



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

CAFDES

Promotion 2006

Personnes adultes handicapées

**CONSTRUIRE UN PROJET SOCIOPROFESSIONNEL
POUR PERSONNES HANDICAPÉES PSYCHIQUES
À PARTIR D'UN ESAT**

Georges SIMONET

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 L'ESAT : UN DISPOSITIF A RELIER AUX POLITIQUES DE SANTE MENTALE	5
1.1 Une double vocation médico-sociale et économique	5
1.1.1 Un droit au travail pour les personnes handicapées	5
1.1.2 La mission des ESAT : un dispositif peu conçu pour l'accueil de malades mentaux	6
1.1.3 Un dispositif revisité par la loi du 11 février 2005	7
1.1.4 Les soutiens médico-sociaux et éducatifs	8
1.1.5 Une mission d'intégration mise en question.....	8
1.1.6 Le financement	9
1.2 Le projet de l'Association de la Roche	9
1.2.1 L'empreinte d'un haut lieu et la source des valeurs fondatrices.....	10
1.2.2 De la vocation humaniste vers l'adossement aux politiques publiques	10
1.2.3 Les valeurs associatives au service du handicap psychique	12
1.2.4 Les établissements.....	13
1.2.5 L'équipe du personnel	13
1.2.6 Le projet de l'ESAT : des atouts et des faiblesses	15
A) L'atelier Conditionnement.....	15
B) L'atelier Blanchisserie industrielle	15
C) L'atelier Métallerie	16
D) L'atelier Espaces verts.....	16
1.3 Etude de population de l'ESAT : identifier l'évolution	16
1.3.1 Commentaires sur les données 2001	17
1.3.2 Commentaires sur les données 2006 et comparatif avec les données nationales	18
1.3.3 Un difficile retour à une activité professionnelle	18
1.3.4 Le poids des troubles psychiques : un désavantage social au travail	20
1.4 Les acteurs de l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées psychiques	20
1.4.1 Les acteurs du soin thérapeutique	21
1.4.2 La réadaptation.....	21
A) La réadaptation en secteur psychiatrique	21
B) La réadaptation financée par l'assurance maladie.....	22
1.4.3 Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ou clubs	22
1.4.4 Autres formules.....	23
1.4.5 Le réseau socio-familial	23

2	LES ENJEUX DE L'INTEGRATION SOCIOPROFESSIONNELLE DES MALADES PSYCHIQUES.....	25
2.1	La reconnaissance du handicap psychique	25
2.1.1	Les données générales	25
2.1.2	Notion de handicap : un sujet en débat	26
2.1.3	Le handicap psychique : une prise en compte récente.....	27
2.1.4	Handicap psychique, handicap mental : identité et polémique	28
2.1.5	Les troubles psychiques à l'origine des handicaps	29
2.1.6	Les spécificités du handicap psychique	30
2.1.7	Accueillir la souffrance psychique en ESAT : comprendre et agir	31
A)	La souffrance psychique des usagers	31
B)	La souffrance des intervenants.....	33
2.2	Les représentations liées au monde du travail.....	34
2.2.1	Une société profondément façonnée par le travail	34
2.2.2	Critique du travail comme lien social : un malentendu ?	35
2.2.3	Le handicap psychique à l'épreuve de la précarité : disqualification, désaffiliation, stigmatisation	36
A)	Public disqualifié ?	36
B)	Public désaffilié ?	37
C)	Public stigmatisé ?.....	38
2.2.4	Les présupposés de base de l'identité au travail.....	39
2.2.5	Les effets de l'intégration professionnelle.....	41
2.2.6	Reconnaissance et estime de soi	42
A)	La reconnaissance	42
B)	Estime de soi et confiance en soi.....	44
2.3	Les leviers de l'intégration socioprofessionnelle.....	45
2.3.1	Les champs des habiletés.....	45
2.3.2	La préparation au travail et l'accompagnement.....	47
A)	Du bilan virtuel au projet réaliste.....	47
B)	L'accompagnement	48
2.3.3	Les conditions de réussite.....	49
3	CONSTRUIRE UN PROJET SOCIOPROFESSIONNEL ADAPTE : UNE ARTICULATION PLURISECTORIELLE	55
3.1	Première partie : une stratégie ciblant l'articulation des partenaires.....	55
3.1.1	Analyse de la situation préalable	56
A)	Les forces internes : engagement et dynamisme	56
B)	Les faiblesses internes : financement et tradition	56
C)	Les opportunités externes : pression sociale et renouveau.....	58
D)	Les menaces externes : géographie et résistances	59
3.1.2	Les différentes étapes du projet	60

A)	Étapes externes :	60
B)	Étapes internes :	61
3.2	Seconde partie : la mise en place opérationnelle.....	63
3.2.1	Contenu de la prise en charge	63
A)	Les mesures générales	63
B)	Les mesures relatives à l'encadrement	67
C)	Les mesures vis-à-vis des usagers	69
3.2.2	Les moyens :	72
A)	Moyens humains :	72
B)	Moyens financiers	73
3.3	Troisième partie : l'évaluation.....	73
3.3.1	Délimitation du domaine d'évaluation interne : quel service rendu ?.....	74
3.3.2	Définition des critères d'évaluation	76
A)	L'évaluation du service voulu.....	76
B)	L'évaluation du service réalisé :.....	77
C)	L'évaluation du service perçu et du service attendu	77
	CONCLUSION.....	79
	BIBLIOGRAPHIE.....	81
	LISTE DES ANNEXES	84

Liste des sigles utilisés

A.A.H.	Allocation Adulte Handicapé
ADIPSH	Association Départementale pour l'Insertion Professionnelle et Sociale des Travailleurs Handicapés
AGEFIPH	Association de Gestion des Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées
A.P.	Atelier Protégé
A.R.H.	Agence Régionale de l'Hospitalisation
BAPC	Budget Annexe de Production et de Commercialisation
BPAS	Budget Principal d'Action Sociale
C.D.A.P.H.	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
C.A.T.	Centre d'Aide par le Travail
C.A.T.T.P.	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CIH	Classification Internationale du Handicap
C.N.E.S.M.S.	Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale
COTOREP	Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
C.D.T.D.	Centre de Distribution de Travail à Domicile
C.M.P.	Centre Médico Psychologique
D.R.E.S.S.	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
D.R.S.P.	Département de Réadaptation Socio-Professionnelle
E.P.S.R.	Equipe Pluridisciplinaire de Suivi et de Reclassement
E.S.A.T.	Etablissement ou Service d'Aide par le Travail
E.A.	Entreprise Adaptée
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
H.I.D.	Handicaps Inadaptations Dépendances
IME	Institut Médico Educatif
IMPro	Institut Médico Professionnel
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Psychologique
PDITH	Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés
R.T.S.M.	Réseau Territorial de Santé Mentale
UNAFAM	Union Nationale des Familles et Amis des Malades mentaux

Introduction

L'Association de la Roche, sise à Tarare (Rhône), accueille 250 adultes handicapés au sein de plusieurs établissements de travail protégé, accueil de jour et foyers d'hébergement. En mai 2004, alors que j'assumais depuis quatre années la direction des foyers d'hébergement, le conseil d'administration, répondant ainsi à la carence de directeur général, vote la réorganisation des établissements. Le président de l'association me confie la direction de l'ESAT et de l'Entreprise Adaptée que je dirige depuis. La mission qui m'est donnée, outre la gestion ordinaire de ces établissements, comporte la restructuration des services et des activités, la mise en œuvre des dispositions légales en matière de prise en charge des usagers ainsi que la conduite des projets d'extension et de transformation sur le champ du travail protégé. Ma prise de fonction coïncide avec la création de mon poste de directeur des ateliers qui n'existait pas dans l'organisation des établissements.

