans le devenir et l'avenir des personnes handicapées psychiques.

La connaissance que je peux avoir du vécu de ces familles, fait apparaître souvent un déni de la maladie structurelle de leurs enfants avec le grand espoir de la guérison. Nous devons accueillir cet espoir, malgré tout avec les limites de la connaissance scientifique de la maladie mentale. Nous sommes davantage portés par l'espoir que le dispositif peut proposer des moyens qui viendront faciliter et permettre à ces personnes d'être dans la vie active. Aussi, je pense que le milieu du travail protégé est une alternative à l'hospitalisation où doivent être associés le soin et l'insertion.

Pour ces parents, l'activité professionnelle de leurs enfants est parfois vécue comme de l'occupationnel, l'idée que les familles se font de l'Esat est dévalorisante. Elles sont très éloignées de ce que cela peut représenter pour leurs enfants, en terme de reconnaissance de leurs capacités, et de ce que peut représenter leur attachement à l'activité économique de la structure. Nous voyons bien que la question des limites interroge à tous les niveaux, que ce soit celles des familles, ainsi que de leurs enfants bénéficiaires de nos actions, ou les limites institutionnelles quant à l'aspect économique.

1.3 Les limites du développement économique

Pour aborder la question du développement économique, il est nécessaire de faire un retour sur l'histoire de l'Esat et ainsi s'approprier son évolution au fil des années, mais avant cela j'ai souhaité donner du sens au travail avec un essai de regard philosophique qui vient légitimer la place du milieu protégé.

1.3.1 Humanité, travail, dignité « Aller au travail »

En juin 2006, en collaboration avec le médecin psychiatre de la structure et la psychologue, la direction de l'Esat a organisé une journée de réflexion sur « psychose et travail ». En la présence d'un autre médecin psychiatre hospitalier et de la philosophe

⁸ Site Internet : www.unafam.org

⁹ Le livre blanc des partenaires de santé mentale France, avec une proposition de plan d'urgence en 2003, le document est disponible sur Internet : infos@unafam.org

Catherine Perrotin¹⁰, a été mis en réflexion, en débat le sens donné au travail avec les personnes psychotiques, mais pas uniquement. Cette recherche a permis d'éclairer un peu mieux, ce que l'on peut se faire de l'idée du travail.

Réfléchir à la question du travail m'amène à explorer le fait que l'exercice de la responsabilité dans mon métier est au cœur de mes préoccupations. C'est-à-dire que je suis amenée à répondre devant les usagers, devant les professionnels, devant l'association représentée par le conseil d'administration, de mes conceptions de cet exercice de la responsabilité. Ce n'est pas seulement être en conformité face à la commande, face aux tâches, face aux contraintes de l'organisation. La responsabilité qui incombe à ma fonction est aussi un lieu de créativité, d'innovation et d'invention.

Le travail n'a pas toujours été mis en valeur dans nos sociétés, c'est le cas de la culture Grecque qui pour échapper à la servitude du travail, le réservait aux esclaves, ainsi le citoyen était un homme libre.

Sous l'ancien régime, le travail est resté une servitude, ceux qui pouvaient s'y soustraire faisaient partie de la catégorie des favorisés et réussissaient à ne pas travailler parce qu'ils avaient la faveur de la royauté. Ils étaient dans des postures de privilèges. Puis avec la renaissance et la révolution industrielle, l'idée du progrès est devenue intéressante, mais elle est aussi ambivalente car depuis le 19^{ème} siècle, autour de cette idée du progrès, c'est véhiculé l'idée que : par le travail, par la transformation des conditions de vie, nous pourrions faire que demain soit meilleur qu'aujourd'hui. Dès lors, on est entré dans une production rationalisée avec une vision qui s'est élargie progressivement ; le travail est devenu une condition de la citoyenneté et, sont apparus des conflits qui ont porté sur la manière de rétribuer le travail, de le distribuer, sur la façon de faire du travail un lieu de promotion mais aussi de conflit sur la manière d'en répartir les fruits.

En France, la légitimité du travail fait partie intégrante des droits de l'homme tels qu'ils ont été définis par la déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la constitution de 1946. En fonction de l'histoire de la Nation et de son évolution économique, les droits et libertés se sont précisés, notamment en terme «de droits sociaux et économiques »¹¹. L'article 5 du préambule dispose que : « tout homme a le devoir de travailler et le droit d'obtenir un emploi » et l'article 11 précise « que tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation

¹⁰ PERROTIN C., directrice du centre interdisciplinaire d'éthique, Université Catholique de Lyon

¹¹ *Les constitutions de la France depuis 1789*, présentation de Godechot.J. Edition GF Flammarion Edition mise à jour au 1^{er} septembre 1995. Paris. p 374-375

économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. La garantie de ce droit est assurée par l'institution d'organismes publics de sécurité sociale ».C'est en quelque sorte ce que l'on appelle le contrat social.

Ces droits sociaux et économiques m'incitent à réfléchir sur l'idée que tout le monde doit pouvoir travailler parce que tout le monde possède des capacités, certes différentes, et il incombe à la société de s'organiser pour permettre à chacun de travailler quand les difficultés s'imposent et rendent le parcours professionnel difficile. C'est dans ce mouvement d'idée, que s'inscrivent les fonctions du mouvement associatif, dans lequel je suis impliquée et où j'exerce ma fonction de directrice d'Esat.

Nous pourrions dire aujourd'hui que le travail s'exerce dans un contexte où l'économie est devenue prégnante, il faut toujours faire mieux tant au niveau du rapport que des moyens. Avant d'aborder la question du travail en milieu protégé, je voudrais faire un détour sur la question du sens au travail. Ce n'est pas le travail qui vient à nous, c'est nous qui allons à lui ! Il y a dans cette idée, une notion de déplacement, il faut être suffisamment bien ou pas trop mal pour pouvoir le faire. Ce lien entre santé et travail est important. Le travail est un lieu de rencontre où s'exerce le respect d'un engagement contractuel, on travaille pour gagner sa vie, mais pas seulement, on le fait aussi pour se réaliser.

Pour pouvoir se réaliser, on peut supposer qu'il faille une multitude de conditions pour y accéder. La question du travail chez les personnes psychotiques s'interroge : est-ce qu'il n'y a pas dans la nature même du travail, quelque chose qui soigne ? Est-ce que l'on peut imaginer que le travail peut être soignant pour les personnes psychotiques ? Est-ce que le travail permet la relation à l'autre et auquel cas est-ce possible pour les personnes psychotiques ?

Le docteur Bonnafoux¹² interroge le système d'accès au travail de ces personnes en précisant que la croyance au potentiel du sujet est indispensable dans l'acte de soigner mais aussi dans l'accompagnement social. Les phases de rupture se retrouvent à tous les niveaux ; c'est la problématique de la psychose, qui se répète dans le parcours de la personne, notamment en milieu ordinaire de travail où elle va perdre ses droits

¹² Médecin Psychiatre, chef de service du 1^{er} secteur du CHS du Jura, investi dans la recherche de l'association du soin et de l'insertion des personnes psychotiques, a mis en place sur le département au sein de son secteur un atelier d'apprentissage et de connaissance de la maladie mentale destiné aux patients. Intervenant dans la journée de réflexion « psychose et travail », citée p 16.

spécifiques (AAH), puis son emploi et se retrouve démunie : de ressource, de logement. C'est le retour à l'hôpital. Il y a aussi la question du milieu protégé où lorsque la personne bénéficie d'une orientation en Esat, cela lui colle à la peau avec la difficulté de s'en séparer. Il y a nécessité d'un système beaucoup plus souple afin que la personne puisse faire ses expériences sans être engluée dans des démarches administratives où le circuit est à refaire chaque fois qu'il y a réactivation de la maladie.

Face à ces interrogations et à ces constats, le docteur Robert¹³ valorise la place de l'Esat dans le parcours d'intégration socioprofessionnelle, en précisant que le dispositif s'est adapté à la problématique de la psychose, et que c'est tout un système interdépendant qui permet à la personne de prendre une place dans la société où elle va trouver du travail, du soin, de la reconnaissance, de l'autonomie, du respect et de la dignité.

Travailler en milieu protégé fait apparaître aussi que socialement, il incombe à la collectivité en tant que communauté humaine, de se rappeler ce qu'est la dignité de l'homme. Cette notion de dignité pose problème dans la société qui produit de l'exclusion, du handicap, des chômeurs, de la violence.... Ce n'est pas seulement l'accession aux droits qui peut faire changer la situation de la personne, c'est une histoire de volonté commune, de regard sur la société et de moyen de compensation. Seule, la personne est démunie ; ensemble il y a moyen d'agir, à condition que les actions soient pensées dans un système cohérent et complémentaire, qui associe soins spécifiques et espaces de vie sociale où la place de la personne handicapée soit pensée pour lui garantir une vie digne.

Cette notion de dignité Catherine Perrotin¹⁴ l'aborde depuis la philosophie en disant : « La dignité est ontologique, c'est à dire qu'elle est à aborder comme ce qui caractérise chaque être humain. Tout homme est pourvu d'une dignité que l'on qualifiera d'inaliénable parce qu'elle tient à l'être même de l'humain. Ce qui veut dire qu'à partir de l'instant où un être arrive au monde, il est pourvu, par naissance, d'une dignité humaine qui lui fait partager la vie de la communauté dans son ensemble. Cette dignité ontologique, rien ne peut l'affecter, elle n'est pas détruite parce qu'on serait d'une origine particulière, parce que l'on serait d'une culture particulière ou affecté d'un handicap ».

Ce qui me permet dans ce mémoire de préciser dès à présent que la recherche de cohésion sociale développée dans la deuxième partie est entendue sous la forme de la reconnaissance de l'existence de l'être dans sa dignité et que toute action dirigée dans l'idée d'inclusion, passe par cette interrogation sur la dignité.

¹³ Médecin psychiatre de l'ESAT

¹⁴ Citée p 17 du mémoire

En fonction des besoins de la personne et de la particularité du handicap, il me semble nécessaire de préciser que travailler en milieu protégé, dans un contexte où l'économie contemporaine impose des lois de plus en plus dures, fait réfléchir sur la place de l'économie d'un Esat au sein de notre société. Le développement de l'activité économique est une réalité de nos structures d'aide par le travail qui doivent assurer par les seuls produits du travail des personnes handicapées une part importante de leurs charges de fonctionnement.

Comme nous l'avons vu, le rapport à la réalité des personnes handicapées est altéré ce qui fragilise leur rapport au travail, notamment en termes de production, de résultats, d'assiduité, de ponctualité ce qui est un élément important à prendre en compte dans la pérennité du dispositif.

En effet, cette réalité ne peut être occultée faute d'entraîner des difficultés en termes de gestion et de fonctionnement. La réalité économique de l'ESAT est donc fortement marquée par la réalité du handicap psychique de ses ouvriers. Cette réflexion me conduit à développer la place du développement économique dans l'histoire de l'établissement.

1.3.2 La place de l'économie dans le milieu protégé

Lors de sa création, l'ESAT était agréé pour trente places, il est aujourd'hui agréé pour cinquante places avec seulement quarante trois places occupées et financées.

Initialement, la production de la structure d'aide par le travail devait s'inscrire dans le créneau économique important du Jura : agriculture et tourisme : parc animalier, restauration, camping.

De 1987 à 1991, l'établissement a traversé une période difficile, où le projet initial n'a pu trouver un équilibre économique. En effet, suite au déficit récurrent de l'établissement, un audit financier conclura que la structure ne peut plus poursuivre son activité économique et qu'elle doit impérativement se reconverter.

Avec le soutien des financeurs, les dirigeants de l'association ont défendu le projet social de l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle. Ceci sous couvert que l'établissement était le seul en région Franche Comté à répondre à l'importante demande d'accueil de personnes handicapées par la maladie mentale. Pour cela l'association nommera un nouveau directeur qui s'attachera à développer l'aspect professionnel de l'activité commerciale, associé à un nécessaire équilibre financier.

Ce sont pour l'établissement, des années durant lesquelles le développement économique aura la primeur sur la prise en compte du soin. Seulement le développement économique ne pouvait se faire qu'avec la présence et la production des ouvriers orientés. Or, la problématique des personnes handicapées et le manque de connaissance

de la maladie mentale généraient une forte instabilité. En effet, la problématique santé des usagers s'est surajoutée aux difficultés rencontrées par la structure. Non seulement il y avait un absentéisme important à hauteur de 50% (aujourd'hui ramené à 12%) mais aussi des situations de crise qui rendaient la disponibilité des travailleurs très aléatoire. Il était alors difficile de faire des projections car la main d'œuvre était peu fiable. Le constat de l'instabilité des personnes remettait en cause l'équilibre économique de l'Esat et sa pérennité.

Comme nous l'avons vu, l'arrivée d'un nouveau directeur va être l'amorce de la mise en œuvre d'un changement visant à reconsidérer de façon radicale les activités vers de la sous-traitance avec de petites entreprises départementales.

Il faudra attendre 1999 pour que le soin soit réellement associé à la démarche de restructuration de l'Esat avec le recrutement d'une psychologue à mi-temps, garante du projet thérapeutique des usagers. En accord avec la direction, la psychologue organisait ses interventions et avait la responsabilité du versant soin.

Peu à peu, il y a eu des renouvellements dans l'équipe des moniteurs d'atelier. Le recrutement des nouveaux arrivants s'est centré sur un profil plus technique, c'est-à-dire ayant une expérience dans le secteur de l'industrie, associée à des valeurs humanistes, mais également le recrutement d'une monitrice éducatrice qui dès son arrivée a interrogé l'organisation quant à la prise en charge des travailleurs handicapés au regard de leur problématique santé.

Comment l'insertion par le travail peut elle être un levier d'appui pour travailler sur la problématique de santé ? Tel a été mon projet lors de ma prise de fonction en 1999.

L'Esat était alors mal équipé, mal situé géographiquement, et révélait une coordination défailante avec le pôle hébergement. L'association prendra la décision de transférer l'établissement à Salins les Bains en 1999. Ce changement aura pour conséquence d'impulser une nouvelle organisation quant à l'accompagnement social nécessaire à la mobilisation des usagers dans leur projet d'insertion socioprofessionnelle.

L'installation dans ces nouveaux locaux de types industriels permettra de rationaliser la production et de repenser l'adaptation au poste associé au développement des compétences des usagers. Il en ressort, une meilleure organisation avec un développement de l'activité économique croissant.

Les conditions d'accueil, de travail, de sécurité, de soin étaient réunies pour donner une nouvelle impulsion au projet d'établissement.

En 2000, une action de rapprochement du milieu protégé avec le milieu ordinaire de travail s'est mise en place à l'initiative de l'association pour le développement des établissements de travail adapté (ADETAJ) avec comme partenaires, la DDTEFP, l'Agefiph, le Medef, la Ddass, la médecine du travail et Convergence 39 qui est un service

de coordination de l'ensemble des acteurs oeuvrant dans l'insertion professionnelle des personnes handicapées du Jura. Cette association portée par les directeurs d'Esat a développé une culture de l'insertion professionnelle en installant dans chaque établissement une cellule d'insertion. Cette dynamique produira une amélioration des conditions de travail, avec un accompagnement dans la formation des travailleurs handicapés et des mises à disposition en entreprises avec également la mise en place d'un outil d'évaluation des compétences professionnelles (Mecam).

Les données économiques :

La gestion budgétaire de l'Esat est constituée de différentes ressources : le budget principal d'action sociale (BPAS) versé par la Ddass, le complément de rémunération (CR) versé par la Direction départementale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) qui avec la rémunération directe, constitue la garantie de ressource des travailleurs handicapés, le budget annexe de production et de commercialisation (BAPC).

La répartition des ressources de l'Esat pour l'année 2006 s'établit ainsi :

2006	Complément de ressources	Budget principal d'action social	Budget annexe de production et de commercialisation
BUDGET	350 000 Euros	420 000 Euros	442 000 Euros
REPARTITION	29 %	35 %	36,34 %

Au compte de résultat, les charges du budget social et du budget commercial s'élèvent à 1 216 000 Euros.

Le budget commercial doit être au service du projet social. Les résultats du secteur commercial représentent en salaire direct des travailleurs handicapés 13,80% des recettes. A cela s'ajoute une prime d'assiduité mensuelle de vingt euros s'il n'y a pas d'absence.

Le budget personnel est uniquement financé par le budget social. L'association a fait le choix de ne pas solliciter le budget commercial pour financer des charges de personnel. C'est ainsi que l'établissement n'emploie pas de cadre technico-commercial, qu'il n'y a pas de prime particulière pour les moniteurs, etc. La plus value issue du chiffre d'affaire est essentiellement destinée à améliorer les conditions de travail des usagers ou à financer des projets sociaux. A ce sujet un investissement important vient d'être engagé dans l'équipement en machines industrielles pour apporter plus d'ouverture dans le

développement des compétences des travailleurs handicapés et ainsi se former au métier d'opérateur sur machine. Il s'agit d'un vrai métier, on le retrouve dans l'industrie et qui permet de développer des actions de mise à disposition dans le milieu ordinaire du travail.

Les derniers investissements ont consisté à améliorer les conditions de vie sociale des usagers par la construction d'un bâtiment réservé à la restauration, il est équipé d'un vestiaire, de sanitaires pour les travailleurs handicapés et de bureaux pour les professionnels du soin : médical et paramédical. Cela représente un investissement de plus de 500 000 Euros uniquement financé par les résultats commerciaux de l'Esat. Le montage financier a nécessité un emprunt de 250 000 Euros remboursables sur cinq ans.

Si les activités principales sont de types industriels, depuis deux ans, nous avons souhaité développer une activité propre avec l'objectif de permettre aux personnes très instables d'avoir ce que j'appelle une « activité ressource ». C'est ainsi que nous avons acquis une vigne qui permet une activité agricole, de plein air et qui peut offrir un moyen de gérer les périodes de rupture pour certains usagers. Choisir de travailler avec un produit qui pour certains fait partie de leur histoire douloureuse est un défi.

L'équilibre économique commercial de l'Esat est aujourd'hui stabilisé. Les activités se sont installées dans la régularité. La qualité de production dans le milieu industriel est reconnue avec une dynamique d'ouverture sur l'extérieur, ce qui ouvre des espaces pour dynamiser la fonction de la structure dans sa mission d'insertion. Nous sommes d'ailleurs dans une interrogation constante où je dois rester vigilante sur le fait que l'économique ne soit pas prégnant sur l'aspect médico-social.

C'est une organisation qui doit conjuguer l'aspect économique avec l'instabilité du public.

1.3.3 Un public instable

L'orientation en Esat pour ces personnes handicapées psychiques n'a pu se faire qu'après un constat médical de maladie stabilisée. Or, une personne sortant du CHS reste une personne malade et montre des troubles du comportement qui se répèteront dans le temps, avec des phases d'accalmie, mais également avec des périodes de recrudescence de la maladie.

La stabilité évoquée se traduit par l'équilibre d'un traitement médicamenteux qui contiendra les manifestations de la maladie. C'est seulement après une période où le médecin constatera que la maladie n'évolue plus qu'elle sera considérée comme stabilisée. Cette dernière se maintiendra seulement si la personne prend son traitement régulièrement. Des prises irrégulières ou l'arrêt du traitement sur 3 semaines, conduisent inévitablement à une rechute.

C'est le cas de Melle D, qui a intégré l'Esat en 2005, pour qui le travail et les ressources issues de son activité allaient la libérer de tout : de sa maladie, de sa mesure de protection, de son traitement médicamenteux. Uniquement orientée vers le travail, elle ne bénéficie pas d'accompagnement social, elle vit à 20 km de Salins les Bains et avait montré à sa curatrice suffisamment d'autonomie pour se maintenir en appartement. Au fur et à mesure du temps, elle a commencé à montrer des signes de mal être où les symptômes de la maladie se sont dévoilés : énervement permanent, comportement agressif, répétition d'un flux ininterrompu de paroles incohérentes. Une consultation avec son médecin psychiatre a abouti à une hospitalisation. Elle retrouvera un équilibre, qui lui permettra de reprendre son activité à l'Esat. Elle a sollicité le juge des tutelles pour une main levée de sa mesure de protection, qu'elle obtiendra. Elle a donc par sa reprise d'activité professionnelle, atteint un de ses objectifs. Quelques mois plus tard, elle rentre à nouveau dans une phase où cette fois-ci elle est davantage dans une revendication de travailler en milieu ordinaire, et souhaite démissionner. Je tente de l'en dissuader et lui conseille d'en discuter avec son psychiatre. Sa décision prise, elle démissionne, prend sa voiture pour rentrer chez elle. Dès le lendemain, nous sommes contactés par l'hôpital général d'Annecy qui nous informe qu'ils ont du intervenir en urgence à la sortie d'autoroute, car cette personne présentait des troubles du comportement : scandale, hurlement, débit de paroles incontrôlés... L'intervention a mobilisé la gendarmerie et les pompiers : elle n'avait ni de ticket de péage, ni de moyen de paiement ! En conclusion, cette personne a roulé sur une distance de 130 km, visiblement en état de déraison. Pourtant, la veille elle était fermement décidée à quitter l'Esat sans montrer de signes de décompensation particuliers. Après une période de soin, elle a de nouveau réintégré la structure. Depuis, il y a eu de nouvelles difficultés liées cette fois-ci à la gestion de ses ressources. Nous avons alerté le service concerné qui, après enquête, a constaté qu'il y avait de gros problèmes d'endettement et qu'il fallait réactiver une mesure de protection. Une période d'hospitalisation a de nouveau été nécessaire et en fait, après échange avec l'hôpital, il s'avère qu'elle ne prend pas son traitement au-delà de trois mois. Au cours de son hospitalisation, elle nous a contactés en faisant la demande d'emménager sur Salins avec un accompagnement assuré par le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), ce service, nous l'avons vu, est interne à l'unité de soutien. Elle a également fait la demande de venir prendre son traitement au foyer d'hébergement.

Lorsque la maladie est active, l'expression des troubles se manifeste par une opposition systématique, ne plus aller au travail, ne plus se soigner, refuser les consultations, en général le refus de tout. Cela s'associe au manque de respect envers les autres et le personnel. Il se peut qu'il y ait association de violence, mais en règle générale plutôt retournée contre soi : automutilation, alcoolisme, consommation de

drogue. Ce peut être aussi une libido exacerbée avec des attitudes envers les autres qui rapidement peut créer du conflit, mais aussi de la peur, tant au niveau des professionnels que des usagers.