Comme beaucoup d'organisations médico-sociales, la nôtre est confrontée, depuis quelques années, au vieillissement de sa population et donc à son renouvellement. Dans ce contexte, notre institution est de plus en plus sollicitée, parfois avec insistance, à accueillir des adultes handicapés porteurs de troubles psychiques. Pendant longtemps, l'effectif traditionnel de notre institution comptait une distribution équilibrée entre adultes handicapés mentaux et adultes handicapés psychiques. Nous le verrons, notre association s'est historiquement distinguée – de façon pionnière dans le département du Rhône – dans la prise en charge de malades mentaux en ESAT. Toutefois, l'évolution des admissions conclues ces dernières années nous conduit à dresser un profil sensiblement différent des candidats à l'admission, au point que leur spécificité n'a pas manqué de bousculer nos pratiques et nos modes de prise en charge. Si l'on peut hésiter à parler d'un « nouveau public » à l'endroit de cette nouvelle génération d'usagers, je me suis attaché à objectiver, de ma place de directeur, soucieux de sa mission d'accueil et d'accompagnement, l'émergence de « nouveaux besoins » identifiés au cours de leur intégration dans nos établissements.

Tout d'abord, sur un plan général, j'observe que leur situation est contingente de plusieurs évolutions cruciales :

- *Evolution des traitements médicaux*

Les nouvelles générations de traitements neuroleptiques ont permis à de nombreux patients de concilier la sédation des troubles et l'adaptation satisfaisante à une vie sociale et professionnelle. Tout en contenant la production psychique et l'angoisse à un niveau acceptable, ils ont considérablement limité les effets incapacitants qui interdisaient le plus souvent une intégration socioprofessionnelle. On est donc en présence d'une population plus dynamique et plus réactive.

□ *Evolution du profil des candidats*

Conséquence du point précédent, le public qui se propose à l'admission présente une moyenne d'âge moins importante car ayant connu un parcours psychiatrique plus court. Ils ont des attentes plus précises et plus exigeantes en matière de projets d'avenir, de formation, d'autonomie, ... même si leurs capacités réelles ne reflètent pas toujours ces attentes.

□ *Evolution du traitement social de la maladie mentale*

Le regard de la société de manière générale, sous l'impulsion des campagnes de sensibilisation au handicap et à la maladie mentale, le traitement institutionnel des troubles psychiques par le secteur psychiatrique (externalisation des soins, suivi médical ambulatoire, politique publique de déshospitalisation...) entraînent un transfert accru de ce public depuis le secteur sanitaire vers le secteur social et médico-social.

Ensuite, sur le plan de leur intégration socioprofessionnelle, je constate de grandes difficultés dans la conduite des démarches de candidature en ESAT même lorsque les personnes disposent d'un accompagnement socio-éducatif : démarches longues, interrompues, indécises, contradictoires, ... Au cours de leur stage de pré-admission, on note de lourdes difficultés à reprendre des horaires, un cadre et un rythme de travail, à articuler séquences de travail et de vie sociale, ... Souvent, le parcours est interrompu par une ré-hospitalisation lorsqu'il ne se solde pas par un renoncement temporaire, voire définitif au projet.

Enfin, plus que toute autre considération, j'ai mesuré le caractère indispensable du travail en partenariat avec l'ensemble des soutiens dont dispose le candidat : suivi médical, cellule familiale, accompagnement à la vie sociale et à l'hébergement. La reprise d'une activité professionnelle ne peut s'engager harmonieusement sans se prévaloir d'un projet de vie global. L'expérience nous enseigne que leur rapport à la réalité et à autrui est toujours angoissant et difficile de sorte que l'effort de socialisation qu'exige leur intégration demeure une étape parfois insurmontable. Nous verrons, à la lumière des études et pratiques des acteurs de l'insertion socioprofessionnelle que prendre en compte les aléas de la maladie mentale, les discontinuités et les variabilités qui en découlent, c'est nécessairement inscrire l'intégration socioprofessionnelle dans la construction, dans la durée et au sein du réseau primaire de la personne handicapée psychique. C'est tout l'enjeu auquel peut répondre la fonction de direction lorsqu'elle s'inscrit pleinement dans l'adaptation des moyens de l'établissement aux besoins de l'usager, d'une part au sein de l'organisation institutionnelle mais d'autre part également dans l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social.

Dès lors, l'objet de l'action du dirigeant aux prises avec cette problématique pourrait être contenue dans les interrogations suivantes :

Comment créer, pour la personne handicapée psychique admise en ESAT, les conditions d'accueil et d'accompagnement propres à répondre à ses besoins ?

Quels dispositifs mettre en œuvre pour articuler les différents moyens et actions des acteurs impliqués dans la mission d'intégration socioprofessionnelle de ce public ?

Quelles stratégies le directeur doit-il retenir pour impulser cette dynamique de changement au sein de l'organisation en combinant les impératifs liés à la fois aux besoins des usagers et aux logiques des différents acteurs impliqués dans ce mouvement ?

C'est l'objet de ce mémoire qui traite de la mise en œuvre d'un projet de réhabilitation sociale et professionnelle mené pendant deux années au cœur de l'ESAT de la Roche.

Dans une première partie, nous examinerons comment le dispositif proposé par l'ESAT contribue aux politiques de santé mentale au service de la personne handicapée :

- au travers du projet et de l'organisation de l'Association de la Roche, gestionnaire de l'établissement dont j'assume la direction,
- dans le cadre de la mission conférée aux ESAT dans leur rôle d'intégration sociale et professionnelle telle que définie par les dispositions légales et leur traduction dans le tissu territorial,
- en lien avec les organisations sensibilisées au handicap psychique, œuvrant dans les champs limitrophes en amont ou en aval des finalités de l'ESAT de la Roche.

Dans une seconde partie, nous chercherons à approfondir les caractéristiques et les besoins des personnes souffrant de handicap psychique. Nous analyserons en particulier les références utiles à la compréhension des enjeux de l'intégration socioprofessionnelle, notamment dans sa filiation avec la question du travail et celle de l'identité professionnelle. Nous chercherons enfin à mettre en lumière la question de l'articulation entre sanitaire et social à l'aune des recommandations des contributions récentes aux politiques d'action sociale.

Dans une dernière partie, nous détaillerons les stratégies et actions que j'ai mises en œuvre au sein de l'établissement pour améliorer l'accueil et l'accompagnement de la personne handicapée psychique afin de prévenir l'émergence de ruptures synonymes d'échec. Au-delà de la valorisation personnelle et de la qualification du travail, nous étudierons les actions et mesures de partenariat intentées avec le secteur psychiatrique mais aussi avec le secteur associatif pour créer les conditions de la réussite de l'intégration socioprofessionnelle de la personne handicapée psychique.

1 L'ESAT : un dispositif à relier aux politiques de santé mentale

Les politiques publiques en direction des personnes handicapées se sont construites progressivement au cours du XX^e siècle. Après le droit à réparation, puis le droit à la rééducation, le principe de non discrimination se substitue à celui de réadaptation. Et aujourd'hui le droit à compensation des conséquences des handicaps devient l'expression de l'égalité de droit pour l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière. Cette évolution a produit de nombreux textes manifestant la volonté du législateur de concilier deux mouvements paradoxaux : d'une part, assurer une protection (et donc une législation) spécifique aux exclus de l'accès au travail, d'autre part promouvoir l'intégration de ce public dans les dispositifs de droit commun. Nous allons limiter notre attention à ceux qui peuvent éclairer notre propos.

1.1 Une double vocation médico-sociale et économique

1.1.1 Un droit au travail pour les personnes handicapées

Créés par le décret du 2 septembre 1954 traitant des « établissements d'assistance par le travail », les établissements ou Services d'Aide par le Travail (ESAT) ont reçu l'appellation de centres d'aide par le travail (CAT) par la loi du 23 novembre 1957 et ont vu leur officialisation par la loi 75-534 du 30 juillet 1975. Elle institue même au rang d'obligation nationale l'accès à l'emploi pour les personnes handicapées¹. Pour les adultes, elle régit l'emploi et le reclassement professionnel des travailleurs handicapés, précise les conditions de leur orientation par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et crée l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La loi n° 87-517 du 10 juillet 1987 relative l'emploi des personnes handicapées instaure :

- ❑ l'obligation pour les entreprises de plus de vingt salariés d'embaucher 6% de personnes handicapées en dérogation de quoi une contribution est versée à un organisme collecteur: l'AGEFIPH (Association de Gestion des Fonds d'Insertion des Personnes Handicapées).
- ❑ la sous-traitance avec les CAT et les Ateliers protégés est officiellement reconnue et encouragée.

¹ Article 1 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 : « la prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi et la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès aux sports et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. »

- ❑ la mise en place du Plan Départemental d'Insertion des Travailleurs Handicapés (PDITH) qui fait obligation à chaque département d'une planification de l'emploi en faveur de ce public.

La loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap inscrit dans le Code pénal l'interdiction de refuser aux personnes handicapées l'accès à l'emploi, au logement ou aux activités de consommation et de loisirs.

Notons l'adoption par le Conseil de l'Union européenne d'une directive (2000/78/CE) portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

1.1.2 La mission des ESAT : un dispositif peu conçu pour l'accueil de malades mentaux

Il est important de noter que, bien que la circulaire 60AS prévoit l'accueil de malades mentaux en ESAT en précisant que s' « 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 »², il s'agit néanmoins de « veiller à ce que l'accueil de malades mentaux reste limité afin de ne pas rompre l'équilibre de la population reçue par le centre d'aide par le travail et de ne pas détourner la vocation de celui-ci qui reste avant tout l'accueil et la mise au travail des personnes handicapées. »³

En tout état de cause, la circulaire dispose que l'accueil de malades mentaux en ESAT est conditionné par la conclusion d'une convention associant organisme gestionnaire, secteur psychiatrique et autorité départementale afin de fixer les conditions dans lesquelles sont pratiquées les interventions thérapeutiques nécessaires mais également les activités offertes aux personnes accueillies.

Le Code de l'action sociale et des familles (CASF), dans son article 167, définit ainsi la mission des ESAT : « [...] offrir aux adultes handicapés, qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires, ni dans un atelier protégé, [...] des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale. » La circulaire 60AS du 8 décembre 1978 est actuellement le seul texte de référence matérialisant la vocation et les caractéristiques de cet établissement : d'une part, une structure médico-sociale chargée d'apporter sécurité et soutien médico-social, d'autre part une structure de mise au travail soumise à des contraintes économiques.

² Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative aux centres d'aide par le travail, art. 144-2

³ Idem., art. 144-22

Une recommandation du Conseil de l'Europe reconnaît la mission des ESAT comme alternative à l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés : « Les centres d'aide par le travail, là où ils existent, sont chargés d'accueillir des personnes qui, à cause de leur incapacité, ne peuvent pas travailler en atelier protégé ou en milieu ordinaire, mais sont néanmoins capables, grâce à un soutien médico-éducatif, d'exercer une activité à caractère professionnel ouvrant droit à une rémunération et se distinguant d'une activité purement occupationnelle. »⁴

1.1.3 Un dispositif revisité par la loi du 11 février 2005

La loi du 11 février 2005⁵, en délimitant le terme de handicap, introduit pour la première fois la notion de *handicap psychique* :

« Art. L. 114. - Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. »

La loi, notamment dans la section 2 (articles 26 et suivants) comporte un grand nombre d'articles visant à favoriser l'insertion professionnelle, le maintien dans l'emploi et la formation professionnelle des personnes handicapées.

Enfin, elle renforce considérablement les dispositions relatives à l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (section 1 du chapitre III du titre II du livre III) notamment en alourdissant les pénalités à l'adresse des employeurs dérogeant à leurs obligations.

L'orientation des usagers de l'ESAT est conditionnée par une notification ordonnée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui regroupe, depuis la loi du 11 février 2005, les attributions de la COTOREP (Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel) et de la CDES (Commission Départementale de l'Education Spéciale). Elle délivre la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) qui demeure la condition d'accès à l'admission en ESAT. Par ailleurs, la loi réaffirme la vocation médico-sociale de l'ESAT. En conséquence, les travailleurs accueillis ne possèdent pas le statut de salariés mais d'usagers d'un établissement médico-social. Ils n'ont pas de contrat de travail et ne peuvent donc être l'objet d'une mesure de licenciement. Toutefois, certaines dispositions du droit du travail s'appliquent aux ESAT telles que la santé, l'hygiène, la sécurité. Les personnes admises

⁴ Article 3.6 de la recommandation n°R(92) 6 du Comité des Ministres aux Etats membres, relative à une politique cohérente pour les personnes handicapées – 9 avril 1992.

⁵ « Loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »

en ESAT peuvent exercer leur activité à l'extérieur de l'établissement sous forme de mises à disposition collectives (équipes de travailleurs encadrés) ou individuelles chez les donneurs d'ouvrage. Jusqu'à présent, un salaire était versé par l'ESAT aux travailleurs handicapés, auquel s'ajoutait un complément de rémunération à la charge de l'Etat. Ils bénéficieront désormais d'une rémunération garantie versée par l'établissement tenant compte du temps de travail (temps plein ou partiel). En contrepartie, les établissements, pour financer cette mesure, percevront une aide au poste financée par l'Etat.

La loi inaugure également le contrat de soutien et d'aide par le travail qui est l'équivalent du contrat de séjour de la loi 2002-2.

Enfin, la loi instaure surtout de nouveaux droits au public accueilli en ESAT : droit à congé, VAE, congé de présence parentale...

1.1.4 Les soutiens médico-sociaux et éducatifs

La circulaire 60AS distingue deux types de soutien que l'ESAT a vocation à apporter aux travailleurs handicapés en vue de leur épanouissement personnel :

- les soutiens de 1° type, liés au travail dispensés généralement par l'accompagnement technique et éducatif du moniteur d'atelier : apprentissage des techniques et gestes professionnels, des postes de travail, des méthodes de travail, formations, ...
- les soutiens de 2° type qui recouvrent une grande variété d'actions ou de projets extra-professionnels : loisirs, sportifs, culturels, thérapeutiques, pédagogiques, ... destinés à renforcer l'intégration et l'identité sociale.

Je considère que les actions de soutien fondent véritablement l'identité médico-sociale de l'ESAT en ce qu'elles resituent dans une dimension globale la prise en charge des usagers du service en visant un épanouissement non segmenté du projet de vie. Pour des raisons développées ultérieurement, j'ai orienté prioritairement le choix de ces activités vers des actions de formation, de valorisation, de sensibilisation et de reconnaissance professionnelle.