La stabilité ne tient pas uniquement au traitement. La personne a tout un apprentissage à faire dans une meilleure connaissance d'elle-même, de sa maladie et de ses troubles. L'environnement dans lequel elle évolue doit être en capacité d'accueillir, de contenir et d'être à l'écoute.

Ces troubles n'enlèvent rien à l'intelligence des personnes handicapées, lorsque la crise est passée, ils retrouvent la raison, alors la souffrance psychique prend la place.

Pour conclure cette première partie, nous pouvons faire le constat que le quotidien de l'Unité de Soutien d'Adaptation Socioprofessionnelle est fait d'instabilité. Nous n'avons pas à faire à un public présentant un handicap où la chronicité viendrait signifier que cela dure depuis longtemps, il n'y a de permanent que le mouvement. Les actes posés sont ponctuels, c'est un moment qui rappelle que la maladie est là, insidieuse, destructive et qu'elle vient interroger l'institution sur comment accompagner ? Les professionnels sont déroutés, les moniteurs d'atelier de l'Esat interpellent régulièrement sur leurs fonctions techniques. Ils ont besoin d'un soutien permanent. Au quotidien sur quarante trois personnes handicapées, il y en a en moyenne cinq qui montrent des signes déstabilisants, le potentiel mobilisable du groupe est présent, malgré tout, ces personnes fragiles sont maintenues dans l'espace du travail.

L'instabilité, les ruptures, ce que j'appelle la gestion des écarts, doit être continuellement interrogée dans la continuité de prises en charge pour tenter de maintenir une organisation stable.

Cela renvoie à la question de la pérennité de l'équilibre de l'Esat face à la lourdeur de l'accompagnement et à l'instabilité du public accueilli.

Nous avons fait le lien entre dignité et travail dans cette première partie, nous trouverons dans la deuxième partie l'ambiguïté du droit des usagers qui impose des choix à faire dans l'accompagnement dans le respect de la dignité et de la vie privée. En cela la mission médico-sociale a tout son sens dans ce dispositif où s'associe le soin à l'insertion. C'est ce que je me propose de traiter dans la deuxième partie.

2 L'ESAT : UN DISPOSITIF ORGANISÉ DANS SA MISSION MÉDICO-SOCIALE AU REGARD DU HANDICAP PSYCHIQUE

Dans cette deuxième partie je me propose de clarifier comment les politiques sociales tentent de répondre aux problèmes particuliers des personnes handicapées psychiques, dans le cas particulier des Esat.

Comme nous l'avons vu précédemment, le handicap psychique interroge dans la souffrance exprimée, soit verbale, soit dans les actes posés et surtout dans ses caractéristiques instables. Ainsi, nous découvrirons que la mission médico-sociale à tout son sens dans l'établissement.

2.1 Politiques publiques et droits fondamentaux

2.1.1 Les droits internationaux de l'homme

Au niveau international, c'est en 1945 après la deuxième guerre mondiale que s'est créée l'organisation des nations unies (ONU) qui a permis en 1948 d'afficher la déclaration des droits de l'homme. Elle affirme la nécessité de protéger les libertés fondamentales par un régime de droit, ce qui est un idéal à atteindre pour tous les peuples et par toutes les nations.

Pour chaque État concerné, la portée sociale de cette déclaration nécessite une intervention volontariste des pouvoirs publics, cependant sa portée juridique est faible.

Toutefois, de manière à assurer plus efficacement le respect des libertés fondamentales sur le plan international, en 1966, deux pactes ont été adoptés. Le premier relatif aux droits civils et juridiques, le second aux droits économiques et sociaux. Ces deux textes sont entrés en vigueur en France en 1981 et confèrent une valeur juridique contraignante.

Ces deux pactes n'ont pas joué un rôle essentiel en droit français. C'est davantage la ratification en 1974 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales qui occupe une place centrale en France, en raison du système juridictionnel très efficace du texte mis en place. Il a en effet institué une cour européenne des droits de l'homme dont le siège est à Strasbourg, où chaque citoyen de l'Union Européenne peut faire valoir ses droits juridiquement, après avoir épuisé toutes les voies de recours internes à la législation nationale.

Au sein de ces politiques internationales, existe l'organisation internationale du travail (OIT) qui est l'agence tripartite de l'ONU, elle rassemble les gouvernements, les employeurs et les travailleurs de ses États membres dans une action commune pour promouvoir le travail décent à travers le monde.

L'OIT est la tribune internationale pour tout ce qui a trait au monde du travail. Un des principaux objectifs consiste à aider les gouvernements des pays membres à mettre en place les institutions propres à garantir le fonctionnement de la démocratie et à rendre compte de leurs actions aux citoyens. Elle élabore des normes internationales du travail sous la forme de conventions et de recommandations qui fixent les conditions minimales des droits fondamentaux au travail, notamment la liberté syndicale, le droit d'organisation et de négociation collective, l'abolition du travail forcé, et l'égalité des chances et de traitement. Les quatre objectifs stratégiques de l'OIT sont : promouvoir et mettre en œuvre les normes et les principes et droits fondamentaux au travail, accroître les possibilités pour les femmes et pour les hommes d'obtenir un emploi et un revenu décents, accroître l'étendue et l'efficacité de la protection sociale pour tous, renforcer le tripartisme et le dialogue social.

Face à la difficulté des travailleurs handicapés à accéder à l'emploi, l'OIT fait le constat que les personnes souffrant de troubles mentaux se trouvent confrontées à de plus grands obstacles que les autres personnes handicapées en ce qui concerne le maintien ou l'accès à l'emploi. L'OIT a entrepris des analyses dans plusieurs pays afin de déterminer l'étendue des problèmes de santé mentale et des mesures qui ont été adoptées pour faire face au problème sur le lieu de travail.

2.1.2 Les Politiques sociales européennes

L'Europe s'est tout d'abord construite à partir de 1951 sur le versant économique, puis au lendemain des différents problèmes économiques, il sera davantage tenu compte du développement du volet social avec la concrétisation en 1993 du marché intérieur. La politique de l'union européenne vise à promouvoir un modèle social moderne, innovateur et durable, créant des emplois plus nombreux et de meilleure qualité dans une société fondée sur l'intégration et sur l'égalité des chances. Ce sont des politiques dirigées vers l'emploi.

Le traité de Maastricht en 1992, introduit un protocole social qui sera renforcé dans le traité d'Amsterdam en 1997. Egalement, des dispositions destinées à combattre toute forme de discrimination et renforcement de tout ce qui touche à la lutte contre l'exclusion. Malgré tout, concernant les personnes handicapées, différents programmes se sont mis en place de 1988 à 1996. Il est communément admis que les personnes souffrant de handicap forment l'une des catégories les plus défavorisées de notre société. En 1996, deux textes évoquent l'égalité des chances pour les personnes handicapées, ces textes n'ont pas de valeur

contraignante, mais permettent une réelle prise de conscience vis-à-vis de la population souffrant d'un handicap. Une nouvelle approche se fait sentir : elle repose sur la notion de droit plutôt que de charité, d'adaptation à la différence plutôt que d'adaptation obligatoire à une norme artificielle, de citoyenneté et d'insertion.

L'union européenne valorise la cohésion sociale au sein du comité européen pour la cohésion sociale¹⁵ (CDCS). Celle-ci nomme la cohésion sociale comme une priorité pour le conseil de l'Europe qui est la capacité d'une société à assurer le bien être de tous ses membres, à minimiser les disparités et à éviter la polarisation. Une société cohésive est une communauté solidaire composée d'individus libres poursuivant des buts communs par des voies démocratiques.

Toutes les sociétés doivent vivre avec les tensions et les pressions provoquées par des divisions existantes ou potentielles. Il y a dans toute société des disparités ; la question est de savoir comment gérer cette diversité de façon à ce qu'elle devienne une source d'enrichissement mutuel plutôt qu'un facteur de division et de conflit. Une société cohésive est une société qui a mis au point des méthodes adaptées pour faire face à ces tensions en toute liberté et en toute démocratie. Cela implique de prendre des mesures pour réduire les inégalités et rétablir l'équité afin que ces divisions demeurent gérables et ne s'accroissent pas au point de menacer l'équilibre de la société.

Aucune société n'est totalement cohésive. La cohésion sociale est un idéal pour lequel il faut lutter, sachant que c'est un objectif qui ne peut être pleinement atteint. Elle doit être en permanence entretenue, améliorée et adaptée. Chaque génération doit à son tour trouver un équilibre gérable des forces. Celui-ci change constamment et doit s'adapter à l'évolution de l'environnement social et économique.

Une telle approche est conforme aux références¹⁶ faites aux personnes handicapées dans la charte des droits fondamentaux de l'UE, dont l'article 21 interdit toute discrimination fondée, entre autres, sur le handicap et l'article 26 reconnaît explicitement les droits des personnes handicapées et la nécessité d'assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté.

¹⁵ COMITÉ EUROPÉEN POUR LA COHÉSION SOCIALE. *Stratégie de cohésion sociale révisée*. 31 mars 2004. [En ligne]. Strasbourg. [Visité le 20 janvier 2007]. Disponible sur Internet : www.coe.int/T/F/cohesion_sociale/politiques_sociales/

¹⁶ COMITE ECONOMIQUE ET SOCIAL ; *l'intégration des personnes handicapées dans la société*. 17 juillet 2002. [En ligne]. Bruxelles. [Visité le 25 janvier 2007]. Disponible sur Internet : <http://europa.eu.int/inst.fr.htm#2>

Les politiques européennes s'orientent aujourd'hui vers la notion de droit en rapprochement du droit commun et ceci au détriment de la notion d'assistance.

En France, cette notion de droit apparaît très clairement dans la réforme de la loi de 1975, par la définition de droit des usagers dans la loi N° 2002-2 ainsi que dans le droit à compensation initié par la loi du 11 février 2005.

2.1.3 Les Politiques sociales en France

Les ASH ¹⁷ qui inventorient 50 ans de politiques sociales de 1955 à 2005, démontrent à quel point les textes législatifs se sont succédés, superposés, jusqu'à, parfois, constituer un « mille feuilles illisibles ». Cependant, la reconnaissance du handicap avec une réelle réponse aux besoins des personnes handicapées s'est structurée en France avec la loi N° 75-535 du 30 juin 1975, sur les institutions sociales et médico-sociales. Celle-ci a organisé tout un secteur, qui s'était développé depuis la deuxième guerre mondiale sous l'égide d'associations, pour prendre en charge les jeunes délinquants et les jeunes dépendant de l'aide sociale à l'enfance. Cette loi marque le passage d'une prise en charge antérieurement basée sur la notion d'assistance à une prise en charge reposant sur la notion de solidarité. A ce titre elle affirme que « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'insertion sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapé, deviennent une obligation nationale ».

Le mérite de la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales est d'avoir contribué au développement des structures, avec un accueil et une prise en charge réelle, là où très souvent les personnes étaient reléguées, d'une part dans des prisons ou des établissements très fermés, et d'autre part dans des hospices, des hôpitaux généraux ou plus souvent des hôpitaux psychiatriques.

Cette réussite de la loi du 30 juin 1975 et du secteur social et médico-social doit être soulignée, même si tout n'a pas été satisfaisant, avant de voir en quoi, à partir des années quatre vingt, des impulsions nouvelles et un contexte social devenu plus difficile, ont rendu nécessaires de nouvelles évolutions législatives.

Dans les années quatre-vingt et quatre-vingt dix, l'insertion et l'intégration ont été les moteurs de la rénovation des questions sociales et du secteur social et médico-social. L'insertion des jeunes ou des personnes en difficulté et, l'intégration des enfants ou des adultes handicapés, deviennent les orientations et les préoccupations majeures.

¹⁷ Actualités sociales hebdomadaires. 2 décembre 2005. N° 2432, p 23

L'insertion est apparue, dès la fin des années 70 et au début des années 80, comme une réponse à la crise sociale qui apparaissait, avec l'augmentation du chômage, et notamment du chômage des jeunes qui sortaient du système éducatif sans formation professionnelle. La question plus globale, que Robert Castel a analysée, est alors celle de la cohésion sociale¹⁸, qui apparaît comme une « nouvelle question sociale ».

L'accès à l'emploi pour les personnes handicapées est une préoccupation nationale. Celui-ci est balisé par la loi du 10 juillet 1987 qui impose une obligation d'emploi de travailleurs handicapés à hauteur de 6 % des effectifs dans toute entreprise à partir de vingt salariés. Néanmoins, nous pouvons constater que les injonctions du législateur sont davantage destinées aux personnes handicapées ayant un niveau d'employabilité en milieu ordinaire. Concernant les publics handicapés pris en charge par le milieu associatif, intégrer le milieu de travail ordinaire relève encore du défi et ceci malgré l'existence, ici ou là, de services spécialisés, d'aide à l'aménagement de poste ou d'aide financière. Comme nous l'avons vu précédemment et en ce qui concerne la santé mentale, les obstacles sont encore plus importants.

Pour répondre à l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler en milieu ordinaire, se sont développés des dispositifs, notamment les centres d'aide par le travail (CAT) aujourd'hui dénommés dans la loi N° 2005-102 du 11 février 2005 établissements et service d'aide par le travail (Esat) qui ont la particularité d'adapter le travail aux capacités des personnes accueillies.

Historiquement, les Esat ont été créés par le décret du 2 septembre 1954. C'est la loi du 30 juin 1975 qui les définit : « Les centres d'aide par le travail comportant ou non un foyer d'hébergement, offrent aux adolescents handicapés qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler à temps plein ou à temps partiel, ni travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée, ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ni exercer une activité professionnelle indépendante, offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel. Ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, et un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale. Ce sont des établissements médico-sociaux qui relèvent, pour l'essentiel, des dispositions figurant dans le code de l'action sociale et des familles ».

Je retiens que les Esat relèvent du milieu protégé, par opposition au milieu ordinaire de travail. Ils doivent mettre en œuvre des actions d'entretien des connaissances, de soin, de

¹⁸ Robert Castel, *les métamorphoses de la question sociale*. Mesnil-sur-l'Estrée : Ed Folio essais, 1999.

maintien des acquis scolaires et de formation professionnelle ainsi que des actions de maintien et de développement de la personne.

2.2 La mission médico-sociale de l'ESAT réaffirmée

La circulaire AS 60 de 1978 définit les missions des Esat. Il convient de définir les termes du social et du médico-social. D'après Philippe Camberlein¹⁹, le terme de *social* qualifie ce qui est de l'ordre de la société en tant que groupe de personnes mais également en tant que relations entre les individus qui la composent : interactions, conflits, coopération, segmentation, etc. Il montre également plus particulièrement la répartition des individus dans la société du point de vue de la division du travail et de ses effets. De ce fait, le concept de « social » dans le langage français contemporain désigne deux réalités distinctes (mais bien sûr articulées) : les relations collectives générales au sein de la société et celles qui concernent plus particulièrement le domaine du travail. En matière juridique, le droit social comporte, en conséquence, deux branches : d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux, ressources, protection, santé, logement, etc. et d'autre part, le travail dont des organismes de protection cogérés par les partenaires sociaux. Les deux ministères concernés — Affaires sociales et travail — supports de l'action publique dans ces domaines, ont une tradition de proximité et de complémentarité.

Si le terme de *social* appartient au vocabulaire courant, le terme de *médico-social* fait partie du jargon de ce secteur d'activité. Son usage correspond au besoin de disposer d'un concept charnière entre le social et le sanitaire. Le sanitaire désigne ce qui a trait directement à la santé. Or, nombre d'interventions revêtent un caractère éducatif ou social, ce à partir d'une problématique originelle de type médical.

Le champ du handicap ou de la toxicomanie, par exemple, illustre le propos : le problème initial ou au contraire final à prendre en compte est médical mais, effet induit ou réalité préalable, une dimension sociale ou éducative doit également être absolument prise en compte. Le terme de médico-social désigne alors les interactions qui se situent à la frontière des deux champs sanitaire et social ou éducatif sachant que pour partie les interventions sont mixtes.

Dans le cadre de la loi 2005-102 du 11 février 2005, la vocation médico-sociale des établissements de travail protégé est réaffirmée, de nouvelles dispositions réglementaires viennent compléter les droits des personnes accueillies. Du fait du statut juridique de l'Esat, le travailleur accueilli dispose d'un statut particulier. Les personnes ne sont pas reconnues

¹⁹ CAMBERLEIN P. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*. 2^e édition. Paris : Dunod. 2005. p 12

salariées au sens du code du travail. Elles bénéficient seulement de quelques dispositions concernant l'hygiène et la sécurité, ainsi que le suivi de la santé au travail. Elles ne sont pas soumises à l'assurance chômage. Avec la nouvelle législation, de nouveaux droits sont reconnus tels que les congés payés, le congé parental, une reconnaissance des acquis de l'expérience par la VAE, ainsi que le maintien de salaire en cas de maladie.

De par son caractère exclusif dans l'accueil de personnes handicapées psychiques, la structure se démarque de l'existant en Esat sur le département. Apporter une réponse aux besoins en insertion a toujours été une préoccupation associative où l'implication de l'utilisateur est pensée en partant de ses besoins. En l'occurrence avec ce public, associer le travail et le soin a tout son sens dans la mission médico-sociale de l'Esat. L'aspect médical de la prise en charge de la personne est indissociable de la dimension sociale où le projet initial de la personne est de retrouver la vie active par le biais du travail en milieu protégé tout en étant dans un processus de soin assuré par le pôle thérapeutique de l'Esat, par des psychiatres extérieurs : soit privés, soit hospitaliers.

Vie active ne veut pas forcément dire retourner dans le milieu ordinaire de travail, il est pourtant nécessaire de les penser ailleurs sans griller les étapes de la reconstruction identitaire « que la personne se remobilise dans un espace où elle n'est pas regardée uniquement en terme de symptôme ». C'est ce que signifient les Docteurs Eric Piel et Jean Luc Roelandt²⁰ en affirmant « que cela suppose que l'on cesse parfois de considérer qu'une personne présentant des troubles mentaux est totalement identifiée à ces troubles. Un psychotique, par exemple, est une personne présentant des troubles mentaux de la série psychotique, de même une personne « diabétique » ne peut se réduire à ses troubles insuliques ou Beethoven à sa surdité [...] La psychose est aussi une potentialité de l'être humain, un mode d'être au monde ».

Cependant, avec mon expérience dans le domaine de l'insertion par le milieu protégé, je m'interroge quant aux perspectives d'insertion en milieu ordinaire. Au contact de M. René Baptiste²¹ qui a œuvré dans la reconnaissance du handicap psychique au travers de son expérience, mais également de ses écrits, je me suis intéressée à cette expérience, qui valorise le passage de la personne handicapée psychique en milieu protégé, sur un temps limité à trois années en Esat. Cette organisation dont parle René Baptiste : Messidor possède une multitude de dispositifs où les personnes peuvent faire des allers et retours

²⁰ *De la psychiatrie vers la santé mentale*- Rapport de mission- Dr Eric Piel et Dr Jean Luc Roelandt – Juillet 2001, p109

²¹ René BAPTISTE, ancien directeur général de l'association Messidor, Lyon

sans se mettre en danger d'échec. Je pense que cette association est à regarder avec beaucoup d'intérêts, malgré tout avec précaution, dans la mesure où la notion de territoire est importante. Tant au niveau économique, qu'au niveau de la population, de la mobilité des personnes, de la pathologie des travailleurs handicapés, ainsi que des choix politiques, sont concernés, les élus, les pouvoirs publics, ou encore l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph).

Les grandes orientations des politiques destinées aux personnes handicapées, largement réformées par la loi du 11 février 2005, les principes généraux guidant la politique publique concernant les personnes handicapées sont les suivants : «Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale qui lui garanti, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté »

Ce plein exercice de la citoyenneté est entre autres pour ce public, l'accès au travail associé à de l'hébergement où la personne peut aller et venir librement, à condition de bénéficier d'un accompagnement social conjugué avec le soin. L'effet sera la réduction voire pour certains la suppression des temps d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique, voire plus du tout pour certains. En quelque sorte, l'institution s'inscrit pleinement dans un projet de société où l'individu est regardé comme sujet ayant différents lieux de vie, où peut s'associer l'épanouissement individuel ponctué parfois par des périodes de soin.

Si dans le passé la personne malade mentale vivait la majorité de son temps à l'hôpital, aujourd'hui, les orientations des politiques publiques favorisent le retour dans la vie active. Cependant, elles ne perdent pas leur statut de malade, la problématique de santé est bien présente, en tenir compte est une condition à leur insertion. C'est en cela qu'en tant que directrice de l'Esat, je participe au développement des politiques sociales en dirigeant un établissement qui favorise ainsi la lutte contre l'exclusion des publics marginalisés par leur problématique santé.

2.2.1 Le handicap psychique : un bouleversement imprévisible avec un manque de visibilité

Pour parler du handicap psychique, il est nécessaire de faire le parallèle entre le handicap mental et la maladie mentale. Pour cela je vous propose un schéma de compréhension qui sépare ce qui est congénital de ce qui est acquis en cours de vie et qui génère du handicap. Notons toutefois qu'aujourd'hui, les scientifiques sont divisés quant à l'absence de lésions cérébrales. Deux courants sont en opposition concernant les causes de la maladie mentale. L'un est fondé sur le discours de l'altération des rapports affectifs où la personne va se réfugier dans un système de pensée folle pour continuer à exister, à vivre.

L'autre où le système cérébral serait dès la naissance altéré avec des origines pouvant être génétiques ou environnementales. Les premiers signes de déficits apparaîtraient seulement après la maturation du cerveau. Il me semble que pour appréhender la maladie mentale, il est nécessaire d'être attentive à ces deux courants.

La différence entre handicap mental et maladie mentale n'est que rarement expliquée en termes simples. C'est pourquoi les représentations que nous nous en faisons sont confuses, souvent entretenues par la notion de déficit, qui globalement signifie qu'il y a des limites dans le mécanisme des apprentissages.

Le handicap mental est, dès la naissance ou très tôt dans l'enfance, affligé de déficits neurologiques, conséquences de lésions cérébrales contractées pendant la gestation ou lors de l'accouchement. Ces déficits qui peuvent comporter aussi des composantes sensorielles et motrices, interfèrent soit directement dans le développement psychomoteur, soit indirectement avec le développement en faisant obstacle aux mécanismes de l'apprentissage nécessaire au développement normal. Les mécanismes directs et indirects souvent coexistent et leurs effets s'additionnent.