1.1.5 Une mission d'intégration mise en question

Parmi les critiques adressées aux ESAT, l'interrogation de leur mission d'insertion professionnelle est régulièrement posée. Plusieurs rapports de la Cour des comptes (1982, 1993) pointent l'érosion régulière du taux de sortie des ESAT en direction du milieu ordinaire. Le rapport sur le travail protégé de 1984 indique un taux voisin de 1% des effectifs en moyenne, chiffre corroborant mes observations à l'ESAT de la Roche. Plusieurs explications ont été avancées, parmi lesquelles la crise de l'emploi, le statut financier des travailleurs handicapés, les caractéristiques psychosociales de cette

population ou encore la posture protectrice de la structure médico-sociale. Pour servir l'objet de ce mémoire, je rappellerai qu'à l'origine, les ESAT n'ont pour vocation ni d'assurer une préparation ou une formation professionnelle, ni de trouver un emploi dans le monde ordinaire du travail⁶. Si la mission d'insertion sociale et professionnelle est bien inscrite comme principe, il faut noter que «l'organisation de projets individualisés de formation (comparable au plan de formation permanente des encadrants) reste rare : le poids des activités économiques, la faible présence de personnel de soutien au sein des équipes de CAT ainsi que l'absence d'un budget de formation continue dans le budget alloué par l'Etat en sont sans doute les principales explications⁷. »

1.1.6 Le financement

L'ESAT est financé au titre de l'aide sociale de l'Etat sur le budget du ministère de la santé et de la protection sociale par le biais d'une dotation globale (DGF), arrêtée par le préfet de département et versée à l'établissement par douzièmes. Cette dotation couvre les charges de fonctionnement de l'établissement et constitue le Budget Principal d'Action Sociale (BPAS). Le budget social autorisé pour 2005 pour l'ESAT de la Roche titre un coût annuel à la place de 10 225€ qui demeure inférieur à la moyenne nationale. Les dépenses se répartissent avec la distribution suivante : 72% pour les charges afférentes au personnel, 17% pour les charges relatives à l'exploitation courante et 11% pour les charges relatives à la structure.

Les produits issus de la commercialisation de la production forment le Budget Annexe de Production et de Commercialisation (BAPC) destiné à couvrir les charges de fonctionnement et d'investissement de l'outil de production ainsi que les salaires versés aux travailleurs handicapés. Le chiffre d'affaires de l'ESAT de la Roche pour 2005 s'élève à 2 400 000 € pour un résultat net excédentaire de 364 000 €. Les dépenses sur le budget commercial de l'ESAT de la Roche se répartissent comme suit : 60% pour les charges de personnel, 23% pour les achats, 9,5% pour les services extérieurs, 6% pour les charges d'amortissement, 0,4% pour les frais financiers.

1.2 Le projet de l'Association de la Roche

Aujourd'hui, l'Association de la Roche est identifiée dans le département du Rhône comme un acteur central de l'intégration socioprofessionnelle pour les personnes souffrant de handicap psychique. Nous allons voir que cette place s'est constituée de manière tout à fait singulière par une conjugaison qu'un retour sur l'histoire peut nous aider à appréhender.

⁶ Article 131 de la circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 relative aux centres d'aide par le travail

⁷ Gérard Zribi., *L'avenir du travail protégé*, ENSP, 1998, p. 66

1.2.1 L’empreinte d’un haut lieu et la source des valeurs fondatrices

En 1970, l’Archevêché de Lyon décide la fermeture du petit séminaire⁸ situé sur la commune des Sauvages, à proximité de Tarare (Rhône). Ce dernier était géré par l’ordre des prêtres du Prado dont la devise « aller au service des plus pauvres » s’illustrait dans l’environnement rural de ce lieu isolé. Pour assurer sa subsistance et la gestion matérielle de l’établissement, le séminaire comptait un certain nombre de sœurs du Prado (pour la lingerie et la cuisine) et un frère économe, le Frère Roger Jacquet. Celui-ci dirigeait, entre autres choses, une petite ferme dont le personnel était constitué de gens démunis qui n’auraient pu trouver place ailleurs, en raison de leurs moyens limités. A la fermeture du séminaire, le Frère est confronté à la décision de leur devenir et se résout à trouver pour l’établissement une orientation conforme à la vocation première de l’Ordre. Avec l’aide de notables locaux et l’appui de l’ADAPEI et de l’UNAFAM, le projet de création d’un CAT à destination de personnes handicapées mentales et psychiques voit progressivement le jour. En mars 1972, l’Association de La Roche est créée. En octobre, le Conseil Général se porte acquéreur de la propriété (700 000.00 Francs) et vote la subvention pour les premiers travaux de mise en état, conformité et aménagement.

En mai 1973, le CAT ouvre ses portes pour accueillir 15 ouvriers.

1.2.2 De la vocation humaniste vers l’adossement aux politiques publiques

A l’examen de son historique, la naissance de l’Association de la Roche est le fruit de la conjonction singulière de trois événements fondateurs :

- l’héritage d’une communauté religieuse militant localement pour des valeurs humanistes au service des plus démunis. On la retrouve aujourd’hui dans la représentation majoritaire au sein du Conseil d’administration de bénévoles ayant effectué leur scolarité au petit séminaire. L’engagement associatif s’appuie davantage sur la sécularisation des principes de charité chrétienne que sur la défense catégorielle d’intérêts liés au handicap, comme ce peut être le cas, par exemple, pour une association de parents.
- la fermeture du petit séminaire qui a enjoint les fondateurs à redonner au lieu une nouvelle vocation, compte tenu de la présence d’une population de nécessiteux que l’établissement faisait vivre. Elle explique la présence, dès l’origine, d’une cohabitation entre déficients intellectuels et malades mentaux au sein de l’institution.
- le mouvement amorcé dans les années 70 en faveur de la déshospitalisation de malades mentaux des trois hôpitaux psychiatriques lyonnais : St Cyr au Mont d’Or, Le Vinatier et St Jean de Dieu. En raison du rejet qu’inspire à l’époque cette disposition,

⁸ pour un historique plus conséquent, se reporter à l’Annexe 2

l'insertion de ce public se fait prioritairement à cette époque sur des sites isolés en zone rurale.

Les outils d'analyse élaborés par J. Haeringer⁹ permettent de cerner l'identification des logiques institutionnelles à l'œuvre au cœur des associations d'action sociale et médico-sociale. Il discerne quatre occurrences qui gouvernent l'organisation : logique domestique, d'aide, d'entraide ou de mouvement. A l'examen de la grille d'enquête proposée par J. Haeringer, je relève que l'Association de la Roche ressort clairement d'une logique d'aide que le sociologue définit comme telle :

La solidarité : la philanthropie s'exprime dans la sollicitude à l'égard des plus démunis. Quelle que soit son inspiration (philosophique, religieuse...), elle part du sentiment que les acteurs ont une responsabilité vis-à-vis de la détresse d'autrui, ce qui entraîne les personnes vers le don à l'autre. Les acteurs ont conscience d'une dette sociale dont ils doivent s'acquitter par des actions de bienfaisance.

L'action collective est portée par un engagement altruiste : il s'agit de s'engager dans une cause, pour une catégorie de publics.

Le rapport entre espace public et espace associatif valorise le service qui prime sur tout autre forme de débat. L'engagement altruiste a plus de valeur que les ressources nécessaires à sa réalisation : « il n'a pas de prix ».

Les rapports sociaux entre promoteurs et bénéficiaires se concrétisent dans une inégalité des rapports sociaux : il y a partage des places et des rôles entre promoteurs et usagers. Le diagnostic institutionnel inscrit manifestement l'association dans une logique « publique » dans laquelle les ayants-droit sont déterminés par les politiques publiques, la régulation avec l'environnement institutionnel est de type tutélaire avec fixation des normes par les pouvoirs publics et la qualité et les critères de recrutement évalués par conformité aux règles administratives.