Par conséquent, des déficits intellectuels et affectifs s'installent, qui sont discernables d'emblée ou très tôt et qui ne seront jamais entièrement récupérables. Lorsque le processus de développement précoce du cerveau est altéré, si minime soit-il, les conséquences en sont toujours défavorables et irréversibles : deux exemples bien connus sont l'autisme et la trisomie 21, mais il y en a beaucoup d'autres.

Le repérage précoce permet de mettre en place des méthodes spéciales d'éducation et d'enseignement et ainsi peut permettre, non une récupération complète des aptitudes, mais plutôt leur compensation, plus ou moins opérationnelle, par l'acquisition de mécanisme de substitution, ce qui permet de limiter les dégâts liés à un déficit d'apprentissage.

La maladie mentale est un sujet sensible qui appartient au champ de la santé mentale. Il comporte trois dimensions²² : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel ; la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ; et les troubles psychiatriques.

Lorsqu'il s'agit de handicap psychique et de maladies mentales, parce que leurs manifestations semblent n'apparaître que plus tardivement, elles donnent l'illusion d'être provoquées par des événements extérieurs à la personne. Les personnes touchées par la maladie s'imaginent qu'elles deviennent malades au moment où les signes et symptômes

²² Plan de santé mentale 2005/2008 Site Internet : www.unafam.org

anormaux deviennent manifestes. Peut-être est-ce une illusion dans la mesure où il y a eu des signes précurseurs, mais non repérés.

Plutôt que maladie mentale, les premiers signes s'identifient comme étant une souffrance psychique²³. Elle peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée, elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver son inclusion sociale. Pour percevoir cette souffrance, il faut être attentif aux situations à risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Mais également les conduites à risque : alcool, drogue, médicaments, tentative de suicide, troubles de l'alimentation, délinquance. C'est une multitude de petits signes qui se répètent dans les divers lieux de vie de l'adolescent qui devraient alerter les intervenants de terrain tout comme la famille. Comme je le précise dans la première partie de ce mémoire, ces troubles se sont installés dans la vie adulte de la personne handicapée.

Seulement la frontière du pathologique et de la normalité n'est pas évidente, la période de l'adolescence étant une période de passage du monde de l'enfance au monde de l'adulte où le bouleversement n'est pas sans conséquence. Cette période montre que des signes comme l'opposition, la révolte et certains passages à l'acte ne sont pas synonymes de pathologie. La répétition des actes, l'incohérence du comportement, les périodes de ruptures, le rapport à l'autre altéré, cet ensemble se finalise par de l'isolement social : exclusion, violence, bouleversement des rythmes biologiques, bizarreries, manifestation d'angoisses permanentes sans objet.... Mais il se sera passé des années avant que le diagnostic de maladie mentale s'impose. C'est en cela que l'on peut parler de manque de lisibilité, du fait de son imprévisibilité, par son caractère déroutant, sa variabilité et de la peur qu'il génère au sein de la société.

En général, ce diagnostic est posé lorsqu'il y a des déficits plus ou moins importants, tels que les anomalies de la pensée, une pensée morcelée, des phases délirantes, l'incompréhension du discours, une déformation du sens des mots. Des déficits des fonctions cognitives, de l'humeur et de l'affectivité, feront ensuite leur apparition. Ils constitueront, en eux-mêmes, des handicaps pour la personne, des obstacles pour penser, pour gérer la vie quotidienne et les relations non seulement avec les autres, mais avec soi-même.

²³ *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*, Haut Comité de la Santé Publique
ENSP 2000

Cependant, comme le souligne Michel Charzat²⁴, il est à préciser qu'il n'y a pas de frontière entre « handicap mental » et « handicap psychique » : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages. La déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elle entraîne. C'est un constat que nous pouvons faire à l'arrivée des personnes à l'Esat. Les capacités d'apprentissage sont ralenties. Les périodes d'hospitalisations ont parfois généré du désintérêt et les traitements sont source d'effets secondaires. Toutefois, avec le temps et du soin en parallèle au travail, les personnes parviennent à se sortir de cette léthargie et à retrouver peu à peu une place dans la cité avec un minimum d'autonomie et d'estime de soi.

Je retiens que tous ces signes conduisant vers le déficit, aujourd'hui sont reconnus comme handicapants. Ces personnes au profil perturbé, nous les retrouvons dans toutes les strates de la société. Cela va de l'aide sociale à l'enfance au milieu ordinaire de travail, en passant par le circuit de l'exclusion et surtout dans des allers et retours à l'hôpital psychiatrique. Ils ont la particularité d'user les intervenants sociaux qui ne savent que faire des manifestations de la maladie. L'appui tant souhaité du secteur sanitaire psychiatrique est éphémère, juste le temps d'apaiser les troubles et la personne se retrouve dans le circuit social face à des professionnels déstabilisés.

2.2.2 Concevoir et adapter le travail à l'Esat

Comme nous l'avons vu en première partie, l'Esat s'est donné comme objectif de permettre une insertion socioprofessionnelle à la personne handicapée, qui dans un premier temps donne à voir d'elle un univers de vie limité à la maladie et à ses symptômes. Elle est handicapée par les représentations sociales de la « folie » et en souffre. La souffrance fait partie de leur quotidien et les empêche de prendre une place dans un groupe où le premier handicap est l'altération du rapport à l'autre. Les troubles psychiatriques ont pour conséquences de graves difficultés dans la vie quotidienne et sociale : ils constituent un motif majeur d'inactivité professionnelle, un grand nombre de personnes présentant ces troubles ne peuvent vivre seules de façon autonome.

Pour autant, elles sont capables de montrer un potentiel extraordinaire qui est de relever le défi de s'inscrire dans une vie sociale en parallèle du monde du travail ordinaire.

²⁴ CHARZAT.M, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, rapport remis à Ségolène Royale, mars 2002, p 138

Si l'on se réfère au Docteur Robert²⁵, l'idée du travail pour les personnes psychotiques divise la communauté psychiatrique, en précisant que certains médecins pensent que les malades mentaux ne sont pas faits pour travailler, que cela leur est impossible, que c'est une dimension trop exigeante. Il affirme qu'en adaptant l'accompagnement, cela est réalisable à condition que le soin, le travail, et la vie sociale soient traités dans la globalité.

De ma place de directrice, et partageant cette opinion, il m'appartient de mettre en œuvre le système qui permet d'associer le soin à l'insertion. Le dispositif de l'Unité de soutien a relevé le défi de développer une organisation adaptée à la problématique de la psychose, basée sur la connaissance du trouble psychiatrique et de construire avec comme support l'observation du comportement, la manifestation des troubles : les symptômes, les carences repérées. En résumé : partir des besoins, accueillir la souffrance de la personne et adopter un positionnement professionnel où la relation d'aide se construira avec l'usager dans l'apprentissage d'une meilleure connaissance de lui-même, de sa maladie, de ce qu'elle provoque et comment il peut s'inscrire dans le système du milieu protégé.

Le mode de fonctionnement au quotidien de l'Unité de Soutien et d'Adaptation Socioprofessionnelle repose sur des réflexions et des recherches permanentes.

Suite au constat de dysfonctionnements de démarrage de la structure et en réponse aux besoins des usagers, j'ai mis en place un projet pédagogique commun concernant le travail, l'hébergement et le soin. Le fonctionnement des structures s'effectue conjointement avec des liens permanents sur de nombreux points.

Cette dynamique évolutive concerne la personne, mais acquiert une valeur beaucoup plus fondamentale au niveau institutionnel, il importe de penser la personne dans un ailleurs autre que la maladie, avec un potentiel effectif mais difficile à mobiliser.

En effet, sans cette perspective évolutive, le dispositif d'insertion, notamment le foyer d'hébergement, risque d'être bloqué par des personnes qui stagnent indéfiniment.

La mission de l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle s'organise dans trois directions :

- **Accompagner l'usager dans un projet individualisé de soins**, soutenant ainsi un réaménagement psychique permettant un mieux-être dans un groupe social.

²⁵ Discours du docteur ROBERT médecin psychiatre au Centre Hospitalier Spécialisé du Jura, également psychiatre à l'Unité de soutien et d'Adaptation Socioprofessionnelle, colloque « *psychose et travail* », 9 juin 2006 à Dole

- **Proposer une forme d'Insertion Professionnelle** à des personnes « momentanément ou durablement » dans l'impossibilité de travailler en milieu ordinaire.
- **Soutenir des personnes handicapées dans un projet d'insertion personnalisé** et une recherche d'autonomie sociale.

Le travail à l'Esat et l'accompagnement social qui y est proposé, offrent une alternative à l'hospitalisation et permet d'évoluer vers une normalité sociale. La condition à ce travail d'intégration socioprofessionnel, est que la personne soit suffisamment stabilisée dans sa maladie pour pouvoir reprendre un rythme de travail plus ou moins régulier et vivre non seulement au contact d'autres ouvriers mais également qu'elles puissent s'inscrire dans la vie de la cité.

Les tâches accomplies au sein des ateliers permettent de mettre à jour ou de consolider le savoir-faire et le savoir être de chaque usager.

Les activités sont organisées sous la forme d'ateliers où les postes sont occupés en fonction de la capacité et de la compétence de l'opérateur. L'instabilité qui est la première caractéristique de la personne malade mentale conduit au constat que ce qui est vrai aujourd'hui ne le sera pas forcément demain. Seulement les activités professionnelles sont programmées en fonction de l'engagement avec le client, le cahier des charges doit être respecté. Les moniteurs d'atelier ont la charge, en fonction du carnet de commande et de la disponibilité de la personne, d'organiser les étapes de production. Deux réalités sont en jeu : l'une est celle de respecter le cahier des charges, nous sommes ici sur l'équilibre économique, l'autre est celle de la mission médico-sociale qui est de fournir une prestation en lien avec les besoins de la personne en tenant compte du handicap psychique et de la capacité de la personne.

Pour cela, la mission de l'établissement consiste à définir, maintenir un cadre professionnel et assurer un rôle d'éducation professionnelle avec la constante qui est la variabilité des troubles psychiques des usagers.

Le cadre professionnel correspond à un système d'organisation le plus rapproché du travail en milieu ordinaire, avec ses méthodologies, ses contraintes et sa hiérarchie.

La formation tient une part importante dans les actions menées :

- En interne : assurée par les moniteurs : gestion d'un processus de fabrication nécessitant plusieurs tâches, polyvalence des compétences.
- En interne avec des organismes de formation extérieurs permettant par exemple l'apprentissage de la conduite du chariot élévateur reconnu par le certificat d'aptitude à la conduite en sécurité (Caces).

- Formations collectives sur la sécurité : incendie, manipulation des extincteurs, formation aux premiers secours, gestes et postures.
- Formation avec un ergonome : analyse des conditions de travail, adaptation du poste de travail, sensibilisation à la sécurité...

Depuis un an, nous nous sommes engagés dans la mise en oeuvre de la reconnaissance des savoirs-faire des travailleurs handicapés, un premier candidat vient d'acquérir, en partie, un portefeuille de compétences. L'intérêt de la démarche, est pour la personne d'être reconnue dans sa capacité à produire un travail issu de ses compétences. C'est une reconnaissance suivant un modèle adapté qui va permettre à la personne d'évoluer étape par étape, sans subir la pression de la lourdeur de l'apprentissage et de l'examen, où généralement l'aspect théorique démobilise la personne en la mettant en échec. Il s'agit ici de reconnaître des compétences transférables et non une qualification.

Sous la responsabilité d'un référent, toute action mise en place avec l'utilisateur est suivie d'une évaluation suivant un calendrier respecté dans sa planification qui programme le suivi individualisé : une évaluation²⁶ associée à une auto évaluation s'établit pour la synthèse qui a lieu tous les deux ans. Faire cette analyse de la situation d'une personne n'a pas de sens si elle doit être reprise à ce rythme. Nous avons donc mis en place un suivi de projet qui, lui, est remis en débat tous les six mois en équipe pluridisciplinaire afin de le réajuster. Chaque moniteur est référent de huit personnes, il est garant du suivi individualisé, du projet de prise en charge. Ceci comprend :

- La rédaction des synthèses et la participation à la réunion.
- Le soutien relationnel.
- Le travail en lien permanent avec le référent du foyer et la cellule d'insertion. A ce titre, il favorise et active un travail d'équipe en articulant son intervention avec celle de ses collègues de façon complémentaire et ne doit pas centraliser ou détenir une exclusivité.
- Le suivi du projet professionnel²⁷ défini dans le contrat d'aide et de soutien.

A la demande des moniteurs comme à celle des ouvriers, des entretiens professionnels individuels ont lieu régulièrement.

En ce qui concerne les activités de soutien et au regard du public accueilli, nous avons fait le choix de doter les travailleurs handicapés de cinq journées bonus sur l'année afin qu'ils s'organisent en fonction de besoins personnels. Ceci dans l'objectif préventif de

²⁶ Voir annexe 1

²⁷ Voir annexe 2

réduire l'absentéisme qui était lié à des prises de journées où la personne ayant besoin de temps ne venait pas travailler sans justifier son absence.

Egalement sont organisées deux journées pédagogiques dans l'année destinées à l'ensemble des usagers : initiation à la conduite de véhicules deux roues, découverte de musées, de sites touristiques mais aussi découverte de « bonnes tables ».

Individuellement et en réponse à un besoin particulier, ce peut être l'apprentissage du code de la route où il y a l'intervention d'une traductrice pour une jeune femme sourde et muette ou encourager une prise en charge soignante à l'extérieur, c'est le cas de personnes qui sont dans des conduites addictives : drogue, alcool.

L'accès à la culture y tient également une part importante, relayé par le pôle hébergement qui porte l'action sous couvert d'activités artistiques. Ces actions sont toujours interactives avec l'Esat dans la mesure où elles apportent un soutien logistique avec du temps dégagé sur le temps de travail.

Conformément aux outils garantissant les droits des usagers, existe depuis la création de l'Esat, une instance appelée « comité des ouvriers ». Il a une fonction de comité d'établissement avec un budget qui lui est propre, alimenté par l'activité commerciale de l'Esat. Ces représentants, au nombre de neuf, sont à la fois des représentants du collectif de travailleurs, mais aussi porteurs de projets socio culturels, de questionnements ou d'interrogations. Ces derniers ont désigné quatre représentants au conseil à la vie sociale, auxquels s'ajoutent, un membre du conseil d'administration, un représentant du personnel et moi-même en tant que directrice avec voix consultative. La présidence de cette instance est assurée par un usager élu par le conseil. Nous nous retrouvons une fois par trimestre et faisons le point sur la vie de l'établissement, ses projets, c'est aussi l'occasion de faire intervenir des personnes externes à l'institution pour éventuellement organiser une intervention collective sur la prévention de la consommation d'alcool. Les usagers interrogent régulièrement sur la place des personnes handicapées dans la société, sur le développement économique, ainsi que sur du fonctionnement matériel.

Afin que ce droit à l'expression soit accessible à l'ensemble des usagers, il est mis en œuvre une fois par mois et par atelier, une réunion qui vient questionner les conditions de travail, les relations entre ouvriers et les améliorations qui peuvent être réfléchies ensemble. Ces temps d'échanges sont animés par la psychologue, le moniteur responsable de l'activité et le chef d'atelier qui me rend compte de ce qui émerge de ces réunions. Sur le pôle hébergement, nous retrouvons les mêmes instances, cette fois-ci animées par le médecin psychiatre, le chef de service et les éducateurs, pendant une heure, deux fois par mois.

De même qu'à l'Esat, la personne dans son accompagnement social, bénéficie d'un projet individualisé, évalué sous la forme de compétences sociales²⁸ à acquérir. Comme support de cette évaluation, a été pensé, un outil sous la forme d'une grille qui permet de suivre dans le temps l'évolution du parcours avec ses périodes d'instabilités.

2.2.3 Un accompagnement dans la globalité des besoins

Au-delà du simple accompagnement social des personnes, l'Institution a pour ambition de proposer une prise en charge « étayante », venant pallier aux carences ou à la déconstruction psychique associée à la maladie mentale. Dans son ouvrage, Marcel Sassolas²⁹ défend l'hypothèse que « l'ensemble structuré constitué par le patient et par les professionnels soignants ou sociaux auxquels il s'adresse est production de liens et de repères que le patient va pouvoir utiliser dans une perspective thérapeutique ». Aussi, en mettant en place des dispositifs stables mais non rigides, l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle tend à conduire une action de soin. La fonction « étayante » se traduit par un équipement professionnel où la place du médecin psychiatre et de la psychologue a tout son sens dans l'organisation. Un cadre de référence est posé, il est demandé à la personne d'être dans le respect de ces règles. Puisque le soin s'associe au travail, les contacts avec le pôle thérapeutique se font sur le temps de travail en lien avec l'implication de la personne dans ce qui fait difficulté.

Accompagner la personne handicapée psychique dans un projet d'insertion sociale, n'est pas sans évoquer la complexité. Comme l'analyse Edgar Morin³⁰ : « au premier abord, la complexité est un tissu (*complexus* : ce qui est tissé ensemble) de constituants hétérogènes inséparablement associés : elle pose le paradoxe de l'un et du multiple. Au second abord, la complexité est effectivement le tissu d'évènements, actions, interactions, rétroactions, déterminations, aléas, qui constituent notre monde phénoménal. Mais alors la complexité se présente avec les traits inquiétants du fouillis, de l'inextricable, du désordre, de l'ambiguïté, de l'incertitude...D'où la nécessité, pour la connaissance, de mettre de l'ordre dans les phénomènes en refoulant le désordre, et écarter l'incertain ». Edgar Morin s'attache à identifier que la science a tenté de justifier que tout phénomène a une explication rationnelle, et que ce système de pensée nécessaire à l'intelligibilité risque de rendre aveugle si elle élimine les autres caractères du complexus.

²⁸ Annexe 4

²⁹ SASSOLAS Marcel, *Le groupe soignant – Des liens et des repères*. Editions Eres, 1999. p. 10.

³⁰ MORIN Edgar, *Introduction à la pensée complexe*. Edition ESF, 2000. p. 21.

Concernant le problème de la folie, c'est dans cet esprit qu'il a été traité, la société a besoin d'ordre et ainsi de catégoriser ce qui fait problème. Dès le XVIII^e siècle, on a enfermé la folie pour mettre de l'ordre dans le désordre ! Aujourd'hui, la société avec son évolution et au travers de ses lois, admet que l'individu a des droits et malgré le handicap, on doit lui reconnaître de la dignité et inciter le système à produire de la reconnaissance, notamment dans la participation à la vie sociale avec le plein exercice de sa citoyenneté.

Comment accompagner lorsque la problématique de santé mentale montre un ensemble de paramètres contradictoires et indissolublement associés ?

C'est bien dans cette idée de tisser ensemble que j'envisage l'organisation. Dans accompagner, il y a l'idée de marcher ensemble, d'être en parallèle, de se joindre à la personne dans l'élaboration de la pensée. Comment ensemble lier le besoin aux types de prestations, tout en étant dans le respect mutuel ? Etre accompagné pour l'utilisateur, c'est aussi rentrer dans un processus d'apprentissage : apprendre à se connaître, identifier ce qui est de l'ordre de la vie, ce qui est de l'ordre de la maladie. Comment dans ce processus la personne peut-elle s'inscrire en liant ce qu'elle attend de nous, ce que nous attendons d'elle ? Il y a des moments où cela est possible, et à d'autres, pas du tout ! Comment être dans l'accompagnement pour les professionnels lorsque la psychose est synonyme d'incohérence ? Comme l'affirme M. Auger³¹ : « le psychotique ne supporte pas la bonne santé psychique de l'autre » et n'aura de cesse de déstabiliser la cohésion du groupe. Dans accompagner, il y a une prise de risque, celle de la rupture, celle de l'impossible relation, mais aussi celle d'accueillir la violence et l'échec. Cela suppose que notre regard soit porté vers autrui dans le respect de la personne considérée digne d'intérêt et que la relation va opérer une transformation des comportements.

Forte de cette pensée, avec mes collaborateurs c'est en quelque sorte le défi que nous nous sommes fixés en associant le soin au travail et en impliquant les professionnels, eux aussi dans un processus d'apprentissage, qu'est la connaissance de la maladie et de toutes ses conséquences et au-delà construire des savoirs faire et des savoirs être dans la relation d'aide.

La complexité de l'accompagnement se révèle dans la manière de travailler ensemble, d'être cohérent dans le respect des directions à suivre, et d'avoir toujours à l'esprit que la coordination, la cohésion est primordiale dans l'accompagnement. Tout en sachant que la psychose attaque le cadre, répète des tentatives de « déliaison » et au final entraîne le dispositif où les choses vont se cliver, faisant apparaître du désordre, de

³¹ Médecin psychiatre, psychanalyste, anime le groupe d'implication cadre de l'association.

l'insécurité, de l'absentéisme au travail pour les travailleurs handicapés, avec également des relations perturbées entre usagers, professionnels, mais aussi avec l'environnement.

L'histoire de l'Esat nous montre que lorsque les services étaient clivés dans leur fonctionnement, le désordre était à gérer au quotidien.

En 1991, lors des grands changements, ont été repensés les liens à faire entre hébergement et Esat. Ceci dans l'objectif de créer de l'harmonie dans l'accompagnement de la personne, mais également avec la richesse des compétences de chacun. Quelle fonction, quel rôle, quelle reconnaissance de la place de chacun à mettre en œuvre dans les pratiques professionnelles ?

C'est ainsi que se sont développées, en collaboration directe avec l'Esat, des pratiques où l'usager dans le respect de chacun des lieux de vie, est pensé en fonction de ses besoins. Le foyer d'hébergement et le service d'accompagnement à la vie sociale offrent une prise en charge adaptée à l'accompagnement des personnes malades psychiques. Globalement, les missions de la structure sont d'assurer l'accueil, le soutien, le conseil, la protection et le soin des personnes accueillies.

En plus de l'aspect matériel : hébergement et restauration, l'accueil est assuré par une présence du personnel quasi permanente, exceptés les samedis et dimanches matin. Ce fonctionnement existait à une époque où il y avait carence de personnel. Depuis, avec la création de postes de surveillant de nuit, des temps ont été libérés pour le secteur éducatif. Seulement nous n'avons pas souhaité la présence d'éducateur, favorisant ainsi des temps où les résidants sont confrontés à la gestion de leur temps sans professionnel. Ce sont de vrais temps où les usagers sont en face de la gestion de leurs temps libres. Ils ont à leur disposition les numéros de téléphone des cadres en cas d'urgence. Il est exceptionnel qu'ils s'en servent mais cela arrive notamment lorsqu'il y a une surcharge d'angoisse.

L'accueil consiste à ce que les professionnels se rendent disponibles et qu'ils soient attentifs à la demande de la personne. Cette demande est d'ailleurs rarement explicite ! Le soutien et le conseil peuvent prendre différentes formes : soutien psychologique, lors d'entretiens réguliers, aide dans les actes de la vie quotidienne pour les courses, le maintien correct du cadre de vie, la tenue d'un budget.... Mais aussi lors d'accompagnements dans les démarches administratives ou tout simplement apporter une écoute.

La mission de protection est à mettre en lien avec ce que l'équipe perçoit des capacités de discernement de la personne malade. Jusqu'où peut-elle aller sans se mettre en danger ou en grande difficulté ? Pour exemple, les professionnels seront vigilants à ce que chacun adopte un rythme de vie raisonnable. Certains projets, motivés par la personne malade, pourront être refusés par l'institution comme par exemple partir en vacances avec telle ou telle personne, suivre telle activité culturelle ou sportive. La protection de la personne

peut éventuellement passer par des mesures coercitives : (donner aux éducateurs les clés de son véhicule, injonctions de soins...).

Pour illustrer cet aspect de l'accompagnement individualisé, je citerai la situation de M.D. qui a intégré l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle en 2004. M.D à 47 ans, après avoir travaillé 15 ans dans une petite entreprise familiale de tournage sur bois, a été licencié suite au changement de propriétaire.

Il a été orienté en ESAT, après la période d'essai de six mois, il a souhaité continuer son parcours professionnel en milieu protégé. C'est à partir de ce moment qu'il a montré une incapacité à contrôler des pulsions qui le conduisaient à fuir son lieu de vie, et ceci avec sa voiture. Il disparaissait pendant huit jours sans donner de nouvelle. Notre contact avec ses parents nous a permis d'apprendre qu'il se comportait ainsi depuis des années et que généralement, il se posait sur un parking et vivait dans sa voiture pendant tout ce temps. La famille usée d'intervenir, a refusé de coopérer.

Cet état de fait s'est reproduit à plusieurs reprises, la situation représentait une mise en danger permanente, et nous avons commencé à douter de la capacité de cette personne à se maintenir au travail. Lorsqu'il revenait, il présentait mille excuses et promettait de ne pas recommencer, le travail disait-il est important !

D'après ce qu'il en disait, il ne pouvait pas, quand il touchait ses clés, s'empêcher de partir. Nous lui avons donc proposé qu'il nous remette ses clés en arrivant le dimanche soir et qu'il les récupère le vendredi, au moment de partir en week-end. Ceci fonctionne depuis dix huit mois, depuis M.D n'a jamais reproduit ce comportement. A plusieurs reprises, il m'a sollicitée pour récupérer ses clés définitivement, en général sur des périodes où il nous montre de la fragilité, à ma réponse négative, il me remercie et me souhaite un bon week-end. L'hypothèse que la mesure est « contenante », semble apporter un élément de réponse à cette situation. Il vient vérifier qu'il est en sécurité et repart satisfait de la réponse.

Dans cette situation, il n'était pas simplement question pour cette personne d'échapper au travail, mais s'y rendre lui était difficile, dans l'idée de pouvoir aller au travail en référence à ce que j'ai développé dans la partie 1.3.1 ; la proposition d'être garant de sa santé sous la forme de la récupération des clés de son véhicule est venue le protéger d'un acte compulsif qui le mettait en danger.

La notion de soin des personnes implique une prise en charge globale et individualisée. Elle doit tenir compte de l'histoire du sujet, de son parcours et de sa situation, du moment présent. Nous sommes toujours dans la gestion des écarts où la problématique de la rupture est quasi permanente. Le projet de soin est assuré par une prise en charge et un travail d'équipe pluridisciplinaire qui chacun à sa place accueille la singularité, la particularité, la déraison.

Cela renvoie toujours à la question des droits, du libre choix de la prestation, du respect de la liberté.

2.3 Le Droit et la participation des usagers, la personnalisation des prestations

Le législateur, en affirmant les droits des usagers dans la loi 2002-2, a souhaité qu'un cadre réglementaire soit bien identifié dans la place de l'utilisateur au sein des établissements ou services. L'établissement propose une prestation avec une organisation qui lui est propre, le directeur est garant de la mise en œuvre des outils afin que ces droits soient effectifs. Cependant, associer cette mise en œuvre réglementaire, interpelle quant à la problématique des usagers, en l'occurrence le handicap psychique. Ce cadre réglementaire contraignant mais nécessaire dans son application a le mérite de réinterroger les missions du secteur social et médico-social et au-delà, ses pratiques professionnelles.

2.3.1 Le fondement des politiques : l'affirmation des droits fondamentaux

Pour traiter des droits fondamentaux des usagers, je rappelle que la mission d'accompagnement que nous avons avec les usagers de l'Unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle se pratique sous la forme d'un accompagnement dans la globalité des besoins. Cela associe le travail, l'hébergement et l'accompagnement social. Le manque de mobilisation de la personne est souvent la conséquence d'une qualité de vie qu'il maltraite. Une attention particulière est donnée quant aux respects des différents droits des usagers.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale vise à rendre l'utilisateur acteur de son projet de vie en favorisant le respect de ses droits.

J'aborderai plus précisément la question des droits des usagers figurant dans la section 2 de la loi. En effet, il est indiqué à l'article 7 que « l'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux ». Pourquoi ce texte les consacre-t-il expressément, alors qu'il s'agit de droits fondamentaux reconnus à chacun depuis longtemps et donc déjà applicables au sein de nos institutions ? On peut supposer que si le législateur a cru bon de rappeler que chaque usager d'un établissement bénéficiait de droits identiques à ceux de chaque citoyen, c'est que cela n'est pas aussi évident qu'il y paraît.

Pour certains de ces droits³², il s'agit de droits communs à tous les citoyens. Ils font référence à une notion juridique appelée traditionnellement « les droits de la personnalité »

³² VIARD.A. Juriste, chargée de mission au CREAL Rhône-Alpes. Octobre 2002

consacrés par le code civil. Cette notion vise par exemple, le droit de chacun sur son image. Il faut que la personne donne son autorisation lorsque sa photo est publiée, en cas de violation de ce droit cela peut supposer une action en réparation intentée par la personne concernée. Désormais, l'usager devient titulaire de droits qu'il pourra si nécessaire revendiquer auprès de l'établissement ou des juridictions compétentes.

D'autres en revanche sont plus spécifiques aux usagers accueillis en établissement, ils tendent vers une participation active de l'usager à l'élaboration de son projet d'accueil. Plus spécifiques et en lien avec la prise en charge, il m'appartient de les mettre en œuvre tel que le droit au libre choix de la prestation, à la confidentialité, droits d'accès aux informations relatives à la prise en charge, droit à l'information sur les droits fondamentaux, droit de participer à l'élaboration du projet d'accueil.

Dans les droits préexistants à la loi du 2 janvier 2002, c'est par exemple le droit au respect de la vie privée et de l'intimité qui passe par le respect de leur image, par le personnel. Cela peut se concrétiser par la propreté, l'habillement, le vouvoiement, par la façon de leur parler. Evidemment, la représentation des usagers par le personnel est l'un des aspects importants de ces droits. Mais pour qu'une personne handicapée prenne conscience qu'elle a droit d'être respectée, cela suppose qu'elle apprenne à se respecter. Cela passe par la reconstruction de l'image qui chez la personne handicapée psychique est fortement carencée. Cela rejoint le droit à la dignité et de son intégrité physique qui avec certains actes posés par ce public ayant des troubles psychiques nécessitent des interventions liées aux droits et à la sécurité. C'est par exemple : avec l'accord de l'usager et consigné dans le règlement de fonctionnement, une visite des chambres où des appartements afin que la personne vive dans de dignes conditions. Ces pratiques, lorsqu'elles sont nécessaires, apparaissent dans le projet de prise en charge individualisée afin que la personne puisse investir l'accompagnement dont elle a droit. Pour illustrer ce positionnement si on n'y prend pas garde, M.J peut en quelques jours remplir sa chambre de débris et d'objets hétéroclites pour nous signifier qu'elle se considère comme un déchet et que cela est sa seule façon d'exister.

Les professionnels sont souvent confrontés aux limites de ces droits, liés à la pathologie qui parfois sous respect de la vie privée et de l'intimité peut rapidement dégénérer en problème de sécurité ou au non-respect de la dignité. Ce sont des dérives que l'on peut craindre si le cadre n'est pas exposé clairement.

Cette nouvelle place centrale de l'usager marque le passage d'une logique assistancielle à une logique de contractualisation du service rendu en fonction de ses besoins et attentes. Ce nouveau statut juridique de l'usager provoque des effets sur les pratiques quotidiennes de nos établissements sociaux et médico-sociaux.

Il m'appartient en informant les usagers de leurs droits, de préciser les missions de l'établissement et de refuser sous couvert de la pathologie qu'ils soient dans des situations de maltraitance qu'ils s'auto infligent. De préciser également aux professionnels le cadre dans lequel ils peuvent opérer sans être dans des sentiments de non-respect des droits des usagers et ceci dans l'esprit de faire évoluer la situation de la personne.

Ce cadre se matérialise sous la forme du règlement de fonctionnement auquel ils peuvent se référer pour légitimer leur action et ainsi venir rappeler à l'utilisateur ses droits, mais aussi ses devoirs, concernant le respect de sa dignité, de son intégrité et de sa vie privée.

Nous retrouvons les mêmes ambiguïtés dans le libre choix de la prestation, citée dans l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne accueillie. C'est ce que je me propose de traiter dans le chapitre suivant.

2.3.2 Une logique de prestation : La personnalisation des prestations

Le terme de prestation est particulièrement présent dans la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Dans l'article L.311-3 du CASF listant les droits des usagers, il est question de « libre choix entre les prestations adaptées qui sont offertes à l'utilisateur ». On retrouve ce terme de prestation dans le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge qui doit détailler « la liste et la nature des prestations offertes ». De plus les établissements doivent définir des objectifs en matière de qualité des prestations qu'ils délivrent. Tous les outils garantissant les droits des usagers font référence aux prestations. Si auparavant, la personne intégrait un système où elle devait s'adapter, aujourd'hui, les structures doivent être en capacité de fournir un service où la personne peut légitimement exercer ses droits. Cela nécessite une réflexion sur les missions de l'Esat. Tel que le définit le Larousse, les origines de prestation viennent du latin « praestare³³ », il se traduit par fourniture ; service fourni. Faut-il voir dans l'usage de ce terme un choix terminologique sans véritable conséquence ou s'agit-il de l'apparition, ou de la reconnaissance, d'une nouvelle logique touchant, à terme, profondément l'organisation du secteur social et médico-social ? Le législateur, semble-t-il, a souhaité placer l'utilisateur au centre du dispositif en mettant à sa disposition un ensemble de services où selon ses droits,

³³ Définition Larousse, p 797, 1991

il pourrait disposer d'un libre choix de la prestation. Tel que l'aborde Jean René Loubat³⁴ : « Ce nouveau cadre de droit commun a pour conséquence de modifier le statut des personnes concernées, en partant des relations qu'elles peuvent entretenir avec les dispositifs existants et leurs professionnels : les bénéficiaires des services sociaux et médico-sociaux ne sont plus, en premier lieu, des patients, des handicapés, des inadaptés, des flux de population déplacés et ventilés, mais des interlocuteurs à part entière, acteurs de leur destinée ». En quelque sorte redonner de la dignité, favoriser la participation et impliquer l'utilisateur dans son choix de vie.

Cela renvoie à la nouvelle notion définie dans le parcours des usagers, précisée dans le projet de vie que la MDPH initie, à la demande de la personne dans la reconnaissance du handicap. Ce peut-être l'opportunité de redéfinir ce qu'est une prestation en y associant le parcours de la personne qui en l'occurrence, avec le handicap psychique, n'est pas linéaire. Dans le cas de ce public particulier, des allers et retours doivent pouvoir exister entre les dispositifs institutionnels et une vie en appartement, tout comme des périodes de travail en Esat avec des temps d'hospitalisation. Nous avons expérimenté en collaboration avec l'hôpital psychiatrique l'intégration d'un jeune homme, très déstructuré psychiquement qui ne pouvait intégrer le foyer d'hébergement du fait de la gravité des troubles. Cela s'est organisé sous la forme d'un travail à temps partiel, associé au soin pris en charge par l'hôpital. Cette situation particulière a permis à ce jeune homme de se construire dans un univers qui lui semblait hostile, avec des allers et retours où il y avait de l'autonomie, mais pas complètement, où il y avait du soin, mais pas uniquement, où il y avait du travail, mais sans engagement total.

Dans cette expérience, s'impose pour la personne et pour la structure un entre deux qui signifie l'adaptation du dispositif aux besoins de la personne. Et, là, il ne s'agit pas de raisonner en termes de prestations, mais de relations humaines s'inscrivant dans une démarche de coopération entre professionnels et usagers préoccupés par un parcours singulier non identifié dans la prestation parce qu'individualisé.

2.3.3 Pratiques professionnelles et droits des usagers

La loi 2002-2, sous le couvert du respect des droits des usagers, impulse une obligation de mettre en place des protocoles qui viendraient rationaliser et justifier nos missions, nos actions. L'idée du législateur est de lutter contre la maltraitance et de redonner

³⁴ LOUBAT. J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris. ED. DUNOD. 2002. p 3

de la dignité aux usagers. Le législateur garanti les droits des usagers au travers d'un certain nombre d'outils, et ainsi améliorer les pratiques professionnelles. Etre dans l'application rigoureuse, si on n'en prend pas garde, peut venir figer les pratiques professionnelles. Dans un premier temps, il est question d'améliorer les pratiques et puis dans un second temps, il y a quelque chose qui se passe dans la dynamique des équipes et des institutions qui fait que c'est comme s'il suffisait maintenant pour être tranquille ou pour être un bon professionnel, d'être conforme aux protocoles et là je trouve que c'est un problème très important parce que cela veut dire que les outils ne sont jamais que des outils. De ce fait, il nous incombe au nom de la dignité humaine de rester dans une attitude de vigilance, de position critique, d'observation, d'interrogations quand les choses semblent rouler d'elles-mêmes et que plus personne ne se pose de question. L'intérêt est de pouvoir rester ouvert au fait que le protocole ne peut pas avoir pensé à tout, ce n'est pas possible, et que si la réalité fait advenir une situation nouvelle, il nous faut modifier le protocole, non pas dans ses fondements, mais dans la manière de le pratiquer pour faire face à cette nouveauté.

Ce cadre législatif impose toute une série de protocoles qui vient signifier la reconnaissance des droits des usagers et en cela, l'objectif est entre autres de lutter contre la maltraitance. Tout en étant dans le respect du cadre législatif, je reste prudente quant à une application, qui au final peut figer et venir ainsi empêcher toute créativité de la part des professionnels et dans certaines situations insécuriser les usagers tout comme l'institution. Pour exemple, il y a des actes de violence qui ne peuvent pas rester sans conséquence. Si je me réfère à la nouvelle législation de l'Esat et selon l'article 10 du décret n° 2006-752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail, les directeurs d'Esat n'ont pas de marge de manœuvre concernant le droit disciplinaire. Je cite l'article : « Dès lors que le comportement de la personne met gravement en danger sa santé ou sa sécurité, la santé ou la sécurité des autres travailleurs handicapés de l'établissement ou du service d'aide par le travail, ou porte gravement atteinte aux biens, le directeur du service peut prendre une mesure conservatoire, valable pour une durée maximale d'un mois [...], après information immédiate de la MDPH, la CDAPH est seule habilitée à décider du maintien ou non de la personne au sein de l'établissement à l'issue de la période de suspension [...]. Cette mesure conservatoire est sans conséquence sur le maintien, pendant cette période, de la personne en foyer d'hébergement ». Nous avons dû gérer une situation particulière où un acte de violence grave d'un usager commis envers un autre usager a nécessité, avec son accord, une hospitalisation. Or après 48 heures d'hospitalisation, il était sortant. Cette personne était hébergée au foyer d'hébergement, la victime également. Comment envisager d'accueillir de nouveau cette personne en sachant que victime et agresseur allaient cohabiter ? Notre choix a été de protéger la victime et l'ensemble des usagers qui ont été

perturbés par cette affaire et qui n'étaient pas prêts à le voir revenir. Nous avons donc refusé son retour au risque de contrevenir au décret précédemment cité, et signifié sa sortie du dispositif à la MDPH. Par ailleurs, cette situation a nécessité un signalement auprès du Procureur de la République et de la Ddass, une enquête judiciaire a été ouverte. Ce type de situation interroge les limites d'un dispositif qui se voit parfois confronté à des injonctions auxquelles il ne peut pas répondre.

Avec le problème de la dangerosité de personnes malades mentales et avec la législation, nous risquons de devoir maintenir dans l'effectif des personnes qui n'ont plus forcément leur place dans le dispositif. Nous n'avons pas la vocation d'accueillir tous les malades mentaux ; certaines situations sont délicates, parfois les orientations se font par défaut et demandent d'autres moyens, notamment dans l'accueil, le soin et l'encadrement.

Malgré notre envie de bien traiter, malgré la philosophie institutionnelle, il y a des situations où le protocole ne peut pas être appliqué. Il y a, et il y aura des situations inextricables qui, sous le couvert des droits des usagers et de la lutte contre la maltraitance, viendront contredire les textes où il y a un risque d'engager la responsabilité du directeur. Dans ce métier il y a des prises de risques inhérentes à la population accueillie, inhérentes à l'application rigoureuse des textes, inhérentes aux choix fait par la direction, soutenus par l'association avec le processus de validation des outils imposés par le cadre législatif. Il reste entendu que ce n'est pas le fond qui s'en trouve modifié, mais la manière de procéder dans la précision de l'application des textes.

Peut-être que la notion de gestion du risque n'est pas suffisamment prise en compte dans la fonction de direction. Quel est le risque de ne rien faire et non pas quel est le risque de se positionner par des attitudes positives à l'égard du risque. Par conséquent, la reconnaissance du droit à l'erreur doit être en vigueur dans le cadre de l'organisation concrète. Avec ce public, je dois composer avec certaines situations, souvent limites dans la gestion du risque qui peut conduire à exposer les salariés à des agressions. Ainsi nous avons introduit dans le Règlement Intérieur de l'association un droit de retrait pour les professionnels. Cette gestion du risque ne se limite pas au simple aspect judiciaire, c'est aussi accompagner l'ensemble des usagers à une intégration sociale au sein de la cité. C'est prendre le risque de nous exposer en tant que gestionnaire, de prendre le risque que les usagers s'exposent avec leurs bizarreries et leurs débordements. C'est par exemple : légitimer l'accès à la culture dans le rapprochement des infrastructures locales, voire départementales. Nous avons en l'occurrence mis en place des ateliers artistiques d'arts plastiques, de sculpture et de théâtre, avec comme finalité des spectacles destinés à la population locale. Il s'agit d'un vrai rapprochement, d'un partenariat avec la commune, avec des artistes et avec des associations locales : comité des fêtes, union commerciale etc...

Pour l'association Saint Michel le Haut, c'était une première, tout comme pour les bénéficiaires, mais aussi pour les habitants de la commune avec qui, l'objectif était malgré tout, de travailler ensemble sur «changeons notre regard ». Ce qui est intéressant, c'est l'implication des uns et des autres, chacun à sa place avec un objectif commun. Cette action entreprise en 2004 se poursuit et elle continue toujours à produire de la reconnaissance dans la mesure où les créations artistiques voyagent au travers d'expositions et spectacles. L'expérimentation de cette participation des usagers à la vie locale mais aussi de leurs accès à la culture les a inscrits dans une démarche participative du dedans au dehors. Il est possible d'apprendre à vivre avec les autres, sans fusion, mais aussi avec le stigmate du handicap. Je le rappelle, *ce qui me semble important, c'est que là où les humains sont rassemblés, ils produisent de la valeur parce qu'ils donnent quelque chose et ils donnent quelque chose d'eux mêmes*³⁵ ».

Il y a des droits qui renforcent la notion de participation, et il y a des droits qui en fonction des évènements nécessitent de l'adaptation de la part du gestionnaire. Cette adaptation peut se penser en fonction du besoin de la personne si nous voulons maintenir, développer ou faire émerger les potentialités. Le CSTS³⁶ se positionne en affirmant que toutes ces procédures n'ont de véritable intérêt que si elles font l'objet de négociations en permettant l'appropriation et l'application adaptée. C'est ainsi que chaque cellule d'action sociale peut devenir un maillon de ce qu'on appelle une « démocratie participative ». Il en donne la définition suivante : « *Dans cette forme de démocratie, les individus ne participent pas tous aux décisions. Celles-ci sont prises par un petit groupe, du fait de son statut. En revanche, tout un chacun a la possibilité d'exprimer son point de vue et de participer à une réflexion collective* ».

C'est dans cette idée que je me positionne : « l'utilisateur a des choses à dire, les professionnels ont des choses à dire », là où il y a problème, il y a mise en débat et c'est la somme de ces réflexions, qui me permet d'investir ma fonction de directrice avec comme ressources l'équipe de direction développée dans la troisième partie.

Dans le cas de situations délicates, souvent mises en débat par l'équipe éducative, l'équipe de direction examine avec attention les évènements et leurs conséquences dans la suite de l'accompagnement. Pour étayer ce positionnement, je citerai l'exemple de la réorientation d'une personne, en foyer d'hébergement alors qu'elle vit en appartement et

³⁵ PERROTIN.C, citée p 20.

³⁶ Conseil Supérieur du Travail Social. *L'utilisateur au centre du travail social*. Rennes : ED. ENSP. 2007. p 117

qu'elle est suivie par le SAVS. Conformément à la procédure d'orientation, la décision de valider ou d'invalider notre proposition, revient à la MDPH, et pour cela, un rapport de situation leur est transmis.

C'est le cas de Melle. T qui après une longue période d'instabilité s'est défenestrée, puis un mois plus tard a mis le feu à son appartement.

Dans ce cas évoqué, nous pouvons faire le constat qu'il peut y avoir entrave au libre choix de la personne, à savoir vivre au domicile ou en institution. Seulement ce qui motive ce choix est en général une mise en danger permanente de la personne ou/et de son environnement. Nous sommes ici confrontés à une question éthique qui est : est-ce que sous le couvert de la demande de son désir légitime nous devons faire abstraction du danger que cela représente ? Cette information est inscrite dans le règlement de fonctionnement en lien avec la charte des droits et libertés. Cela renvoie à la notion de protection de la personne vulnérable, à la notion de responsabilité du directeur et également aux moyens d'accompagnement les mieux adaptés assurés par les professionnels.