Quelle est l'utilité d'un tel diagnostic ? Elle est double : le diagnostic institutionnel permet d'élaborer :

- des scénarios de changement qui ne se réduisent pas à une amélioration des services, mais contribuent à relancer une dynamique associative sur un projet organisationnel. Il donne à identifier les inflexions pour une dynamique collective qui fasse davantage place à la diversité des acteurs. Il permet aussi une réflexion sur les conditions de la démarche de changement ainsi que sur les modalités de participation des acteurs (bénévoles, salariés et usagers).

⁹ Joseph Haeringer, Frédéric Traversaz, *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002

- une évaluation à partir du diagnostic qui met en évidence le référentiel qui guide concrètement l'action collective, outil nécessaire à l'évaluation. Son explicitation permettra d'apprécier sa cohérence avec les intentions des acteurs et leur projet.

A l'aune des éléments collectés, je retiens plusieurs critères à prendre en compte dans l'élaboration du projet :

l'attachement viscéral des administrateurs au site de la Roche comme lieu héritier de la pureté des principes fondateurs. Il est à noter que la transmission des valeurs associatives tient davantage à la charge symbolique prêtée au lieu qu'à l'engagement de ses membres dans une action militante. De fait, tout nouveau projet est jugé du point de vue de sa cohérence avec le projet initial humaniste utopique,

une professionnalisation accrue du personnel d'encadrement consécutive à la fois au recrutement d'acteurs diplômés et à une politique interne de formation qualifiante. Ce mouvement est à mettre en regard avec la présence de personnel plus ancien et non diplômé qui peut occasionner tensions ou clivage,

une formalisation plus normative des exigences réglementaires en matière de prise en charge et de gestion des établissements et de l'évaluation des pratiques,

l'avènement de la place de l'usager comme exigence légale dans le débat institutionnel.

Ces mouvements, parce qu'ils participent à une mise en tension du référentiel associatif, vont déplacer les curseurs de la régulation et de la culture institutionnelles et occuperont mon attention de dirigeant au service d'un projet de changement.

1.2.3 Les valeurs associatives au service du handicap psychique

Constituée sous le régime de la loi de 1901, l'Association de la Roche, créée en 1972, s'est dotée d'un projet associatif, validé par une délibération du Conseil d'administration en 2001. Ce dernier dispose que « l'Association a pour objet de prendre, développer et soutenir toutes les initiatives visant à favoriser la réadaptation professionnelle et l'intégration sociale de personnes inadaptées et handicapées principalement par la maladie mentale, sans handicap physique sauf cas exceptionnel ».

Le but de l'Association est d'attester, de faire reconnaître et défendre les droits de la personne handicapée mentale et psychique. Cela passe par la reconnaissance : de son identité, de sa personnalité, de sa compétence. Cette reconnaissance est de nature à permettre à la personne handicapée souffrant de difficultés psychiques, la réalisation d'un projet personnel et professionnel. Pour ce faire, il est indispensable d'accompagner chaque individu dans les choix qui s'offrent à lui.

La prise en charge par l'Association offre une alternative aux hospitalisations longues, tout en développant des relations privilégiées avec le secteur psychiatrique.

L'Association entend également attester de son implantation géographique sur la région de Tarare en s'inscrivant dans la politique locale de prise en charge de la personne handicapée mentale.

Tout en reconnaissant son orientation catholique à l'origine, elle souhaite agir en faveur de toute personne handicapée sans discrimination d'aucune sorte (politique, confessionnelle ou autre).

Enfin, l'Association de la Roche est une association de droit privé, sans administrateur de droit.

1.2.4 Les établissements

L'association gère plusieurs établissements

- un Etablissement d'Aide par le Travail de 168 places réparti sur trois sites géographiques : Les Sauvages, Tarare et Amplepuis.
- un Atelier Protégé de 20 places annexé au CAT et implanté à Tarare.
- un Foyer d'hébergement de 125 lits réparti sur trois sites : Les Sauvages, Saint Marcel de Félines et Tarare comportant également un service d'accueil familial.
- un Service d'Accueil de Jour de 40 places aux Sauvages.

1.2.5 L'équipe du personnel

Parmi les missions qui m'ont été déléguées par le Conseil d'administration de l'association, figurait en bonne place l'organisation des services de l'ESAT. Elle devait traduire une dynamique d'action mise au service du projet revisité. J'ai proposé lors de ma prise de fonction la constitution d'une équipe pluridisciplinaire destinée à intervenir sur l'ensemble des structures de travail de manière à privilégier l'harmonisation des pratiques et à permettre fluidité et mobilité entre les différents ateliers. Le projet, accepté par les administrateurs fut inscrit au budget prévisionnel 2005 fut validé par la DDASS et propose l'organisation suivante¹⁰ :

sur chaque site de production : l'équipe d'atelier

- les moniteurs d'atelier 2^o catégorie chargés d'assurer l'encadrement et la formation des travailleurs handicapés aux postes de travail dans le cadre de la réalisation de la production avec pour objectifs leur qualification et leur valorisation. Chaque moniteur est référent d'une dizaine de travailleurs handicapés dont il assure le suivi du projet professionnel et social, notamment par l'évaluation et la représentation dans les réunions de synthèse.

¹⁰ Voir organigramme en Annexe 2

- un moniteur 1^o catégorie chargé de veiller à la bonne organisation de la production afin de respecter les délais de fabrication et gérer l'encadrement des travailleurs handicapés au sein de l'atelier.
- un moniteur principal, responsable de l'atelier, chargé d'organiser et gérer l'atelier dans le respect de la qualité et des quantités de produits à fabriquer et ainsi assurer les meilleures conditions économiques pour permettre l'intégration professionnelle des personnes handicapées au sein de l'ESAT.

pour l'ensemble des ateliers : l'équipe pluridisciplinaire

- une éducatrice spécialisée chargée d'élaborer et organiser, en lien les acteurs impliqués dans la prise en charge des travailleurs, les activités de soutien médico-social et éducatif afin de permettre la promotion et l'épanouissement des personnes handicapées accueillies en ESAT.
- une chargée d'insertion dont la mission est d'assurer la promotion et l'évolution des travailleurs handicapés. Elle propose un soutien technique aux équipes d'encadrement. Elle participe également à la gestion des admissions et des orientations et assure les relations avec les partenaires extérieurs.
- une infirmière (à mi-temps) chargée de contribuer à l'épanouissement des travailleurs en s'assurant de leur bon état sanitaire et en proposant des actions de prévention et de formation.
- un médecin psychiatre (cinq heures par semaine) intervenant dans la procédure d'admission et chargé du soutien et de la formation interne du personnel d'encadrement des travailleurs handicapés.
- un agent technique chargé de procéder à des interventions de maintenance, d'entretien et de dépannage sur les machines et les bâtiments de l'ESAT.
- une assistante de direction chargée d'assister le directeur de l'ESAT dans la gestion administrative, budgétaire et l'animation des ateliers.

Les fonctions d'administration générale, de ressources humaines, de comptabilité et des services généraux sont assurées par du personnel placé sous l'autorité du directeur général. Les charges relevant de ces fonctions sont distribuées sur l'ensemble des établissements et services de l'Association selon une clef de répartition validée par l'autorité de tarification au prorata du nombre d'usagers pris en charge.

Les charges de personnel liées aux fonctions commerciales, de production spécialisée (ouvriers de production, agents de méthode, chauffeurs-livreurs, ...) sont financées par le BAPC (Budget Annexe de Production et de Commercialisation).