Ce peut-être également un retour limité dans le temps, le foyer d'hébergement, peut-être aussi un espace transitoire si la difficulté de vivre en appartement se manifeste. Le collectif de vie devient un élément ressource qui permettra à la personne de se poser sans perdre sa capacité à rester en appartement. La décompensation, bien accompagnée, peut permettre un maintien à domicile, si et seulement si, l'accompagnement s'adapte au moment de la crise. Dans ce cadre précis, je peux parler d'accueil temporaire sur le collectif de vie, sans que cela soit inscrit dans une reconnaissance de la part du financeur. En effet, les agréments cloisonnent la légitimité administrative de l'établissement. Toujours sous le couvert de choix associatifs, nous adaptons le dispositif en fonction des besoins des usagers. Comme le précise un article des ASH³⁷ nous sommes dans le « passer d'une vision binaire : une personne - une place, à une logique plurielle : une personne - des situations – des services adaptés ». J'ajouterai qu'il est indispensable que l'équipe pluridisciplinaire soit en accord avec cette politique en réponse aux besoins des usagers dans la gestion des écarts et l'adaptation permanente des prises en charge individualisées.

Ce positionnement de « l'aller retour » parfois nécessaire, est constaté par d'autres structures accompagnant des personnes handicapées psychiques. Pascal Sologny³⁸ dit : « qu'il n'existe aucune opposition entre établissement spécialisé et maintien à domicile, mais

³⁷ Actualités Sociales Hebdomadaires – 19 novembre 2004 – n° 2382, p22

³⁸ Directeur de la résidence Icare, à Chevigny-Saint-Sauveur (Côte d'Or), établissement spécialisé dans le handicap psychique.ASH- 29 juin 2007 – N° 2514 – 2515, p 43

plutôt une dialectique entre deux solutions complémentaires : *l'établissement spécialisé, c'est le risque de l'enfermement, c'est aussi la chance et l'opportunité d'un étayage psychique fondamental dans un cadre sécurisant. Le maintien en appartement, c'est la chance d'une vie libre et autonome, c'est aussi le risque d'une vie de solitude, de misère psychique et d'abandon.*

C'est ainsi que nous pensons l'utilisateur, il doit être entendu dans ses besoins et ses attentes, respecté dans son développement et son projet de vie, respecté dans ses possibilités et compétences et associé à l'élaboration du projet d'intervention tout en bénéficiant d'une sécurité.

A l'intérieur même de l'organisation, le cloisonnement des services sous le couvert de l'application rigoureuse des textes peut entraîner l'institution dans de la maltraitance passive. Ce peut-être l'exemple de la demande d'un usager pour vivre en appartement qui, du fait de la pathologie provoquera de l'isolement social. C'est le cas des personnes pour qui il y a le diagnostic médical de la schizophrénie qui montre à un moment que cela est possible et que dans le temps la situation va se dégrader. C'est le profil le plus difficile à maintenir en autonomie complète. Vaut-il mieux, pour la personne, accéder à ses droits et renforcer le handicap ou trouver un consensus dans la prise en charge négocié avec la personne ou/et son représentant légal, dans un cadre où sera précisé le respect à la vie privée, à l'intimité, à la dignité.

Il me semble qu'il est moins préjudiciable pour l'utilisateur de co-construire un mode de prise en charge, plutôt que d'appliquer stricto sensu une réglementation qui fera écho à la problématique santé.

Seulement ces pratiques professionnelles ne sont pas plaquées dans un système ou les salariés devront agir parce qu'il en a été décidé ainsi. Diriger un établissement n'est pas uniquement imposer un cadre. Encadrer consiste à tenir une position, à se débrouiller entre les pressions du « haut » et celles du « bas », à indiquer le sens au travail, au cœur d'une organisation qui a dans la permanence à gérer de l'instabilité, à négocier des compromis et à formuler des « cadres opérationnels » pour l'action.

Comme nous venons de le voir, l'Esat se fonde sur une histoire, une culture de l'accompagnement, de la prise en charge et d'une culture des pratiques professionnelles.

En prenant appui sur les éclairages apportés par les politiques sociales et les recherches entreprises dans le cadre des pathologies du handicap déficiences et maladies psychiques, j'ai tenté de définir les grandes lignes du projet de prise en charge de l'établissement, projet qui sera décliné dans son organisation dans la troisième partie.

3 CONDUIRE UNE POLITIQUE DE MANAGEMENT DESTINEE A LA PERENNITE DE L'ESAT

J'introduis cette 3^e partie par l'idée que les pratiques professionnelles sont le produit d'une culture institutionnelle qui s'est construite par la connaissance du public accueilli. Il en découle une méthodologie de management qui pour le cas particulier de l'Esat revendique un équilibre entre économique et adaptation au quotidien de la personne.

Ce public si particulier nécessite un type de management où la place du débat est primordiale et je me positionne sur un management de type systémique qui prend en compte l'environnement de la personne, la commande publique, les besoins des professionnels et l'environnement. Il y a un positionnement, une posture professionnelle à rechercher, ceci peut-être caractérisé par la question du sens et du non-sens, la question de l'action et du bon sens et l'idée que nous cherchons toujours un sens qui dépasse tout cela.

3.1 De la culture institutionnelle à la logique institutionnelle

Un cadre, une mission, un projet, un public particulier qui viennent signifier qu'en face, il y a une organisation, des équipes, un cadre réglementaire où chacun peut produire de la culture et se reconnaître dans des pratiques professionnelles cohérentes.

3.1.1 Entre identité et culture

Comme le souligne Geneviève Iacono³⁹, l'entreprise « est un construit social », un système où se joue un espace de liberté, une capacité d'action, une volonté de bâtir un projet ensemble. La prise en compte de cet espace de liberté est un préalable essentiel dans le processus de légitimation de la gestion des ressources humaines (GRH). C'est entre autres dans cet espace de liberté que je situe ma fonction de directrice. Le type de management pour cette structure qui nous l'avons vue, accueille ce public si particulier, donne à gérer dans la permanence des cycles de rupture. Cela interroge la question de l'identité et de la culture institutionnelle.

La place de directrice que j'occupe dans l'établissement n'est pas sans faire référence à l'association gestionnaire (ASMH). En effet les associations⁴⁰ avec leurs expériences s'inscrivent dans un projet de société qui ces dernières années ont contribué à

³⁹ IACONO. G. *Gestion des ressources humaines*. Paris : Ed. Gualino. 2002. P 9

⁴⁰ LAVILLE. J.L, SAINSAULIEU. *Sociologie des associations*, Paris. Ed. Desclée de Brouwer. 1997. p

identifier de nouveaux besoins sociaux. Elles ont fait preuve d'imagination, d'expérimentation. Les nouvelles formes de réponses organisées, ont généré de l'emploi et des compétences qui mobilisent tout autant des savoir-faire techniques que des aptitudes relationnelles. Notons aussi, qu'une autre dimension très partagée de l'expérience associative, est sa dimension culturelle. Certaines s'inscrivent dans la lignée d'une tradition que leurs membres cherchent à faire vivre et à transmettre, tel l'héritage des fondateurs toujours réactualisé. D'autres tentent de faire émerger un objet social commun dont la réalisation se réfère à des valeurs et s'inscrit dans des enjeux d'actualité, c'est le cas de l'association ACTUP avec l'émergence du sida. Cet espace de liberté cité par G. Iacono vient prendre tout son sens dans les pratiques de l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle. La dimension culturelle s'est développée au fur et à mesure de l'histoire de l'institution en y intégrant des espaces de débat, en mettant au travail et en travail⁴¹ : par « au travail », j'entends ne pas laisser en souffrance et par « en travail », mettre à l'épreuve la réflexion afin que les résistances soient traitées. Ce qui fait difficulté dans la relation à l'autre et ceci dans l'objectif d'accueillir la différence de l'autre.

Nos métiers évoluent. Si auparavant l'intervention sociale était plutôt tournée vers l'assistance, ce principe est remis en cause, au bénéfice de la participation de l'utilisateur qui, dans notre organisation doit interroger. C'est ce dont je fais état dans le développement sur les pratiques professionnelles (cf. chapitre 2.3.3).

L'évolution de la société, la commande publique, les politiques sociales, les grandes orientations politiques internationales affirment la place de l'utilisateur au sein des établissements. Non seulement, il faut se conformer à ce changement, mais au sein de l'organisation, l'impact est de mettre au travail ce nouveau regard, afin de produire de la culture et que chacun, à sa place, puisse s'identifier dans ce que l'on attend de lui. C'est en termes d'identité collective au travail que j'aborderai la question. Pour R. Sainsaulieu⁴², l'identité professionnelle se définit comme « la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes ». L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi : investissement dans des relations durables, qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires. C'est ainsi que chaque catégorie professionnelle va façonner des identités collectives différentes en fonction du groupe auquel

⁴¹ AUGER M., psychanalyste, intervenant des groupes d'implication cadres.

⁴² SAINSAULIEU.R. *L'identité au travail*. Paris. Ed Presses de la fondation Nationale des Sciences Politiques, Armand Colin.

il appartient, de sa qualification initiale ou acquise, de son devoir professionnel et de sa place dans la structuration du travail. C'est ainsi que je perçois la construction identitaire des équipes en y ajoutant la fonction de l'implication des professionnels. C'est une nécessité incontournable, puisque la qualité de la relation d'aide dépend de la relation qui s'établit entre l'utilisateur et le professionnel. Il s'agit également d'un travail d'équipe où chacun est en interaction, et où il importe de mettre au et en travail le sens de la compétence collective et ainsi créer de la culture.

L'idée de la pérennité de l'équilibre de l'Esat trouve tout son sens dans cette culture de l'implication. Derrière cette idée, il y a la notion d'équipes formées de personnes différentes mais qui doivent travailler ensemble. Il s'agit donc de créer du lien qui va les rassembler et ainsi leur faire partager des valeurs communes et interroger les valeurs institutionnelles.

Cette culture institutionnelle émane de la culture associative. Le directeur général représente le secteur social et médico-social dans des instances départementales et nationales. Il apporte son témoignage⁴³ quant à la réalité des pratiques professionnelles en lien avec l'utilisateur, avec des lectures croisées du cadre législatif, avec la réalité de terrain et la complexité des publics accueillis. En cela, il participe de façon interactive, il s'inspire et participe à la production culturelle associative, relayée dans les établissements. Notamment dans comment faisons-nous pour faire vivre les grands principes au sein de notre association, sans cesser de nous poser la question fondamentale : est-ce que ce que je fais participe réellement à l'épanouissement de la personne au respect de ses droits, à sa construction psychique, à son individualisation ?

Dans la première partie de ce travail nous avons vu que la structure, au fur et à mesure de son évolution, a dû repenser son organisation en faisant des choix tant au niveau de sa localisation, qu'au niveau de son développement économique et sa mission médico-sociale. Changer l'organisation, c'est mettre en mouvement les compétences de ses acteurs. Ceci est lié à la capacité de communication dans le travail qui valorise la qualification sociale. La communication du savoir permet d'impliquer et de co-responsabiliser les acteurs. Le besoin d'assurer la « gestion des compétences » est lié à la nécessité d'installer les conditions d'un travail collectif.

Parler de culture d'entreprise est un sujet d'actualité dans le secteur social et médico-social, notamment lorsque l'on assure une fonction de direction en Esat. Cela ne peut que

⁴³ Conseil Supérieur du Travail Social. B.Amiens *L'utilisateur au centre du travail social*. Rennes : ED. ENSP. 2007. p 117. Op. cit. p. 110

m'interroger quant aux différentes casquettes que je dois porter. Sur l'aspect économique, je me rapproche du chef d'entreprise qui se fixe des objectifs de quantité, de qualité, d'équilibre voire de rentabilité. Pour cela, Je m'appuie sur mes collaborateurs, notamment le chef d'atelier qui lui aura la responsabilité de négocier les marchés. Il est issu du secteur industriel et possède la culture de la profession ; à nous deux nous assurons le tandem culture du social et de l'entreprise. Ma part active dans ce domaine, c'est la rencontre avec nos clients, c'est la première prise de contact et c'est par la suite une réflexion avec le chef d'atelier pour décider si nous prenons le marché ou pas.

Ces contacts avec les chefs d'entreprise m'ont fait prendre conscience que logique et culture ne sont pas entendues de la même façon entre chef d'entreprise et directeur d'Esat. Dans la démarche, j'ai présent à l'esprit que l'acte de négociation est au bénéfice de l'aspect médico-social. La position de Denis Quattrocchi⁴⁴ chef d'entreprise (CG PME) énonce que : « L'offre de prestation des Esat, faite auprès des PME, doit se comprendre comme une offre pérenne, globale et non comme particulière. L'entreprise, face à ses engagements, valorise avant tout l'aspect production. Le patron est un chef d'entreprise, avant d'être citoyen. L'aspect relationnel ou l'optimisation de l'obligation d'embauche de travailleur handicapé se valorise par la suite. Le monde du handicap effraie l'entreprise, elle a besoin de mieux connaître le secteur du milieu de travail protégé tant au niveau des capacités à produire qu'au niveau du handicap ».

Ce qui m'amène au constat que j'ai probablement quelque chose à apporter au monde de l'entreprise, notamment dans le domaine de la démystification du handicap, et à apprendre en me rapprochant de l'entreprise afin d'identifier la place du travail protégé dans le circuit économique.

Néanmoins, je n'en suis pas l'unique porteuse, la partie développement de l'entreprise dans le sens de la mission de l'Esat est également portée par l'équipe de direction et c'est dans un esprit de cohésion, de coordination, de sens, que le fonctionnement est réfléchi par l'implication des cadres réunis au sein de cette instance.

⁴⁴QUATTROCCHI.D. Président de la Confédération Générale des Petites et moyennes entreprises, journées de formation ANDICAT. *Paradoxes des fonctions de direction des Esat face au nouveau dispositif*. Novembre 2006

3.1.2 L'équipe de direction : une instance qui produit de la culture

Le projet d'un établissement ou d'un service n'est pas celui du seul directeur mais celui de tous ses acteurs y compris du public accueilli, quels que soient leurs métiers, dans le cadre d'une mission de service public⁴⁵.

En cela, je suis particulièrement attentive au fonctionnement de l'équipe de direction. C'est une instance qui réunit les cadres qui ont une fonction hiérarchique et un rôle d'autorité au sein de l'institution. Sont également présents les cadres techniques qui n'ont pas de rôle hiérarchique.

Evoquer cette instance, m'invite à préciser la place des cadres intermédiaires dans une organisation qui se veut responsabilisante. Il est pour moi essentiel qu'au-delà de leurs délégations fonctionnelles, ils soient aussi impliqués dans une relecture permanente de l'organisation. Ceci pour éviter le risque de figer immuablement l'organisation et ne plus répondre aux besoins des usagers et appliquer le protocole comme une sentence. Cela n'exclut pas, bien évidemment, qu'ils doivent concrètement intervenir auprès des équipes, mais aussi être garant des projets individualisés et de leur mise en œuvre

L'équipe de direction est dénuée de fonction décisionnelle, elle ne modifie en rien ma capacité de directrice à arbitrer et trancher. Son existence constitue en revanche un vecteur opérant d'investissement de la fonction de cadre, c'est le lieu où on instruit les décisions.

Elle est composée de la directrice, du chef d'Atelier, du chef de Service hébergement, du chef de Service Gem, le médecin psychiatre, la psychologue.

Les compétences des cadres sont multiples, et sont issues du sanitaire, du social, de l'industrie. Cette mixité crée de la richesse, du débat, avec comme objectifs communs réinterroger les écarts et adapter l'organisation au bénéfice de l'utilisateur.

Ce temps de rencontre fait partie des stratégies institutionnelles, avec le choix d'y associer le médical pour assurer la cohérence dans les pratiques professionnelles au niveau du soin.

Cette équipe permet une régulation de la vie dans les services, une évaluation du fonctionnement et du climat social, elle assure une fonction de contrôle et de vigilance interne. Chaque cadre de direction peut y trouver un espace où il peut-être écouté, soutenu, interpellé, et cette instance limite le risque, pour chacun, de repli au sein du service dont il a la responsabilité.

⁴⁵ JAEGER.M, BAUDURET.J.F, DUMONT.R. et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed. Dunod.2005. p 994

L'équipe de direction favorise non seulement la cohérence dans le lien avec les équipes, mais également avec les usagers, elle légitime le positionnement de chaque cadre dans sa fonction et donne du sens aux actions.

Cette réunion, de même celle qui réunit l'équipe pluridisciplinaire tous les quinze jours à raison de trois heures, favorise la communication et la mise en œuvre d'une réflexion commune sur les usagers.

Par ailleurs, la rencontre des deux équipes, éducative et technique, en présence des cadres et du pôle thérapeutique, réinterroge au sein de séances de travail les suivis de projets individualisés des usagers. Ceci permet de définir des actions concordantes pour amener l'utilisateur à un mieux être. L'ensemble est porteur des décisions prises dans cette instance et évite le clivage et la "déliation" influencés par la problématique de la psychose.

La place du médecin psychiatre et de la psychologue en équipe de direction est d'avoir le souci de penser le fonctionnement institutionnel et de travailler à la construction d'une culture commune en prenant le temps d'échanger sur nos valeurs, de penser la maladie et le soin; de se questionner sur le sens que nous voulons donner au travail qui se fait... C'est aussi permettre que cet espace soit un espace où nous pouvons nommer et confronter nos différents points de vue.

L'équipe de direction n'est pas seulement une instance administrative de coordination, si elle participe aux choix organisationnels, elle garantit aussi l'unité de sens et la cohérence institutionnelle.

Comme je l'ai évoqué précédemment, la diversité des compétences alimente la connaissance, et au fur et à mesure, permet à chacun d'entre nous de s'approprier la culture de l'autre en produisant de la culture institutionnelle transférable aux équipes.

Si je m'en réfère à J.M.Miramont⁴⁶, il affirme *qu'une équipe de direction n'est plus l'addition d'individus, mais bien un collectif responsable du fonctionnement institutionnel. Toutes les fonctions opérationnelles : gestion, projet, soins, production, accompagnement social devraient pouvoir être réparties auprès de chacun des membres de l'équipes. Ceci suppose nécessairement l'existence de compétences complémentaires et transversales, une adhésion à un projet commun et la capacité à accepter une régulation collective face aux dysfonctionnements.*

En se référant à la problématique du handicap psychique, je suis garante de ce positionnement d'équipe de direction qui vient lier la responsabilité des cadres dans leur

⁴⁶ MIRAMON. J.M, MORDOYAY.J.F. *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales.* Edition DUNOD, 2003, p. 100.

fonction. On ne peut pas avoir comme projet d'associer le soin et le travail sans impliquer les cadres du soin. Cette instance de régulation vient donner sens au projet d'établissement ainsi qu'aux pratiques professionnelles.

3.1.3 Entre protocole et espace de débat

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 pose des injonctions et des obligations formulées dans les lois précédentes et ainsi impose un cadre rigoureux concernant les droits et libertés des usagers. Peut-être fallait-il légiférer pour une réelle prise de conscience de la place de l'utilisateur au sein des dispositifs de l'action sociale ?

Mais l'application sans souplesse de cette injonction, ne risque-t-elle pas d'entraîner les institutions dans la mise en place de protocoles qui viendraient les protéger elles, au sens d'une réponse conforme à la commande du législateur ? Dans cet arsenal de cadrage législatif, ne risque-t-on pas d'oublier l'utilisateur dans la place qu'il occupe dans l'établissement avec son histoire, avec ses projets, avec son désir que les choses changent, et ainsi entraîner le dispositif dans de la maltraitance passive voire insidieuse ?

Dans notre établissement, nous avons fait le choix de développer la culture du débat afin de pouvoir mettre au travail et en travail, (cf. chapitre 3.1.1) nos peurs conscientes ou inconscientes. C'est en pratiquant la culture de l'implication que l'on peut aussi solliciter la participation des professionnels, des usagers, pour un véritable débat de ce qui fait difficulté.

Je suis convaincue que dans tout collectif humain, il faut redouter l'absence de débat, l'absence d'écart. Redouter aussi l'unanimité; et s'imposer des lectures croisées; il faut qu'il y ait de la différence, qu'avec ce monde de complexité, on ne colle pas des réponses uniques. Nous devons rester dans une organisation créative qui génère de l'interactif. L'interrogation est constante, exemple de M.G : Schizophrène. Il a intégré la structure en 2003 après avoir fait différentes tentatives dans le milieu ordinaire de travail. Son problème est qu'il restait quelques heures et disparaissait ou alors ne se rendait pas à son poste de travail. Son explication était qu'il ne pouvait pas être avec les autres ! Soutenu par un médecin psychiatre, son orientation à l'Esat a été motivée par ses troubles psychiques. Au travail, il est perçu comme vif, réactif, compétent, il y a des phases où nous pouvons lui confier des responsabilités : telles que gérer l'expédition en toute confiance, et des phases où il décrochera complètement. Les comportements de M.G se traduisent par des phases maniaco-dépressives durant lesquelles sous l'apparence « d'un tout va bien » il « sabote » les tâches qui lui sont confiées.

Ces signes, je vais les appeler des marqueurs, des indicateurs. La connaissance de la personne nous permet d'envisager une régression, il s'agit d'accueillir et d'accompagner cette période de malaise. Dans ce cas, c'est un travail de réflexion qui se fera autour de

l'acceptation des différents cycles de la maladie et faire en sorte que l'organisation s'adapte notamment dans le travail pour accepter ces différents cycles de la maladie. En l'occurrence, ici, ce monsieur sera dirigé sur une activité simple, sans responsabilité, le temps que la crise passe, tout en lui accordant l'écoute nécessaire, et lorsqu'il se sentira de nouveau prêt, il pourra de nouveau assumer des responsabilités.

Dans cette situation, le protocole, c'est la réalité de la production avec comme contrainte une échéance quant à la livraison de la marchandise. Cela nécessite une organisation, qui demande au système productif de s'adapter aux contraintes. Il s'agit aussi d'un problème de sécurité des personnes tant au niveau individuel que collectif. Cette obligation de sécurité peut se pratiquer sous différentes formes : soit la personne est dangereuse et elle doit être hospitalisée, soit elle n'est plus en capacité de travailler et nous devons lui permettre de sortir du dispositif de production. Quoiqu'il en soit nous devons être en capacité d'accueillir la crise. Ce sont des choix que nous faisons quotidiennement avec pour souci le respect de l'individu et du cadre réglementaire, avec une obligation par le débat de soutenir l'utilisateur et les professionnels. Nous sommes sur de l'accompagnement individualisé, variable, instable mais qui, à tout moment, peut revenir à une norme acceptable. Cela vient réinterroger les affects et remettre de la pensée organisée dans de l'impensable. Accepter la variabilité de la compétence et de la mobilisation des travailleurs handicapés nécessite d'anticiper dans le prévisionnel une perte de production. C'est une prise de risque concernant l'activité économique de la structure, mais c'est aussi une prise de risque indispensable pour assurer ce que j'appelle la gestion des écarts et également assurer une forme de paix sociale avec l'environnement local. Très naturellement nous pourrions avoir envie que notre travail soit plus simple, linéaire et ainsi se débarrasser de ce qui pose problème. C'est peut-être le prix à payer lorsque l'on privilégie la réponse en terme de soin et en terme de qualité d'accompagnement social. Lorsqu'un bailleur privé, suite à la défenestration d'un usager me dit : « vous ne savez pas vous en occuper, il faut faire quelque chose et je n'en resterai pas là... », Je dois être en capacité de le rassurer, et d'accueillir les peurs de l'habitant qui inévitablement font partie intégrante de l'environnement de l'institution et de l'utilisateur.

C'est en cela que je suis convaincue que les grandes orientations des politiques sociales déclinées en termes de participation, de non discrimination, de droits des usagers seront opérationnelles seulement si le dispositif se donne les moyens d'adapter sa prestation aux besoins de l'utilisateur. Dès lors, le dispositif participe au développement du projet de société, porté par des valeurs associatives où l'utilisateur est au centre du travail social et que

la posture de l'usager : n'est ni celle de l'assujetti, ni celle du client roi⁴⁷. Il en va de même pour l'institution qui doit soutenir ses particularités, sa spécificité et être en capacité de démontrer, qu'il s'agit d'être dans le respect du cadre législatif sans être dans l'assujettissement, ou la toute puissance.

Pour être respectueuse de ce discours, je fais le choix de pratiquer un management où le débat est au centre de mes préoccupations et vient ainsi signifier la prise en compte de l'usure des professionnels et les réponses à mettre en face en termes de formation.

3.2 Vers un management systémique de l'organisation

Nous allons découvrir les pratiques professionnelles sur la base d'une entreprise qui se veut apprenante en développant des compétences, sous la forme d'apprentissage en situation de travail en interaction avec le système.

3.2.1 L'institution : une organisation apprenante

Nous avons vu précédemment que le système de pensée institutionnel refuse la lecture unanime, quelle tient compte à la fois de la commande publique, de la mission de l'établissement, de la problématique des usagers, de l'intervention des professionnels et des partenaires. Je dois piloter cette organisation afin de rendre le meilleur service possible aux usagers tout en respectant les bonnes pratiques professionnelles. J'ai évoqué à plusieurs reprises la notion d'implication des équipes qui sous-tend une participation effective de chaque salarié à l'organisation.

Selon Albino Amato⁴⁸, les organisations sont aujourd'hui confrontées à des environnements mouvants qui obligent à s'adapter de manière fluide à des situations chaque fois différentes. L'organisation doit apprendre à s'adapter en permanence. On parle de plus en plus dans le milieu des entreprises, des administrations, ainsi que dans le milieu associatif d'« organisations apprenantes ».

Selon Patrice Leguy, le concept d'organisation apprenante provient du secteur économique ordinaire et vise, face à une adaptation constante et rapide des attentes clients, des produits et des services dans un contexte mouvant et très concurrentiel, à repenser l'organisation du travail à partir d'une gestion par les compétences et non pas une gestion des compétences. L'élément qui unifie toutes les dimensions de l'organisation apprenante

⁴⁷ Rapport du CSTS. *L'usager au centre du travail social*. Ed ENSP ; Rennes ; 2007. Op.cit. p. 30

⁴⁸ Docteur en psychologie, formateur consultant, président de l'association « systémie » Les cahiers de l'actif. *L'approche systémique en travail social* – N°308/309. 2002. p 47

consiste à apprendre de l'instabilité et des mutations, et donc de devenir actif face à cette instabilité. Une organisation est dite apprenante lorsque sa structure et son fonctionnement favorisent les apprentissages collectifs, dans une logique de développement des compétences, d'autonomie et de responsabilisation.

Cela me confirme que la structure, en pratiquant la culture du débat et en sollicitant les professionnels dans leur implication, favorise le développement des compétences collectives telle que je les ai développées dans le chapitre identité et culture. Avec la culture associative et avec ce public particulier, je constate que le concept d'entreprise apprenante est le reflet de nos pratiques. En effet, face à l'instabilité nous avons dû trouver des moyens d'apprentissage en situation de travail et ainsi adapter, ajuster l'organisation aux besoins des usagers.

Le terme « organisation » se réfère selon le dictionnaire, à un ensemble organisé constitué dans le but d'atteindre un certain objectif. Cela suppose que l'on puisse répondre à quatre questions au moins dont les réponses se retrouvent dans tout projet d'établissement : Quels objectifs ? Avec un ensemble de quoi ? Organisé comment ? Avec quels moyens et j'ajouterais pour quels résultats ?

La systémique se propose précisément d'étudier les ensembles en fonction de leur structure et de leur dynamique. Elle se révèle être un outil particulièrement utile pour l'approche des organisations, en tant qu'ensembles, pour la réalisation d'un projet cohérent inscrit dans la finalité du système, ceci pour l'accompagnement des indispensables changements.

Sans être formée à la systémique, je suis sensible à cette approche de l'analyse du fonctionnement d'un système qui se définit comme un ensemble durable d'éléments, en interactions orientées vers un but. Cependant, cette approche existe au sein de l'institution puisque la psychologue et un chef de service sont formés à cette technique.

Notre culture du développement des compétences collectives permet de s'en imprégner, sans en faire une référence exclusive. Cette compétence existe au sein de l'équipe de direction, il est nécessaire de la retrouver en équipe éducative. Cette dernière, sensible également à cette approche sera désormais formée dans le cadre du plan de formation 2008.

François Beaujolin⁴⁹ postule qu'il ne peut y avoir de pérennité pour les entreprises sans un apprentissage permanent qui répond aux besoins d'adaptation à l'environnement

⁴⁹ Chaire D.S.O. Fiche de lecture. Dirigée par Monsieur Yvon PESQUEUX- CNAM ; Site Internet www.cnam.fr

dans lequel elles évoluent. C'est ce que nous retrouvons au sein de l'Unité de soutien dans la place donnée au langage commun, conduisant les acteurs à s'exprimer oralement au même titre que le temps accordé aux actions de formation.

Ce positionnement renvoie à la question de départ posée sur la pérennité de l'équilibre de l'Esat.

3.2.2 Une équipe en recherche de sens

Dans la majorité des cas, la maladie est déniée, la personne lutte au nom d'un idéal, elle n'investit pas vraiment son statut de personne handicapée, mais qui peut vraiment le faire ? Elles font souvent référence à leur histoire où l'insupportable les a conduit à l'hôpital psychiatrique. Aujourd'hui, elles ont un projet d'insertion et l'espoir est de repartir ailleurs. Mais en même temps, elles disent on verra plus tard, c'est encore trop tôt ! Le médecin psychiatre traduit ce type de discours par l'idée que l'ailleurs n'est pas accessible, mais que de l'imaginer cela leur permet d'exister. L'ailleurs, ce peut être la vie de couple, c'est partir en appartement pour les personnes qui sont au foyer d'hébergement. C'est également repartir en milieu ordinaire de travail. Mais malheureusement ce peut-être la régression, la décompensation, même si nous sommes très attentifs à la réponse à donner face aux besoins.

Les actes posés par les usagers, les hospitalisations, les mouvements d'humeur sont souvent mal vécus par les professionnels. Que se passe-t-il à ce moment là : un sentiment d'échec, de l'incompétence, ce que j'entends « je n'ai pas vu arriver la crise, je cherche ce que j'ai fait, ce que je n'ai pas fait, quelle est la maladresse que j'ai commise pour que la personne en vienne à se couper ? Qu'est-ce qui m'a échappé ? » ; Ce que je traduis : il y a de la culpabilité, de la frustration et une quête de sens. S'il y avait une réponse à toutes ces questions, cela viendrait signifier que la recette existe. L'acte éducatif est lié à un positionnement faisant référence à la théorie, à mettre en lien avec la situation qui à chaque fois concerne un sujet à accueillir dans sa singularité. Si la théorie est nécessaire, elle ne fait pas tout.

Le recrutement des moniteurs d'atelier, je le rappelle, est un choix orienté vers des compétences techniques issues de l'industrie. Malgré tout, je suis attentive à leurs valeurs humanistes où il y a un désir de s'inscrire au sein de la fonction dans une démarche d'aide relationnelle et de formation permanente à la maladie mentale. Comment penser le travail avec ce public si particulier ? Il y a à la fois un acte technique qui vient faire masse avec un

acte éducatif qui sous tend une connaissance théorique. L'acte éducatif peut-être aussi ce qui n'est pas développé dans la théorie, c'est de l'ordre du relationnel, de l'instinctif. Ce code de conduite est issu de la culture institutionnelle. Je dis souvent aux nouveaux professionnels que si nous n'avons pas intégré que la réalité des personnes accueillies n'est pas la nôtre, nous ne pouvons pas travailler avec elles. Lorsque M. M nous parle de son diable logé dans le coin de la pièce, nous devons accueillir sa parole, non pas faire semblant, mais lui apporter l'écoute nécessaire qui viendra signifier que c'est sa réalité, qu'il la vit vraiment, que nous ne la voyons pas, que nous sommes en capacité d'écouter ce qu'il ressent et comment cela vient le déranger dans sa vie.

Nous ne dénions pas ce qui se passe, mais nous lui renvoyons que sa maladie provoque ces choses là et que plus il les identifiera, mieux il sera en capacité de les gérer. Ce positionnement professionnel fait partie intégrante du projet de soin et cela se travaille en formation.

Il peut y avoir des dysfonctionnements d'équipes, liés à l'impossibilité d'un professionnel à adhérer au projet de soin. En effet, il arrive que des professionnels de bonne volonté soit dans des comportements où la notion de réparation ne passe que par une compensation immédiate dans la réponse aux besoins. C'est le cas d'une personne qui, malgré une connaissance théorique intéressante et face à la problématique du lien, va systématiquement compenser par le don d'objet ou inscrire dans le parcours de la personne ce qui lui semble salvateur. Ce type de positionnement démontre que le professionnel pense que ce qui est bon pour lui peut-être transférable chez l'autre. Or, la personne psychotique est dans un mode relationnel fusionnel, il ne fait pas la part des choses, il ne différencie pas ce qui est de lui, de ce qui est de l'autre. Pour la personne psychotique le danger est que l'intervention du professionnel soit intrusive, auquel cas, cela peut déclencher de la violence, mais aussi empêcher la personne d'évoluer en la maintenant dans un état de dépendance. C'est l'exemple même de la maltraitance passive non intentionnelle.

Les pratiques professionnelles sont organisées dans l'objectif de permettre à l'usager d'être dans un apprentissage afin d'accéder à l'autonomie. Chez la personne handicapée psychique, ce qui ne s'est pas construit où mal construit n'est pas réparable sous la forme d'une reconstruction qui vient de l'autre. L'autre peut être facteur de résilience à condition qu'il y ait du sens et pour qu'il y ait du sens, la personne handicapée doit être participative dans l'élaboration de ce qui va faire masse avec lui-même, quels sont ses choix et comment ces choix vont-ils lui appartenir ? Les compétences que la personne va développer, se feront sous la forme de repères dans le temps, dans la gestion des besoins, et dans la différenciation de la place de l'autre. Cette non-différence se manifeste parfois par une non-identification des instances auxquelles elle peut faire appel, le clivage de la pensée génère

une indifférenciation de l'espace, de l'autre, du rôle, de la fonction. Pour être plus concrète, c'est le cas de M. G qui rend compte à la secrétaire de ses problèmes sexuels, qui évoquera ses problèmes de travail avec le plombier, et qui abordera la fuite d'eau avec le psychiatre. Cette façon d'être se traduira par des angoisses non identifiées ; ainsi, l'éducateur devra accueillir les symptômes de la personne en ayant une écoute attentive et reconstruire le puzzle afin d'avoir une action concrète.

Avec des pratiques professionnelles inadéquates, l'éducateur va être investi d'une façon particulière par le bénéficiaire, et qui dans le temps, va générer des conflits, de personne à personne ou de personne à équipe ou encore d'équipe à équipe.... Un malaise va s'installer, au niveau de l'équipe ou dans les relations avec les bénéficiaires. Sans prétention et sans être dans le pouvoir de la connaissance, mais seulement par expérience, ce que je nomme, peut paraître banal, mais avec la personne psychotique, il y a une grande prudence à avoir dans notre manière d'être en lien, et il y a surtout à apprendre comment être en lien, avec une constante qui est de décoder où est la demande et que vient signifier le symptôme ?

Les professionnels, dans les instances mises à leur disposition, interrogent le sens des actions, tant au niveau de leur place qu'au niveau du fonctionnement de la structure.

Ce peut-être le cas évoqué dans la situation de M. T, dans le chapitre 2.3.3, où il y a une recherche de sens dans les décisions prises par la direction. Ce sens va venir révéler qu'il y a à la fois la difficulté des professionnels à accueillir une personne compliquée dans les actes qu'elle pose, mais aussi dans la place du groupe avec les limites du dispositif. Ce type de recherche du sens ne se limite pas aux peurs de l'équipe, elle nécessite également de resituer le dispositif dans un cadre législatif qui lui, vient rappeler les droits de l'utilisateur.

Les professionnels sont à entendre dans les incompréhensions, dans les difficultés qu'ils éprouvent, non parlées, non mises au travail, elles peuvent générer des conflits, des malentendus et du clivage. Or, ce clivage est quelque chose qu'il faut considérer dans comment penser l'organisation ? Comment être à l'écoute et dans une position de directrice où je dois penser l'organisation, qui va venir sécuriser le système et amener les professionnels à des réajustements constants ?

C'est un travail de collaboration, de cohésion, de réflexion, dynamisé par une équipe de direction qui pense l'organisation, le soin, la place des usagers dans la volonté d'être dans le respect de l'histoire de la personne. Ainsi lui permettre de prendre une place dans la vie active, avec ses propres moyens, soutenus par une organisation qui a pour ambition de pérenniser un équilibre, en palliant aux crises, en étayant, en évitant la dépression non seulement des équipes, mais du système.

Cependant, adapter le dispositif aux usagers, demande d'être attentif au développement des compétences des professionnels et créer de la cohérence entre la commande institutionnelle à savoir le travail attendu, le travail réalisé.

La cohésion des actions passe par une ouverture de la pensée et de la mise en débat des problèmes liés à la pathologie des usagers.

L'équipe, dans l'esprit d'accueillir au mieux la personne, croise ses différentes lectures, avec comme point d'appui les instances de débats, formalisées dans l'organisation, planifiées dans le temps, identifiées dans l'espace avec des intervenants repérés en fonction du lieu de réflexion.

Ces espaces concernent tout autant les usagers que les professionnels. Au quotidien, avec les signes des troubles psychiques, l'instabilité, les temps de rupture signifient la réalité du vécu de l'utilisateur et de l'institution.

3.2.3 Les instances de débat : des espaces formateurs

Nous avons vu jusqu'à présent ce que peut provoquer l'instabilité des personnes handicapées psychiques et en cela entraîner les équipes dans de la désillusion, dans de l'épuisement. L'institution a fait le choix de développer un fonctionnement ou le management évite une référence trop sanitaire au protocole par ; aucune infirmière, pas d'arrêt maladie prescrit par le médecin psychiatre de l'Unité, pas de protocole de distribution de médicaments. Ceci, pour développer une culture institutionnelle d'adaptation permanente, de recherche constante d'équilibre, d'être en permanence au travail et en travail d'élaboration. Il importera de comprendre ce qui se passe pour ne pas le vivre comme une attaque de la maladie mentale qui génère de l'impuissance et éventuellement de l'usure professionnelle.

Il y a un besoin de communiquer sur les événements, sur la difficulté à être en relation avec l'utilisateur affichant des troubles mettant à mal le dispositif. Ce sont ces échanges qui vont devenir producteur de connaissances. Jusqu'à présent, j'ai développé l'idée de pérennisation de l'Esat dans ses pratiques sur un versant plus subjectif où la notion de penser le travail, la cohésion, la coordination, penser ensemble est présente dans la co-construction de l'accompagnement. C'est le moment d'identifier les instances qui viennent poser le cadre de réflexion de ces pratiques et ainsi accompagner les équipes dans un processus de formation basé sur une mise en travail, encadré par un professionnel externe à l'institution pour le groupe d'implication, qui s'apparente à un travail personnel dans une confrontation avec le groupe en lien avec le vécu professionnel. Dans mes choix de management, je ne peux pas de façon arbitraire imposer que la personne s'implique, cela n'a pas de sens, c'est elle qui décide de s'impliquer avec les moyens que je mets à sa disposition, dès lors, c'est à elle de s'en emparer.

Cette instance réunit l'équipe de moniteurs de l'Esat et celle des éducateurs du foyer d'hébergement à raison de deux heures par mois. C'est une commande associative inscrite dans le cadre d'intervention des salariés. Il n'y a pas de dérogation possible, la notion de confidentialité est de rigueur. Les équipes se sont appropriées cet espace de débat qu'ils pensent indispensable à leur fonction, cela les aides à ne pas faire « masse » avec les attaques psychotiques et à déjouer des situations où ils seraient tentés de reproduire l'histoire de la personne et ainsi rentrer dans une forme de maltraitance. Ce sont des espaces formateurs, car chacun prend conscience de la difficulté de l'autre face à l'instabilité des troubles et l'association de la pensée collective ouvre de nouveaux champs d'actions portés par l'ensemble du groupe. Ainsi se développent des compétences collectives donnant de la cohérence dans les interventions, tant au niveau du travail qu'au niveau de l'hébergement. Par ailleurs cela forme les professionnels à travailler ensemble sur l'accompagnement des usagers et à l'accueil de leur souffrance sur un même schéma de pensée. Ils peuvent ainsi intégrer les contraintes des uns et des autres, chacun dans le respect de leur fonction, condition indispensable au bon fonctionnement de l'instance, l'intervenant étant garant de cette mise au travail en toute sécurité.

L'objectif est d'articuler leurs actions, d'aplanir les doutes, les incertitudes et leurs propres représentations. L'intérêt est de donner du sens aux actions en lien avec la problématique de la souffrance psychique qui n'a de cesse de s'engouffrer dans les failles du fonctionnement.

Dans la continuité du travail qui est fait au sein de l'Unité de Soutien et d'Adaptation Socioprofessionnelle, le constat d'un manque de cohésion dans les pratiques a fait émerger le besoin de réfléchir dans « comment travailler ensemble en identifiant chacun dans son rôle ? » C'est ainsi que j'ai mis en place une autre instance de réflexion qui celle-ci permet des temps d'élaboration en y incluant le cadre de service. Ce sont les groupes d'analyses des pratiques professionnelles animés par la psychologue de l'institution. Il n'y a pas de notion de confidentialité, l'objectif est de mettre en commun ce qui peut faire difficulté dans les pratiques et dans les interventions de chacun auprès des usagers. Deux groupes sont constitués : un pour l'équipe du Foyer d'Hébergement et le deuxième pour celle de l'Esat. Ces temps de réflexion favorisent un travail d'élaboration, pour permettre à chacun de se penser et de penser son fonctionnement en équipe. Ils donnent lieu à poser des bases solides pour la construction d'une identité et d'une culture professionnelle commune. C'est un modèle centré sur les acquisitions qui implique un rapport théorie-pratique qui fait de la pratique une application de la théorie. Ce sont les situations de travail qui sont analysées avec un souci de modélisation.

En soutenant la pensée, en stimulant l'implication et en donnant du sens au travail réalisé auprès de l'utilisateur, ce temps de travail apporte également une dimension supplémentaire à la clinique et au soin dans la prise en charge professionnelle de l'ouvrier. Cet outil de travail apporte en effet une dimension cohérente au processus de soin. Il favorise l'émergence et l'articulation des subjectivités de chacun pour que, de nos différentes lectures de l'utilisateur, nous co-construisions des hypothèses de travail, des pistes de réflexion et une recherche de sens la plus cohérente possible.

La place d'un langage commun conduisant les professionnels à s'exprimer oralement est importante au même titre que le temps accordé aux actions de formation.

Ces instances sont pensées comme espace de formation, c'est la pratique de terrain qui fait émerger des besoins auxquels je tente de répondre sous ces formes particulières. Ce qui permet de réduire significativement les risques de manquements éthiques, tels que la maltraitance ou la perte de repère de l'intégrité.

On ne peut pas demander au salarié de s'impliquer dans ces instances, si l'exigence n'est pas la même pour les cadres. Nous retrouvons cette même instance qui réunit les cadres de l'association : directeur général, directeurs d'établissements, chefs de service, psychologue, responsable des ressources humaines. Ce groupe est animé par un psychanalyste, sa fonction de tiers garanti la parole des uns et des autres. C'est une mise au travail de nos peurs inconscientes ou conscientes, c'est un lieu où s'expriment les difficultés rencontrées entre collaborateurs, les sujets abordés se lient avec la cohésion de la politique associative notamment dans la gestion des ressources humaines et des problèmes liés à l'accueil des publics accueillis.

La formation est pour l'association, un axe stratégique quant à la qualification et au développement des compétences. Elle a une exigence forte concernant sa politique de qualification des cadres, ainsi, tous les directeurs possèdent le Cafdes ou sont en formation, les chefs de service ont également suivi des formations de cadre intermédiaires. Pour ma part, et concernant l'Esat, bien que le chef d'atelier possède un niveau conventionnellement reconnu pour sa fonction, il s'engagera cette année dans la formation Caferius. En effet, il est demandeur de s'impliquer et de se former à la culture du secteur social et médico-social.

Depuis quelques années, l'équipe éducative du pôle hébergement a bénéficié de formations qualifiantes et c'est dans l'esprit de la formation continue, qu'elle accède au développement de la compétence, toujours en lien avec une meilleure connaissance du public accueilli à concilier avec les interventions éducatives et la mouvance législative. C'est par exemple l'intervention d'un médecin psychiatre qui a formé à raison de six séances les professionnels à la connaissance de la maladie mentale : signes cliniques, diagnostic, traitements, conséquences sociales, évolution.