1.2.6 Le projet de l'ESAT : des atouts et des faiblesses

L'ESAT de la Roche répartit son activité sur différents secteurs géographiques et sur des filières professionnelles variées :

A) L'atelier Conditionnement

Cet atelier regroupe 75 travailleurs handicapés sur le site des Sauvages propose des activités traditionnelles de conditionnement de produits en tous genres en sous-traitance pour l'industrie et le négoce. Il s'agit d'une activité qui peut employer à la fois une majorité d'ouvriers de faible qualification pour les gammes de produits à forte dominante manuelle (comptage, pesage, mise en lots, mise en cartons...) mais également une main d'œuvre moins importante et plus qualifiée pour l'utilisation de machines (soudure à haute fréquence, palettisation,...). Cet atelier regroupe, pour les raisons évoquées ci-dessus, les personnes dont l'effectivité et l'employabilité restent les plus faibles. Par voie de conséquence, s'y retrouvent les personnes les plus fragiles psychologiquement ainsi que les personnes vieillissantes.

Le secteur de la sous-traitance en conditionnement est globalement en crise sur le territoire national en raison de la concurrence très forte des pays à main d'œuvre *low-cost*. Les produits de très grandes séries sont de plus en plus livrés entièrement conditionnés depuis l'étranger alors que les marchés confiés à l'ESAT concernent les produits de faibles séries ou de produits à reconditionner. De manière générale, ces marchés constituent des activités à très faible valeur ajoutée. Malgré un exercice 2005 à l'équilibre, l'atelier Conditionnement alimente donc une réflexion visant à une réorientation vers un projet dont la viabilité serait plus assurée.

B) L'atelier Blanchisserie industrielle

Il accueille 35 travailleurs handicapés avec une prédominance féminine. Il s'agit d'une activité de location et d'entretien de linge (linge plat, linge professionnel et linge en forme) pour les collectivités, les hôpitaux, les entreprises et les établissements médico-sociaux. Conformément avec les exigences de la filière, cet atelier obéit à un rythme soutenu et un fonctionnement continu toute l'année. C'est un atelier dont la mécanisation est très importante et les investissements très lourds. Ce secteur exige une organisation rigoureuse répondant à des normes d'hygiène (bactériologique en particulier) qui a une incidence sur les conditions de travail et donc sur le travail de régulation de l'encadrement.

C) L'atelier Métallerie

Cet atelier accueille 50 travailleurs handicapés et propose le travail très diversifié du fer (fil et tube principalement) avec tous les métiers et transformations traditionnels de la filière (débit, perçage, taraudage, soudure, formage sur gabarit...). L'atelier travaille d'une part en sous-traitance industrielle et d'autre part en fabrication et commercialisation d'une gamme de produits propres (mobilier métalliques). C'est un atelier qui connaît un volume d'activité régulier et important sur des productions très variées donnant lieu à des activités, des apprentissages et des actions de formation très intéressants au plan de la valorisation. Il exige une gestion bien programmée de la production pour atténuer les effets de surcharge préjudiciables aux travailleurs handicapés. Par ailleurs, le milieu reste traditionnellement masculin avec des conditions de travail parfois assez physiques.

D) L'atelier Espaces verts

Ce petit atelier accueille 10 travailleurs handicapés et intervient principalement sur l'entretien des espaces verts et les abords des établissements de l'Association. Les prestations extérieures se sont fortement réduites en raison de la forte concurrence locale sur ce marché mais également en raison des difficultés à impliquer du personnel handicapé avec des conditions de travail particulières (déplacements distants, repas à l'extérieur, intempéries...). Sur le plan de l'organisation, l'atelier est rattaché à l'atelier Conditionnement qui intègre le personnel dans son fonctionnement pendant les périodes creuses d'activité. Malgré tout, cet atelier est le destinataire de fortes demandes de la part des travailleurs handicapés.

1.3 Etude de population de l'ESAT : identifier l'évolution

Une étude de population, menée conjointement en 2002 par les services médicaux et de prévention de la DDASS et du Conseil général du Rhône a permis de connaître la population de l'ESAT au regard des pathologies et déficiences présentées ainsi qu'un ensemble de données sociales et statistiques intéressant le handicap. Ces données portaient sur les effectifs présents au 31 décembre 2001 dans les établissements et services au moyen des fiches d'identification de la DREES.

Cette étude a de nouveau été réalisée, dans les mêmes conditions, à partir des effectifs présents au 31 mars 2006 sur les mêmes structures afin d'établir le comparatif et l'évolution des profils entre les deux recueils de données¹¹.

¹¹ Voir tableaux de l'étude en Annexe 3

1.3.1 Commentaires sur les données 2001

Au registre des pathologies ou origine des déficiences, on note d'emblée un pourcentage de 25% de personnes dont les troubles diagnostiqués ont une origine psychotique. Il s'agit principalement de psychoses survenues à l'âge adulte (19%) et plus minoritairement de psychoses infantiles (6%). Ce chiffre se révèle significatif si on le rapporte, pour le même public, à la moyenne nationale observée en ESAT qui se situe aux alentours de 14% selon les tableaux de bord disponibles¹². Par ailleurs, il faut observer avec attention le chiffre important recueilli à la rubrique « Autres ou inconnues ». Il révèle que pour 61% des personnes travaillant à l'ESAT, aucune cause n'a été précisément isolée pour identifier une pathologie ou une origine de la déficience. Cela concerne majoritairement les travailleurs handicapés présentant des déficiences intellectuelles. Cependant, une analyse plus fine de la rubrique « Déficiences du psychisme » met en lumière que 44% des travailleurs de l'ESAT présentent une déficience psychique, soit comme déficience principale, soit comme déficience associée. Il en ressort clairement que la manifestation de troubles psychiques ne coïncide pas nécessairement avec un diagnostic identifiant une pathologie psychiatrique. Quelques observations peuvent éclairer quelque peu ce constat :

- bon nombre de travailleurs handicapés, notamment parmi les externes, ne disposent pas d'un suivi médical régulier. Le dossier médical fait apparaître peu d'éléments significatifs sur leur prise en charge médicale ce qui laisse peu de latitude d'analyse pour le médecin psychiatre chargé d'instruire ces items.
- parmi les plus anciens travailleurs, le même constat peut être fait sur l'absence dans leur dossier d'une expertise médicale notifiant l'origine de leurs troubles. On peut signaler également une difficile prise en compte de l'évolution des troubles dans le temps. En général, le diagnostic initial n'a pas été réactualisé pour peu que la personne n'ait point manifesté d'évolution bruyante.
- enfin, pour un certain nombre de personnes, on observe que pour des raisons de résistance ou du choix d'un traitement familial de la maladie mentale, le diagnostic psychiatrique n'a pu être posé ce qui a abouti à une absence de diagnostic et de traitement médical.

¹² *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004*, Annexe A au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, Drees, p. 191

1.3.2 Commentaires sur les données 2006 et comparatif avec les données nationales

Au registre des pathologies ou origine des déficiences, la comparaison avec les données 2001 dévoile une augmentation de 64% des psychoses de l'adulte tandis que l'effectif global n'a connu qu'une hausse de 13%. A noter que la moyenne des ESAT en France compte un taux de 7,7% contre 27,4% pour l'ESAT de la Roche tandis que les déficiences du psychisme atteignent 51,2% contre 13,9% pour la moyenne nationale¹³.

Cela correspond majoritairement aux admissions d'un contingent d'adultes malades mentaux issus des hôpitaux psychiatriques qui ont formé l'essentiel des situations d'accueil pendant ces cinq dernières années. Dans le même temps, on constate une diminution des autres pathologies qui caractérisaient la population classique de l'ESAT. Au chapitre des déficiences, on notera l'augmentation notable des déficiences du psychisme (30%) parmi lesquelles les troubles de la conduite et du comportement affichent une progression très importante (65%).