Cet effort de formation doit aujourd'hui être pensé pour l'équipe technique de l'Esat, il y a du savoir-faire, mais il reste la difficulté d'associer leurs interventions dirigées vers le travail avec la nécessaire prise en charge médico-sociale des usagers. Un problème d'identité professionnelle apparaît au sein de cette équipe et je me propose d'y pallier par la formation d'éducateur technique.

Des colloques, sont également organisés par l'association : l'ensemble des salariés est invité à participer, sans oublier nos partenaires, ainsi que nos collègues de la profession et les étudiants des différentes écoles de travailleurs sociaux. Cette politique d'ouverture à la réflexion commune produit de la culture et démontre que malgré le statut, malgré le secteur d'intervention, les professionnels ayant les mêmes préoccupations peuvent être amenés à réfléchir ensemble.

C'est dans un esprit de cohésion que nous développons nos pratiques et nos perspectives de développement en y associant aujourd'hui l'injonction du législateur qui impose au secteur social et médico-social l'évaluation des bonnes pratiques professionnelles. Nous allons découvrir dans cette dernière partie le regard et la manière dont je l'envisage.

3.3 Optimiser les ressources

L'évaluation a pour finalité de contribuer à l'élaboration d'un jugement de valeur, de préparer une décision, d'améliorer pratiquement la mise en œuvre d'une politique ou le fonctionnement d'un service. Dans tous les cas, il faut que le commanditaire et les autres destinataires de l'évaluation puissent s'approprier les résultats et les connaissances produites.

3.3.1 Une préoccupation de l'institution : mettre à disposition ses ressources

L'association s'inscrit en tant que gestionnaire dans un environnement, un territoire, un contexte et met à disposition des usagers un savoir-faire. L'errance, la marginalité des publics, le handicap pose problème dans la société. Une société, qui se veut soucieuse de l'égalité des chances et de la participation à la citoyenneté, tente de se doter de moyens afin de répondre au mieux aux besoins de l'utilisateur. C'est ainsi que l'on voit apparaître de nouveaux mots : « compensation, expérimentation, innovation, planification, évaluation, qualité... » Nous devons composer avec les injonctions du législateur, fussent elles pour certaines empruntées au langage du secteur marchand.

Notre activité professionnelle s'est construite sur des valeurs humanistes où l'intervention sociale vient compenser une injustice et rappeler que la dignité humaine est inaliénable.

Le développement de l'action sociale et médico-sociale est devenu une force économique, certes consommateur de moyens financiers, mais pas seulement. C'est aussi une ressource, avec des salaires, des impôts, mais surtout et avant tout, une réponse dont a besoin notre projet de société, tel qu'il est annoncé dans les droits de l'homme.

Sur le secteur marchand, l'innovation tire ses origines dans le développement de technologies diffusées au grand public afin d'améliorer les conditions de vie, les modes de communication, mais aussi, et ce n'est pas le moindre, rentabiliser et faire du profit « faire plus, faire mieux, encore plus vite avec de la plus value financière ». Sans qu'il y ait ce rapport de profit au sens de servir des intérêts particuliers, nous avons à subir de la part du législateur cette injonction « faire mieux, permettre la mobilité, développer de l'accompagnement à domicile, éviter l'institutionnalisation des usagers et rentabiliser le coût social » A l'intérieur de cette injonction, il y a à la fois une question de rentabilité du coût social, mais aussi donner une place digne d'intérêt à l'utilisateur devenu consommateur. En effet, si la notion de service était auparavant davantage orientée vers « rendre un service », aujourd'hui c'est devenu une prestation dans laquelle l'utilisateur peut faire des choix.

Cette question du choix et de la qualité de la prestation, me situe dans une réflexion de développement de projet. Comme nous l'avons vu, la structure a maintenant trouvé une stabilité dans son développement économique, dans son mode d'accompagnement, dans sa culture d'entreprise. Pour aller au-delà d'une réponse aux besoins des usagers par le travail en milieu protégé, il est envisagé un projet pour permettre l'insertion socioprofessionnelle en créant un nouvel espace intermédiaire entre l'Esat et le milieu ordinaire. Comme je le précisais dans le chapitre concevoir et adapter le travail, nous avons développé une activité viticole qui est adaptée à certains profils d'utilisateurs. C'est l'opportunité de redéfinir notre action et de dynamiser la partie rapprochement avec le milieu ordinaire en créant une entreprise adaptée qui deviendrait pour certains un sas de transition. Les liens avec les professionnels de la viticulture sont opérationnels et les circonstances favorisent notre désir d'apprendre, de découvrir et de favoriser les liens en impliquant les usagers. C'est un secteur économique qui peut favoriser l'emploi.

Ma réflexion dans aller au-delà de ce que nous faisons et de ce que nous savons faire, me conduit à faire un parallèle avec la responsabilité que j'assume dans le pilotage de groupement d'entraide mutuelle.

Ce dispositif a été mis en place suite aux orientations de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées qui apporte des réformes majeures pour l'ensemble de la population touchée par le handicap. Elle introduit aussi un concept nouveau et souhaité depuis longtemps par les associations : la reconnaissance du handicap psychique.

Dans le cadre d'une politique nationale de création de structures type «club », la section Unafam Jura, au nom des personnes atteintes de troubles psychiques, a obtenu le financement de quatre GEM sur les quatre secteurs résultant du découpage psychiatrique départemental.

Suite à la circulaire du 29 août 2005 recommandant le parrainage des GEM par une association loi 1901 œuvrant dans le champ de la santé mentale et du handicap, l'Unafam a choisi pour « parrain » l'ASMH pour le montage du projet et en assurer la gestion pédagogique , administrative et financière.

Conformément à la circulaire DGAS-PHAN-3b-2005 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des Groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques, au titre d'association oeuvrant dans le champ de la santé mentale et du handicap, parraine les GEM sur le département du Jura.

L'ASMH, a rattaché administrativement le service à l'Esat et ceci compte tenu de la particularité des problématiques psychiques propres à la population prise en charge dans les GEM. La coordination est assurée par un chef de service, faisant partie de l'équipe de direction.

Les Groupes d'entraide mutuelle trouvent leur base légale dans la loi n°2005-102 du 11 février 2005, tant comme moyen de prévention du handicap que comme élément de la compensation du handicap.

Véritable outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes en situation de fragilité, les GEM peuvent contribuer à assurer un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique.

L'adhésion volontaire en est le principe, ainsi que la liberté d'aller et venir, sans contrainte. L'accueil est inconditionnel, sauf à dire que les personnes accueillies devront respecter les règles élémentaires de vie collective.

Ce sont les bénéficiaires qui définissent les actions et activités des GEM. Ils sont soutenus dans cette démarche par les animateurs, dont le rôle est d'impulser les dynamiques collectives et de mettre en œuvre les moyens nécessaires, afin que les bénéficiaires s'en saisissent et définissent ensemble les actions et activités à mettre en place.

A terme, l'objectif est de permettre une autonomie complète des adhérents dans la gestion du dispositif avec le retrait de l'ASMH.

Ce concept nouveau pour notre association, me permet d'envisager autrement l'accueil de ce public suivi en psychiatrie et au-delà apporter des réponses quant aux besoins à satisfaire. C'est ainsi que peuvent se repérer des personnes reconnues handicapées par la CDAPH, isolées à la sortie de l'hôpital, et en besoin d'accompagnement social.

Au départ; l'idée du rattachement de ce dispositif à l'Esat était fondée sur la ressource de notre connaissance du public. Or aujourd'hui, en ce qui me concerne, ce nouveau concept devient ressource pour me permettre de penser l'utilisateur autrement que par le travail en Esat dans sa fonction participative. En effet toutes les personnes handicapées psychiques ne sont pas aptes au travail ou à la recherche d'un emploi.

Dans un autre domaine et dans un autre établissement de l'association, l'Esat est ressource concernant le démarrage d'un atelier à la vie active destiné à des personnes marginalisées, sortants d'hôpital psychiatrique et très éloignées de l'emploi. Notre expérience en matière de mise en place d'activité à caractères professionnels leur permet de se construire sans la contrainte du donneur d'ordre, si ce n'est malgré tout rendre un travail de qualité. Ma place dans ce système, ne se limite pas à cette coopération matérielle, elle se situe également dans un espace de participation au développement d'un moyen autre que le milieu du travail protégé qui se situe peut être en amont de l'Esat ou dans un espace intermédiaire entre le milieu du travail ordinaire et le travail adapté. Dans tous les cas cet atelier à la vie active sera un moyen pour ces personnes de s'identifier autrement que dans la maladie.

Il y a une recherche permanente de cohérence de la part de l'association dans les dispositifs départementaux proposés aux personnes en situation de handicap ou de souffrance psychique. C'est ainsi qu'au sens large, ce public en grande souffrance psychique du fait du handicap ou non, trouvera un lieu, un établissement, un travail avec des professionnels qui à l'intérieur d'un réseau associatif deviennent ressources. Ceci m'incite à partager les connaissances acquises de l'Unité de soutien.

Pour l'Unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle, il n'est pas envisageable de se développer davantage sur ce site. La capacité d'accueil a ses limites, tant au niveau des usagers si nous voulons garantir la qualité des pratiques professionnelles, qu'au niveau local en maintenant nos bonnes relations avec la population. Peut être qu'à l'avenir et en fonction des besoins recensés par le schéma départemental, il y aura la question de la mobilité des personnes et plutôt que de les déplacer géographiquement, ce sera le moment d'envisager un projet de création d'atelier sur les principales villes du Jura. Le schéma départemental et la mise en place du contrat d'objectifs et de moyens seront opportuns pour réfléchir aux réponses et aux dispositifs adéquats.

Actuellement la capacité d'accueil de l'Esat est de cinquante personnes et nous avons une liste d'attente de cinquante personnes ce qui révèle de réels besoins. Il se libère une place par an, ce qui laisse peu de possibilité à ces personnes d'intégrer la structure.

Ce travail de mémoire me fait prendre conscience que la structure est en perpétuel mouvement. La loi du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique, il semblerait qu'il y ait un meilleur repérage de ce public qui demande des moyens de compensation adaptés encore peu développés sur le département du Jura.

En cohérence avec les pouvoirs publics et les orientations de l'association, nous avons évalué l'ensemble des besoins, à notre connaissance, de personnes sans suivi social : soit elles sont en attente d'intégrer l'Esat, soit elles sont adhérentes au GEM, soit ce sont des personnes traumatisées crâniennes qui ont pour projet le maintien à domicile. Les besoins sont conséquents, l'association s'inscrit dans un projet de création de service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) qui fait partie des solutions innovantes dans la politique de maintien des personnes handicapées en milieu ordinaire et mandatée par le directeur général de l'association, je participe à la création de ce service.

Nous pouvons faire le constat d'une dynamique permanente fondée sur la participation, l'implication et ce qui fait culture dans nos pratiques professionnelles. Après avoir présenté ce dispositif nous allons engager une réflexion sur la démarche d'évaluation.

3.3.2 L'évaluation : une commande publique

Pour débiter ce chapitre, il m'a paru nécessaire de replacer l'évaluation dans son sens général pour nous l'approprier dans la commande du législateur, qui introduit, avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, une obligation d'évaluation pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

L'histoire de l'évaluation dans son sens général, est la convergence de deux modes opératoires. Une première logique, qui relève du monde de l'entreprise, a pour objectif de rationaliser la production industrielle de bien. Son système de normes, vise l'assurance qualité qui s'impose en convergence vers la qualité totale.

Une deuxième logique qui est un mode de gouvernance de l'action publique. Dans les pays émergents, les gouvernants n'arrivant pas à gérer leur ressource, il y a la nécessité de créer une stratégie de gouvernance avec mise en place de l'évaluation des politiques publiques. Cette pratique arrive en France pour accompagner la mise en œuvre des politiques publiques, d'autant plus que celle-ci se complexifie du fait de toutes les mesures et dispositifs ainsi que la multiplication des acteurs qui mettent en œuvre les politiques publiques, complexes et diverses du fait de la territorialisation par la décentralisation.

C'est à la fin des années quatre-vingt que l'évaluation arrive avec la démarche spécifique pour la modernisation de l'État «ne pas faire moins d'État mais faire mieux d'État », c'est ce qu'affirme Michel Rocard , alors Premier Ministre, qui introduit dans la

sphère politique, la question de l'évaluation des politiques publiques. On va passer d'une logique technocratique qui est de programmer, à une logique démocratique qui est de discuter le bien fondé des choix. Cette politique se mettra en place avec la planification qui aura pour objectif d'organiser et de répartir équitablement les interventions et les finances publiques. La rationalisation des choix budgétaires s'associe à la maîtrise des coûts et à leur efficacité.

Avec la mise en place du revenu minimum d'insertion, on instaure la première mise en œuvre d'un dispositif dont la poursuite est soumise à une évaluation qui se fera avec la création du comité national d'évaluation.

Pour accompagner cette démarche d'évaluation, la loi a prévu la mise en place d'un Conseil national de l'évaluation, remplacé depuis mars 2007 par l'Agence nationale de l'évaluation⁵⁰ de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette agence porte l'ambition d'impulser une culture de l'évaluation propre au secteur social et médico-social. Une volonté de collectes d'informations qui auront pour principe de valider ou, en cas de carence d'élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le terme « valider » a été retenu au cours du débat parlementaire pour insister sur la nécessité de s'appuyer sur toutes les démarches du terrain. Cette démarche rejoint ainsi les méthodes adoptées par la Haute Autorité de santé qui, dans tous les cas, fonde ses travaux sur les données existantes et établit ses recommandations grâce à un processus itératif conduit avec les professionnels et les usagers.

Afin de guider les établissements dans la démarche d'évaluation, l'Agence nationale de l'évaluation a conçu un modèle type⁵¹. Laissant cependant le choix de l'outil d'évaluation aux dirigeants. Ce guide s'inscrit dans un contexte où les démarches d'évaluation se mettent progressivement en place : il devra évoluer, être réactualisé et s'enrichir des multiples expériences qui auront été conduites dans les établissements et services dans les années à venir.

L'objectif est d'évaluer les bonnes pratiques professionnelles, nous allons devoir rentrer dans un principe de justification de nos méthodes de travail que nous allons traduire sous la forme de référentiels adaptés à l'organisation.

⁵⁰ Note d'orientation n° 2, *Procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles*. Paris le 24 janvier 2006. Site Internet : dgas-cnesms@sante.gouv.fr

⁵¹ Guide pour les établissements de l'évaluation interne – septembre 2006

La sémantique veut que justifier au sens du dictionnaire soit le principe de « la mise hors de cause », cela peut être aussi « faire admettre quelque chose, en établir le bien-fondé, la nécessité ». Cette seconde interprétation m'encourage à regarder l'évaluation sous cette forme, afin de concrétiser le bien fondé de nos pratiques professionnelles.

Malgré notre bonne volonté, le principe du référentiel ne pourra pas faire abstraction d'une constante qui est que la réalité n'est jamais théorique, même si nous avons des protocoles, des référentiels. Il faut arriver à redescendre jusqu'à l'observation précise de la réalité, son évaluation, il faut la retraduire en terme de besoin. C'est à ce moment là que l'on est dans la rigueur de l'évaluation, ce n'est pas lorsque nous sommes dans le remplissage d'une grille unique. Ce n'est pas toujours reproductible à l'identique, nous ne pouvons pas appliquer des modèles sans faire abstraction que l'on a à faire à des sujets, à de l'humain avec toutes ses composantes.

L'évaluation vise ainsi à assurer une amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles.

3.3.3 Piloter et mesurer : l'évaluation un outil d'amélioration des pratiques professionnelles

L'histoire et les personnes accueillies au sein de l'Unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle ont toujours impulsé une réflexion sur les pratiques professionnelles afin de construire un ensemble cohérent où il y a une attention particulière, orientée vers l'utilisateur et les salariés.

Aujourd'hui, cette attention particulière va s'orienter vers l'évaluation. C'est pour moi une réelle opportunité d'entrer dans un processus d'amélioration continue qui se matérialisera par le choix de travailler la question de la place de la mission médico-sociale dans la prise en charge des personnes handicapées psychiques. La traduction de cette évaluation sera de nouveau, un challenge qui se matérialisera par un plan d'amélioration des bonnes pratiques professionnelles.

La démarche de recherche d'amélioration de la qualité m'est inconnue, et c'est en collaboration avec le chef d'atelier, qui est formé à la démarche qualité que j'initierai la démarche. De par ma fonction, je serai porteuse du projet et garante de sa mise en œuvre. Avec mon expérience de la culture de l'implication et de la participation, j'aurai à cœur de fédérer l'ensemble du personnel et les usagers afin que chacun de sa place puisse participer à l'amélioration du fonctionnement.

L'évaluation est une démarche complexe dont les multiples enjeux exigent pour sa réalisation des conditions de clarté, d'où l'importance d'une méthodologie. Afin de la démarrer dans les meilleures conditions et pour lancer la réflexion, j'ai fait appel à un consultant qui nous accompagnera dans la méthodologie de la mise en place.

Pour terminer ce chapitre, cette démarche d'évaluation sera pleinement investie en coopération avec l'association qui à conscience que nos dispositifs doivent être en capacité de démontrer qu'au travers de leurs pratiques, ils répondent aux besoins des usagers dans le respect de la dignité.

CONCLUSION

L'organisation des établissements sociaux et médicaux sociaux, demande aujourd'hui une adaptation à l'évolution des publics accueillis. Cela nécessite une implication forte de l'ensemble des intervenants afin qu'il n'y ait pas de rupture de liens dans les actions développées au bénéfice de l'utilisateur.

Lorsque j'ai accepté la direction de l'unité de soutien et d'adaptation socioprofessionnelle, je me suis engagée avec mes valeurs, avec mon expérience, avec mon désir d'apprendre, à relayer une culture institutionnelle qui pense son fonctionnement en partant des besoins de l'utilisateur. La turbulence, l'instabilité, la gestion des écarts font partie du lot quotidien.

Dans ma fonction, je m'identifie comme un équilibriste qui en fonction des sensations va rechercher une posture afin de ne pas rejoindre le vide, tel le «funambule qui doit avancer sur un fil instable et regarder devant sans jamais penser à la chute éventuelle »⁵²

Ma recherche de compréhension sur la pérennité de l'équilibre de l'Esat, m'a conduite à faire le constat qu'il ne peut y avoir de pérennité pour l'établissement sans un apprentissage permanent qui répond aux besoins d'adaptation à l'environnement, dans lequel il évolue. C'est ainsi que notre politique du débat nous permet de mieux identifier, d'appréhender, de partager et de mettre en face des moyens de développement de la connaissance, d'avoir une politique de la formation et d'impliquer le personnel.

C'est dans une dynamique d'apprentissage que fonctionnent les équipes, donnent du sens au projet de la personne qui initialement a fait la demande de participer à la vie active, en intégrant le milieu du travail protégé. L'accompagnement individualisé se formalise à partir de ce lieu qui a une fonction socialisante de reconstruction de l'estime de soi. L'accès, le maintien, la stabilité ne peuvent se développer que s'il y a une réelle prise de conscience, que nous ne sommes pas là pour soigner les phobies, mais pour s'interroger sur ce que cela provoque et mettre en face des réponses adaptées

L'intervention auprès des personnes présentant des troubles de la santé mentale a traditionnellement été développée sur l'aspect curatif et sur la réadaptation. Or nous constatons que l'aspect préventif en associant le travail et le soin peut favoriser le développement et le maintien de l'équilibre mental des personnes, avec certes des périodes de ruptures, des écarts à gérer avec au bout du compte un enseignement qui serait celui de

⁵² ABATO.A. Docteur en psychologie, formateur consultant, président de l'association «systémie », Les cahiers de l'actif – N°308/309

dire que la santé mentale serait une compétence à acquérir plutôt qu'une caractéristique immuable.

Le contact avec ce public est riche de découvertes et constitue une source de réflexion qui impulse le désir de partager, d'apprendre, d'adapter et de transmettre une culture développée au sein d'un système interactif. Ainsi d'être en mesure d'accueillir tout nouvel arrivant avec ses manques, ses incompétences, et surtout de l'accueillir en tant que sujet singulier dans le désir de s'imprégner de cette culture de l'apprentissage, de la remise en cause, de l'implication.

Pour moi, la pérennité de l'équilibre de l'Esat se concrétise par le portage d'une organisation capable de transmettre le relais de ses pratiques professionnelles.

J'aurais pu donner à mon travail une toute autre approche, peut-être plus rationnelle, mais j'ai souhaité traiter de ces écarts qui mettent à mal les encadrants et le dispositif. Cette approche particulière n'a pas été simple à traiter, elle est difficilement démontrable, mais cela a été mon choix.

S'intéresser aux portes de la psychiatrie⁵³ – celles par lesquelles on entre en contact avec elle, celles qui permettent de la quitter – conduit à interroger les relations avec les professionnels qui sont au-delà de ces seuils : pourquoi, en amont, tant de personnes psychologiquement souffrantes encombrant-elles les services sociaux en mettant dans l'embarras leurs interlocuteurs sans parvenir à entrer dans les dispositifs soignants ? Pourquoi, en aval, tant de patients stagnent-ils dans l'univers psychiatrique plutôt que d'en sortir pour aller vers des structures sociales capables de les loger, de les accompagner dans leur vie quotidienne et leurs loisirs, de les aider dans leur insertion sociale ?

Avec l'évaluation, le dispositif pourra se découvrir sous une forme plus concrète et ouvrira probablement de nouveaux champs d'investigation avec de nouvelles perspectives.

⁵³ SASSOLAS M. Les portes du soin en psychiatrie. Ramonville-Saint-Agne. Editions Erès. 2002.