Concernant les données sociales, le comparatif entre 2001 et 2006 fait apparaître une stabilité de la représentation hommes/femmes (60% contre 40%) qui reste cohérente par rapport aux données nationales¹⁴. On notera également un rajeunissement sensible de la population accueillie dont la moyenne d'âge passe de 39 à 31 ans. Il s'explique par l'arrivée d'une nouvelle génération d'usagers dont la situation a été évoquée précédemment. Par ailleurs, on remarquera une diminution sensible du mode d'hébergement des personnes en logement autonome au profit de formules plus protégées comme les foyers d'hébergement (+ 21%) ou familles (+ 25%). Cette situation renvoie à l'absence d'autonomie des nouvelles générations confrontées aux effets incapacitants des troubles psychiques pour la gestion de leur quotidien. En effet, l'investissement important que requiert le retour à une activité professionnelle ne leur permet pas toujours de cumuler le travail avec une indépendance au plan de leur hébergement.

1.3.3 Un difficile retour à une activité professionnelle

Dans les mois qui vont suivre ma prise de fonction, je vais être régulièrement interpellé par les difficultés rencontrées par les candidats à l'admission à la fois dans leurs démarches pour entrer à l'ESAT mais encore davantage dans leur mise au travail au cours de leur période d'essai. De fait, nombreuses sont les personnes qui interrompent

¹³ Voir Annexe 3 relative au comparatif avec les données nationales

¹⁴ *Données sur la situation ... op. cit.* p. 190.

voire abandonnent leur projet initial de reprise d'une activité professionnelle. Je relève à cet égard un certain nombre d'obstacles identifiés dans leur parcours :

- l'acceptation du statut de travailleur handicapé

Pour la majorité des personnes souffrant de troubles psychiques, la reconnaissance de la maladie mentale a déjà été une étape douloureuse dans leur trajectoire de vie. Les ruptures familiales, sociales et professionnelles qu'a initié la décompensation psychique sont encore difficilement acceptées, parfois niées car la crispation sur l'espoir d'une guérison reste vivace. A l'inverse, le changement de statut leur signifie de façon blessante le caractère permanent de la maladie mentale. Comme le rappelle Marcel Jaeger, « la maladie mentale doit laisser le pas au handicap et ce changement d'appellation, pour les sujets concernés, est souvent mal vécu car il évoque une « incapacité » définitive »¹⁵.

- le deuil difficile d'un projet idéalisé

Beaucoup ont suivi une formation initiale, exercé un métier, vécu des expériences professionnelles qui ont participé à la construction d'un passé qui s'est figé comme un idéal de vie valorisant au moment où leur vie a basculé dans la maladie. En conséquence, la nature des tâches et travaux que peut leur proposer l'ESAT leur apparaît, en comparaison, d'un niveau péjoratif et subalterne qui vient déroger à cette image de soi.

- le déficit d'image de l'ESAT

Pour des sujets dotés d'une intelligence et d'un niveau conceptuel intacts, la cohabitation avec d'autres travailleurs marqués par la déficience demeure une épreuve peu soutenable. Elle fait naître une prévention *a priori* vis-à-vis des projets qu'on peut leur soumettre et empêche une adhésion de départ faute de moyen d'identification.

- le changement de registre de prise en charge

Passer d'une prise en charge sanitaire à un travail en ESAT, c'est passer de la qualité de *patient* à celle d'*agent*, c'est-à-dire quitter la sécurité d'un milieu soignant pour rejoindre une position plus contractuelle qui engage des obligations et une production. Ce changement brutal est vécu comme une pression supplémentaire qui vient s'ajouter à une tension psychique déjà conséquente.

- une projection difficile dans le travail

Entre le projet idéalisé (cité plus haut) et la situation d'arrêt qui précède leur admission, la proposition de l'ESAT dessine un compromis que ces personnes ont souvent beaucoup de mal à aborder tant il leur est malaisé d'envisager un possible entre le tout ou rien. A cet égard, le travail agit comme « un mythe salvateur qui fonctionne d'autant plus qu'on en est éloigné »¹⁶.

¹⁵ Marcel Jaeger. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2000, p. 46

¹⁶ Hughes D'Heilly, J-Philippe Sorriaux. *De l'insertion à l'autonomie : quelle réalité pour les malades mentaux*. Paris : Eres, 1995, p. 34

- une crainte paralysante du changement

Après la décompensation psychique, les personnes ont activé un système réorganisé de défenses qui sont le signe de la vivacité de leurs ressources vives. Tout changement quel qu'il soit est une remise en cause de cet équilibre d'où une propension marquée à vouloir rester « objet » de soins par opposition à la démarche de « sujet » que le projet social leur suggère. L'accompagnement socio-éducatif façonne donc bien un enjeu autour du mot d'ordre : « sortir du contexte protecteur organisé autour de la maladie »¹⁷.

1.3.4 Le poids des troubles psychiques : un désavantage social au travail

L'analyse des admissions étudiées depuis plusieurs années¹⁸ m'a permis d'évaluer les principaux écueils à l'intégration de ce public en regard des manifestations de la maladie :

Niveau cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • troubles de l'attention • troubles de la concentration • troubles de mémorisation • impatience, rupture
Niveau relationnel	<ul style="list-style-type: none"> • inhibition, retrait, absence • familiarité, • mauvaise distance • hostilité, fuite
Effets secondaires des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • fatigue, somnolence • instabilité, absentéisme • maladresse gestuelle • tremblements, sudation • troubles de la vigilance

1.4 Les acteurs de l'intégration socioprofessionnelle des personnes handicapées psychiques

La prise en charge de personnes handicapées psychiques ne peut se satisfaire du cloisonnement traditionnel entre les acteurs du soin, de la réadaptation, du travail et du réseau socio-familial. Une telle atomisation, on le verra, se révèle néfaste à leur développement. Faisons un tour d'horizon des partenaires possibles. Notons que tous les équipements ne sont pas géographiquement également disponibles sur le territoire.

¹⁷ Idem., p. 20

¹⁸ J'intègre ici mon expérience en tant que directeur de l'hébergement depuis 2000 intervenant dans la commission d'admission des établissements.

1.4.1 Les acteurs du soin thérapeutique

Les différents modes de prise en charge psychiatrique		
Prise en charge avec hébergement (temps complet)		
<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à temps complet • Accueil en centre de crise (hospitalisation de très courte durée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de post-cure (après une hospitalisation à temps complet) • Appartements thérapeutiques • Accueil familial thérapeutique 	
Prise en charge sans hébergement (intra ou extra hospitalière)		
<p>A temps complet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à domicile (HAD) 	<p>A temps partiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation à temps partiel • Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) • Ateliers thérapeutiques 	<p>En ambulatoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre médico-psychologique (CMP) • Centre d'accueil permanent (CMP ouvert 24h/24) • Prise en charge des unités somatiques (consultations pour patients hospitalisés hors services psychiatriques)

1.4.2 La réadaptation

A) La réadaptation en secteur psychiatrique

L'importance des incapacités des candidats à l'accès à l'emploi explique à la fois la difficulté d'accéder au monde du travail mais aussi au monde des travailleurs. Il est donc fondamental de donner toute sa place aux soins pour limiter ces incapacités, en particulier aux soins de réadaptation¹⁹ qui restent encore peu développés sur le territoire (à peine plus de 20 ateliers thérapeutiques en France).