Bibliographie

- BAUDURET J.F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed. Dunod. 2002. p 322.
- BAUDURET J.F, DUBREUIL B, DUMONT. R. Et al. Ouvrage coordonné par M.JAEGER. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed Dunod.2005. p 1233.
- CAMBERLEIN P. *Le dispositif de l'action sociale et médico-sociale en France*. 2^{ème} édition. Paris : Dunod, 2005. p 440.
- CONSEIL SUPERIEUR DU TRAVAIL SOCIAL. *L'utilisateur au centre du travail social*. Rennes : ED. ENSP. 2007. p 165.
- FOUCAULT M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Mesnil-sur-l'Estrée. Ed. Gallimard, 1972. p 688.
- GODECHOT.J. *Les constitutions de la France depuis 1789*, Edition GF Flammarion mise à jour au 1^{er} septembre 1995. Paris. p 514.
- GOFFMAN E. *Le sens commun*. Ed. de Minuit. Paris, 1968. p 447
- IACONO. G. *Gestion des ressources humaines*. Paris : Ed. Gualino. 2002. p 296.
- JAEGER.M, BAUDURET.J.F, DUMONT.R., et al. *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*. Paris : Ed. Dunod.2005. 1233 p.
- LAVILLE. J.L, SAINSAULIEU. *Sociologie des associations*, Paris. Ed. Desclée de Brouwer. 1997. p 17
- LÉCUYER.R. *Les psychiatres et le réajustement des Centres d 'Aide par le Travail (CAT)*. Annales médico psychologiques, 22 mars 2005. 163 (2005), pp174-181
- LHUILIER J.M. *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*. Rennes : ED. ENSP. 2005. p 197.
- LOUBAT. J.R. *Instaurer la relation de service en action sociale et médico-sociale*. Paris. Ed. Dunod. 2002. p 258.
- MIRAMON. J.M, MORDOYAY.J.F. *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*. Edition DUNOD, 2003, p 160.
- MORIN Edgar, *introduction à la pensée complexe*. Edition ESF, 2000. p 158.
- Psychiatrie et santé mentale, 2005 – 2008, document Internet
- ROBERT CASTEL, *les métamorphoses de la question sociale*. Mesnil-sur-l'Estrée : Ed Folio essais, 1999. p 813.

SAINSAULIEU.R. *L'identité au travail*. 2^e édition 1985. Paris. Ed Presses de la fondation Nationale des Sciences Politiques, Armand Colin.

SASSOLAS M. *Le groupe soignant – Des liens et des repères*. Ed. Erès, 1999, p 232.

SASSOLAS M. *Les portes du soin en psychiatrie*. Ramonville-Saint Agne. Ed. Erès, 2002.

RECHERCHES INTERNET

Les centres d'aide par le travail (CAT) en Franche Comté- DRASS [visité le 22 avril 2007].

Disponible sur Internet : <http://www.franche-comté.santé.gouv.fr/cohesion-sociale/handicap>

Santé Mentale au Québec-« *De meilleur pratique* » à « *pratiques novatrices* » Volume 28, n°1, printemps 2003. Disponible sur Internet : <http://www.erudit.org>

COMITÉ EUROPÉEN POUR LA COHÉSION SOCIALE. *Stratégie de cohésion sociale révisée*. 31 mars 2004. [En ligne]. Strasbourg. [Visité le 20 janvier 2007]. Disponible sur Internet : www.coe.int/T/F/cohesion_sociale/politiques_sociales/

COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL ; *l'intégration des personnes handicapées dans la société*. 17 juillet 2002. [En ligne]. Bruxelles. [Visité le 25 janvier 2007]. Disponible sur Internet

Chaire D.S.O. Fiche de lecture. Dirigée par Monsieur Yvon PESQUEUX- CNAM ; Site Internet www.cnam.fr

Le droit des personnes handicapées au travail décent, document de travail N° 14-F. A.O'REILLY. Site Internet www.ilo.org

ARTICLES

Les cahiers de l'actif. *L'approche systémique en travail social* – N°308/309. 2002. p 47

Actualités sociales hebdomadaires. 2 décembre 2005. N° 2432, p 23

Vlassopoulou.C. *Une évaluation constructiviste des politiques publiques* Espaces temps, n°89/90 2005.P 122-129

Actualités Sociales Hebdomadaires – 19 novembre 2004 – n° 2382, p22

CONFERENCES

Conférence organisée par l'UNAFAM à Lons-Le-Saunier : « *Un joint : anodin ?* ».

Psychose et travail, journée de réflexion, Médecins psychiatres docteurs BONNAFOU, et ROBERT, Catherine PERROTIN, philosophe, non publié. Juin 2006

RAPPORTS

De la psychiatrie vers la santé mentale - Rapport de mission - Dr Eric Piel et Dr Jean Luc Roelandt – Juillet 2001, p 109.

Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches, rapport de CHARZAT.M remis à Ségolène Royale, mars 2002, p 138

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des effectifs ESAT et hébergement

Annexe 2 : Evaluation ouvriers

Annexe 3 : Projet professionnel d'aide et de soutien au travail

Annexe 4 : Fiche de projet

Grille d'observation et niveaux de compétences

Evaluation des compétences sociales

ANNEXE 1

TABLEAU DES EFFECTIFS E.S.A.T. et HEBERGEMENT

Catégorie	Nombre d'agents	ESAT Equivalents temps plein	Nombre d'agents	FOYER SAVS Equivalents temps plein
Direction	1	0,50	1	0,50
Administration	1	0,50	1	0,75
Socio éducatif Chef d'atelier	1	1		
Socio éducatif Moniteurs d'atelier	5	5		
Socio éducatif Chef de service			1	1
Socio éducatif Educateurs spécialisés			3	2,5
Monitrice éducatrice			1	0,75
Animatrice			1	0,75
AMP			1	1
Médical Psychiatre	1	0,17		
Para médical Psychologue	1	0,70		
Services généraux ESAT Services généraux foyer	1	1	4	2,5
Contrat aidé	1	0,75	1	0,75
Total	12	9.62	14	10,50

ANNEXE 2

ÉVALUATION OUVRIER																																																																																																								
Nom :		Date Évaluation C.A.T. :		Date de l'auto-évaluation :																																																																																																				
Prénom :				Animée par :																																																																																																				
Critère d'évaluation	évaluation C.A.T.	Observations	Observations																																																																																																					
	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td></tr> <tr><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td></tr> <tr><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> <tr><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td></tr> <tr><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td></tr> <tr><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td></tr> <tr><td>46</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td></tr> <tr><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td></tr> <tr><td>56</td><td>57</td><td>58</td><td>59</td><td>60</td></tr> <tr><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td></tr> <tr><td>66</td><td>67</td><td>68</td><td>69</td><td>70</td></tr> <tr><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td></tr> <tr><td>76</td><td>77</td><td>78</td><td>79</td><td>80</td></tr> <tr><td>81</td><td>82</td><td>83</td><td>84</td><td>85</td></tr> <tr><td>86</td><td>87</td><td>88</td><td>89</td><td>90</td></tr> <tr><td>91</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td><td>95</td></tr> <tr><td>96</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>100</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100			
1	2	3	4	5																																																																																																				
6	7	8	9	10																																																																																																				
11	12	13	14	15																																																																																																				
16	17	18	19	20																																																																																																				
21	22	23	24	25																																																																																																				
26	27	28	29	30																																																																																																				
31	32	33	34	35																																																																																																				
36	37	38	39	40																																																																																																				
41	42	43	44	45																																																																																																				
46	47	48	49	50																																																																																																				
51	52	53	54	55																																																																																																				
56	57	58	59	60																																																																																																				
61	62	63	64	65																																																																																																				
66	67	68	69	70																																																																																																				
71	72	73	74	75																																																																																																				
76	77	78	79	80																																																																																																				
81	82	83	84	85																																																																																																				
86	87	88	89	90																																																																																																				
91	92	93	94	95																																																																																																				
96	97	98	99	100																																																																																																				
Rapport au travail																																																																																																								
Attitude générale																																																																																																								
Dynamisme																																																																																																								
Capacité d'adaptation																																																																																																								
Capacité de compréhension et de mémorisation																																																																																																								
Motivation à travailler																																																																																																								
Connaissance du fonctionnement du C.A.T. (Règles de fonctionnement...)																																																																																																								
Accepte les suggestions / critique positive ou négative																																																																																																								
Fait des propositions d'amélioration																																																																																																								
Aptitude à s'exprimer																																																																																																								
Aptitude à écrire																																																																																																								
Aptitude à lire																																																																																																								
Aptitude à compter																																																																																																								
Autonomie au travail																																																																																																								
Conditions de travail																																																																																																								
Tolérance aux bruits																																																																																																								
Tolérance aux conditions climatiques																																																																																																								
Tolérance aux situations exceptionnelles																																																																																																								
Tolérance à la station debout																																																																																																								
Tolérance à la station assise																																																																																																								
Consignes de sécurité																																																																																																								
Accepte les consignes de sécurité																																																																																																								
Port des équipements de protection individuelle préconisée																																																																																																								
Ajuste son poste de travail en fonction de son anatomie (Réglage chaise)																																																																																																								
Capacité à portée des charges (20kg) avec posture adéquate																																																																																																								
Compétence professionnelle																																																																																																								
Utilisation de balances																																																																																																								
Utilisation Filmeuse / four																																																																																																								
Utilisation du transpalette																																																																																																								
Utilisation du chariot élévateur																																																																																																								
Utilisation du palant																																																																																																								
Utilisation matériel entretien espace vert																																																																																																								
Autres : (cutter...)																																																																																																								
Attitudes et habilité professionnelles																																																																																																								
Allure de travail																																																																																																								
Organisation poste travail																																																																																																								
Respect méthodologie / consigne																																																																																																								
Anticipation																																																																																																								
Précision du travail																																																																																																								
Conscience du travail																																																																																																								
Régularité																																																																																																								
Maîtrise de la coordination des gestes																																																																																																								
Fiabilité																																																																																																								
Rapport à soi																																																																																																								
Tenue vestimentaire																																																																																																								
Hygiène corporelle																																																																																																								
Confiance sur le travail réalisé																																																																																																								
Rapport au monde																																																																																																								
Connaissance de la place du C.A.T. dans la société / dans circuit économique																																																																																																								
Assiduité																																																																																																								
Ponctualité																																																																																																								
Rapport à l'autre																																																																																																								
Relation avec ses collègues (façon d'être ensemble)																																																																																																								
Relation avec l'encadrement																																																																																																								

ANNEXE 3

PROJET PROFESSIONNEL D'AIDE ET DE SOUTIEN AU TRAVAIL

Nom prénom Ouvrier	Confid entiel	Referent projet co-referent projet	Date démarrage projet	Constat & Objectif recherché	Analyse des Freins Analyse des causes (Hypothèses)	Actions envisagées	Quand :-fréquence -Date suivi projet		Date Présentation	Diager	Gueux Cheville	Gest imprim	Blister thermo	Vigne / espace	Divers
							Date ou Fréq: -des actions -des suivis	Prochain suivi projet							
D.L	Non	H V J B	17/05/2006	Maintenir l'état actuel de M D en terme psychique et professionnel	* Fragilité * Structuration personnalité * Parcours personnel	* Maintenir le travail de M D sur l'activité Gueux Cheville, en renforçant la polyvalence sur les différents postes de travail Bilan au 18/06/07 : M D a progressé dans sa faculté à être polyvalent, il est capable de tenir les 4 fonctions de la ligne Gueux. Nous avons proposé à M D de se former au poste de préparateur et également d'assister en cuisine les vendredis matins.	Actions: Quotidien Suivi: 6 Mois	20/12/2007		■	■	■	■	■	■
D L	Non	H V J B	17/05/2006		* Manque de confiance en lui * Peur du changement / nouveauté, perte de ces repères * Structuration personnalité * Se sent en danger par le regard de l'autre	* Continuer à être dans la disponibilité au quotidien * A chaque événement entraînant une opposition de M D, reprendre après coup, les explications nécessaires à la compréhension de la situation. Signifier et expliquer à M D qu'il n'y a pas de mise en danger pour lui. Bilan au 18/06/07 : Ce projet est en application et fonctionne plutôt favorablement. Ce projet est maintenu.	Actions: Quotidien Suivi: 4 Mois	20/12/2007	23/05/2006	■	■	■	■	■	■
D L	Non	H V + A B J B	20/06/2007	Mr D est fréquemment en retard le matin (une à deux fois / semaine), Nous souhaitons travailler avec Mr D sur la diminution de ses retards	* Difficulté à se lever le matin * Structuration personnalité * MD pense travailler plus que ses collègues et donc il peut se permettre d'arrivée en retard puisqu'il pourra récupérer	* Valoriser l'importance de sa présence le matin, sans forcément de comparatif de capacités ou de compétences avec ses collègues.	Actions: Quotidien Suivi: 4 Mois	20/12/2007	23/05/2006						
Dorand Yves	Non	AB MF	31/05/2006	Reprendre un rythme régulier de travail après ses différentes hospitalisations et périodes d'angoisses	* Fragilité psychique * Modification régulière des traitements par différents medecins * Traitement important actuellement générant une grande fatigue	* Continuer l'alternance entre atelier conditionnement forets et conditionnemet chevilles Bilan au 18/06/07 : M D est revenu a une stabilité sur l'année écoulée, il a néanmoins perdu des capacités professionnelles en particulier en terme de fiabilité. M D a maintenant des difficultés à vérifier son travail (mélange d'attaches de couleurs différentes sur la même série), ou à réaliser des opération relativement basiques comme le scotchage de cartons. En accord avec M D nous continuons cette alternance d'atelier.	Actions: Quotidien Suivi: 3 Mois	01/09/2006	22/06/2006	■	■	■	■	■	■

ANNEXE 3

PROJET PROFESSIONNEL D'AIDE ET DE SOUTIEN AU TRAVAIL

Nom prénom Ouvrier	Confid entiel	Referent projet co-referent projet	Date démarrage projet	Constat & Objectif recherché	Analyse des Freins Analyse des causes (Hypothèses)	Actions envisagées	Quand :-fréquence -Date suivi projet		Date Présentation	Diager	Gueux Cheville	Gest imprim	Blister thermo	Vigne / espace	Divers
							Date ou Fréq: -des actions -des suivis	Prochain suivi projet							
D Y	Non	AB M F	20/06/2007	Depuis plus de 10 mois M D est très perturbé de 8h à 9h30 le matin. Endormi sur son poste de travail, M D semble ailleurs. Nous souhaitons améliorer avec lui, cette période de la journée	* Fragilité psychique * Perte d'énergie * Pas de prise de repas au petit déjeuner	* Vérifier auprès de M D à son arrivée à l'ESAT que son petit déjeuner ait bien été pris * Faire le lien avec le Foyer d'hébergement	Actions: Quotidien Suivi: 6 Mois	20/12/2007	20/06/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
D Y	Non	AB M F	20/06/2007	Problème d'hygiène et de tenue vestimentaire Problème de tenue à table : glouton et M D se salit lorsqu'il mange , se tache ou salit les environs (tables, chaise ,sols).	* Fragilité psychique (ritualisation de son comportement). * M D ne souhaite pas changer ses habitudes, à savoir : - ne pas changer de vêtements durant la semaine. - Laver ses vêtements qu'une fois par semaine; - Utiliser d'une semaine à l'autre toujours les mêmes vêtements (jusqu'à usure, c'est à dire tous les 4 ans). *Le Rapport à la nourriture se situe dans le "gloutonisme", absorption de beaucoup de nourriture de façon très archaïque - préma	* Solliciter M D lorsque ses conditions d'hygiène, de tenue vestimentaire sont inacceptables ou sa façon de manger. * Faire le lien avec le Foyer d'hébergement pour prévenir de circonstances particulièrement inacceptables.	Actions: Quotidien Suivi: 6 Mois	20/12/2007	20/06/2007	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

● ● ● ● ● ●

ANNEXE 4

FICHE DE PROJET

- **Date :**
- **N° de projet :**

- **NOM – Prénom :**
- **Date de naissance :** . **Age :**
- **Durée de présence dans l'établissement :**
- **Durée de présence dans le service (F.H. ou S.A.) :**

- **Educateur référent :**
- **Moniteur référent :**

- **Suivi psychiatrique :** **Modalités :**

- **Suivi psychologique :** **Modalités :**

- **Tuteur :**
- **Curateur :**

- **Partenaires sociaux :**

- **Médecin traitant :**

- **Autre :**

SYNTHESE DES OBSERVATIONS :

- ☞ Photographie générale, éléments particuliers, homogénéité des compétences, critères les plus forts, critères les plus faibles, remarques sur les difficultés d'évaluation.
- ☞ Pour les critères sujets à variation, analyse des facteurs et éléments déclencheurs, précisions des particularismes...
- ☞ Pour les projets suivants évolutions constatées.

- **PROJET INDIVIDUALISE :**

- **Demande de la personne :**

- **Demandes autres (famille, secteur social, secteur médical, usagers,...) :**

- **Proposition de l'équipe :**

- **Grands axes de prise en charge :**

- **MISES EN SITUATION PROPOSEES :**
(supports éducatifs, outils, activités,...)

- **6 DIMENSIONS :**

- ☞ VIE SOCIALE.
- ☞ VIE AFFECTIVE.
- ☞ COMPETENCES DANS L'ENVIRONNEMENT.
- ☞ VIE INTELLECTUELLE ET CULTURELLE.
- ☞ RAPPORT AU CORPS ET A LA SANTE.
- ☞ VIE QUOTIDIENNE.

- **DES CRITERES DANS CHAQUE DIMENSION :**

☞ **VIE SOCIALE :**

Adaptation des comportements sociaux.
Attention, place donnée à autrui.
Communication échanges avec autrui.
Place dans le groupe.
Perception de la distance sociale.
Intérêt porté à la vie sociale.
Rapport à la règle.
Affirmation de soi.
Présentation de soi, image de soi.
Rapport à l'encadrement.
Echange diversifiés.

☞ **VIE AFFECTIVE :**

Vie familiale.
Liens amicaux.
Diversités des relations affectives.
Communication avec l'encadrement.
Empathie.
Relation et distanciation.
Contrôle des émotions.
Expression des affects et émotions.
Position face aux conflits.
Vie sexuelle.
Implication de la famille.
Motivation.
Adhésion au projet.

☞ **COMPETENCES DANS L'ENVIRONNEMENT :**

Capacité de déplacement.
Connaissance de l'environnement.
Adaptation à l'environnement nouveau.
Elargir son environnement.
Communiquer avec les personnes extérieures.
Perception des risques et du danger.
Faire un choix d'environnement.

☞ **VIE INTELLECTUELLE ET CULTURELLE :**

Repérage dans l'espace.
Repérage dans le temps.
Attention et concentration (disponibilité).
Elaborer des solutions.
Capacité de projet.
Accepter les savoirs d'un autre.
Accès au jeu et à l'imagination.
Loisirs et culture.
Utilisation des acquis scolaires (dans le quotidien).
Intérêt à apprendre, curiosité.

☞ **RAPPORT AU CORPS ET A LA SANTE :**

Hygiène corporelle.
Entretien habillement.
Rapport à l'alimentation.
Gestion de sa santé.
Valorisation du corps.
Perception des limites liées à l'handicap.
Accès à l'intimité.
Coopération du projet de soin.

☞ **VIE QUOTIDIENNE :**

Réagir à l'imprévu.
S'organiser, prévoir.
Gestion du temps libre.
Loisirs et activités.
Respect des rythmes biologiques.
Respect des rythmes du service.
Gestion de l'argent.
Hygiène et soin.
Participation collective.

UNE GRILLE D'OBSERVATION AVEC 7 NIVEAUX DE COMPETENCE

DEPENDANCE

INDEPENDANCE

(-) _____ (+)

REPLI La personne est exclusivement centrée sur elle- même, angoisse, problématique...	DEBUT D'INVESTISSEMENT ET D'OUVERTURE	INVESTISSEMENT AVEC EDUCATEUR En permanence	DEBUT D'INDEPENDANCE Action sans éducateur	INDEPENDANCE Actions réalisées entièrement sans éducateur	SE PROJETTE Capacité de projet et d'élaboration	VARIABILITE Stabilité Echelle 1 à 7

EVALUATION COMPETENCES SOCIALES

GRILLE D'OBSERVATION

DEPENDANCE

(-)

INDEPENDANCE

(+)

<u>CRITERES :</u>	REPLI	DEBUT D'INVESTISSEMENT	INVESTISSEMENT AVEC EDUCATEUR	DEBUT D'INDEPENDANCE	INDEPENDANCE	SE PROJETTE	VARIABILITE
DIMENSION VIE SOCIALE							
* Adaptation des comportements sociaux.							
* Place donnée à autrui							
* Communication échanges avec autrui.							
* Place dans le groupe.							
* Perception de la distance sociale.							
* Intérêt porté à la vie sociale.							
* Rapport à la règle.							
* Affirmation de soi.							
* Présentation de soi, image de soi.							
* Rapport à l'encadrement.							
* Echanges diversifiés.							
DIMENSION VIE AFFECTIVE							
* Vie familiale.							
* Liens amicaux.							
* Diversités des relations affectives.							
* Communication avec l'encadrement.							
* Empathie.							
* Relation et distanciation.							
* Contrôle des émotions.							
* Expression des affects et émotions.							
* Position face aux conflits.							
* Vie sexuelle.							
* Implication de la famille.							
* Motivation.							
* Adhésion au projet.							

CRITERES :	REPLI	DEBUT D'INVESTISSEMENT	INVESTISSEMENT AVEC EDUCATEUR	DEBUT D'INDEPENDANCE	INDEPENDANCE	SE PROJETTE	VARIABILITE
DIMENSION COMPETENCES DANS L'ENVIRONNEMENT							
* Capacité de déplacement.							
* Connaissance de l'environnement.							
* Adapation à l'environnement nouveau.							
* Elargir son environnement.							
* Communiquer avec les personnes ext.							
* Perception des risques et du danger.							
* Faire un choix d'environnement.							
DIMENSION VIE INTELLECTUELLE ET CULTURELLE							
* Repérage dans l'espace.							
* Repérage dans le temps.							
* Attention et concentration (disponibilité).							
* Elaborer des solutions.							
* Capacité de projet.							
* Accepter les savoirs d'un autre.							
* Accès au jeu et à l'imagination.							
* Loisirs et culture.							
* Utilisation des acquis scolaires (dans le quotidien)							
* Intérêt à apprendre, curiosité.							
DIMENSION RAPPORT AU CORPS ET A LA SANTE							
* Hygiène corporelle.							
* Entretien habillement.							
* Rapport à l'alimentation.							
* Gestion de sa santé.							
* Valorisation du corps.							
* Perception des limites liées à l'handicap.							
* Accès à l'intimité.							
* Coopération du projet de soin.							

<u>CRITERES :</u>	REPLI	DEBUT D'INVESTISSEMENT	INVESTISSEMENT AVEC EDUCATEUR	DEBUT D'INDEPENDANCE	INDEPENDANCE	SE PROJETTE	VARIABILITE
DIMENSION VIE QUOTIDIENNE							
* Réagir à l'imprévu.							
* S'organiser, prévoir.							
* Gestion du temps libre.							
* Loisirs et activités.							
* Respect des rythmes biologiques.							
* Respect des rythmes du service.							
* Gestion de l'argent.							
* Hygiène et soin.							
* Participation collective.							