Plusieurs structures, au sein du dispositif sanitaire, contribuent au travail de soins et de réadaptation des personnes handicapées psychiques en vue de leur réinsertion socioprofessionnelle :

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

¹⁹ Clément BONNET *La réinsertion professionnelle des handicapés psychiques*, Lien Social, Le forum social du jeudi, n° 725 – 14 octobre 2004, p. 5

Les CMP sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile et constituent le pivot du dispositif de soins du secteur.

Les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP)

Les CATTP ont pour objectif de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe. Ils se différencient des hôpitaux de jour sur plusieurs points : la venue en CATTP se fait de manière plus discontinue, ils s'adressent à des patients plus stabilisés sur le plan symptomatique et orientent plus largement leur activité vers la reconstruction de l'autonomie et la réadaptation sociale.

Les Ateliers thérapeutiques

Ils constituent une autre modalité de prise en charge à temps partiel, en utilisant des techniques de soins particulières, notamment de groupes ergothérapeutiques, en vue du ré-entraînement à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale, à partir d'activités artisanales, artistiques ou sportives.

B) La réadaptation financée par l'assurance maladie

Le Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP) / Le Centre de Préorientation (CPO)

Ces institutions médico-sociales de formation professionnelle des travailleurs handicapés, sont financées par l'assurance maladie, en fonction d'un prix de journée.

Depuis la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les CRP sont désormais soumis aux dispositions de la législation sociale et médico-sociale.

La mission des Centres de réadaptation professionnelle (CRP) consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé. La CDAPH oriente vers un CRP les personnes dont le handicap nécessite une pédagogie ou un accompagnement médico-social personnalisé. Le suivi médico-social des stagiaires est assuré par une équipe pluridisciplinaire.

1.4.3 Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) ou clubs

Les groupes d'entraide mutuelle sont des collectifs, soutenus généralement par des associations d'usagers ou de familles, animés par des professionnels qui ont pour objectif de contribuer à une meilleure insertion dans la vie sociale pour un public fragilisé par les troubles psychiques. Ils offrent un accueil convivial dans de larges plages horaires, ils permettent l'écoute et l'échange, l'information et l'aide mutuelle, le choix et l'organisation d'activités culturelles et de loisirs selon un projet d'entraide mis en œuvre par les usagers

eux-mêmes. Une circulaire récente²⁰ définit dans son annexe I les caractéristiques de ce dispositif, non pas dédié au soin mais comme outil complémentaire pour l'évolution des malades vers une plus grande autonomie et une rupture de l'isolement.

1.4.4 Autres formules

Le Centre d'Initiation au Travail et aux Loisirs (CITL)

Ces centres proposent aux personnes inaptées au travail une activité variée afin de développer ou de maintenir leur potentialité d'insertion sociale. Ils ont un équipement social fonctionnant en journée et proposent des activités personnelles, culturelles, sportives, cognitives, de loisir et d'initiation au travail. L'objectif est de favoriser leur socialisation et le maintien des compétences acquises en exerçant des travaux manuels, enseignés par du personnel formé, en alternance avec des activités artistiques, culturelles et sportives.

Les Equipes de Préparation et de Suivi du Reclassement (EPSR)

Quoique intéressant davantage les candidats à l'insertion en milieu de travail ordinaire, il est permis de citer ce dispositif favorisant un accompagnement, une préparation et une mise au travail tout en incluant soutien et formation lorsque cela est nécessaire.

1.4.5 Le réseau socio-familial

Les nombreuses contributions des rapports en santé mentale à propos de l'intégration des personnes handicapées psychiques préconisent une plus large participation des usagers et de leur famille au titre de la démocratie sanitaire et sociale. Dans son axe 3, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 insiste sur le renforcement du rôle des malades et de leurs proches dans les processus de concertation. L'expérience nous montre, on le verra plus loin, que la préservation et l'activation du réseau primaire de la personne handicapée psychique sont essentielles à l'intégration réussie en ESAT. Ce réseau est par conséquent un partenaire indispensable à intégrer dans le dispositif global de prise en charge ne serait-ce que par une juste information. A défaut, on constate souvent un rôle contre-productif de la famille par l'adoption de postures inadéquates.

Conclusion

A l'appui de cette étude de population, je relève de façon manifeste que l'ESAT connaît une évolution des caractéristiques de la population accueillie. Elle s'infléchit manifestement vers le champ du handicap psychique avec une recrudescence des troubles mentaux caractérisés (psychoses adultes, en particulier schizophrénies)

²⁰ Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

accompagnée d'une augmentation des troubles de la conduite et du comportement. Au-delà du diagnostic, ce qui attire avant tout mon attention en tant que directeur, c'est la mise en questionnement de l'accueil, de l'accompagnement et des pratiques existants et, partant, les actions nécessaires au renouvellement de ces dispositifs aux exigences des nouveaux besoins émergents. Cette métamorphose engage d'abord des actions internes au plan de la sensibilisation et de la formation du personnel au regard de la connaissance de ces troubles psychiques et de leur prise en charge. Elle commande ensuite l'élaboration des outils d'action et d'évaluation adaptés à l'exercice de cette mission. Enfin, elle implique l'ouverture de l'établissement vers l'articulation avec les acteurs externes engagés dans des actions limitrophes.

2 Les enjeux de l'intégration socioprofessionnelle des malades psychiques

2.1 La reconnaissance du handicap psychique

2.1.1 Les données générales

L'enquête INSEE « *Handicaps-Inadaptations-Dépendances* » (HID) a permis d'estimer à 1,2 million le nombre de personnes vivant à domicile qui déclarent consulter régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux et à 56 000 celles qui étaient hospitalisées en soins psychiatriques à la fin de l'année 1998²¹. Le nombre de consultations de psychiatres est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+19,4%)²². Pour la schizophrénie, la prévalence sur la vie est estimée à environ 1%, ce qui représenterait environ 600 000 personnes en France. Les études sur le nombre de personnes schizophrènes soignées en psychiatrie publique et privée établissent un nombre de 215 000 par an. Pour les troubles dépressifs graves, le taux de prévalence s'élève à 7%. Quant aux troubles obsessionnels et compulsifs graves, il avoisine les 3,4% concernant les phobies et 5% pour l'anxiété généralisée²³.

Le dispositif public spécialisé²⁴ en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56% en dix ans (1989-1999).

Au-delà des problèmes de santé mentale, la population des personnes suivies en psychiatrie apparaît globalement en plus mauvaise santé physique que le reste de la population : on constate, chez les personnes hospitalisées, une surmortalité par rapport à la population du même âge²⁵ ainsi qu'une mobilité limitée.

D'une manière générale, les personnes suivies en psychiatrie apparaissent confrontées à de plus grandes difficultés que la population générale, tant sur le plan de la vie affective que sur le plan de l'activité professionnelle. Ainsi le célibat ou le divorce sont deux fois plus fréquents dans cette population. L'insertion professionnelle est faible, quoique plus

²¹ François Chapiro. *Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000*. Etudes et Résultats, n° 206, décembre 2002, Drees, p. 14

²² Source : SNIR (Service National Inter Régimes)

²³ Michel Charzat. *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, p. 28.

²⁴ Magali Coldefy, Frédéric Bousquet. *Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999*, Etudes et Résultats, n° 163, mars 2002, Drees, p. 8

²⁵ François Chapiro. *Les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux*, Etudes et Résultats, n° 231, avril 2003, Drees, p. 5

fréquente chez les hommes où le taux de chômage s'élève à 45%. L'emploi protégé occupe une place très marginale (3%)²⁶.

Les aides monétaires sous forme d'allocations sont fréquentes, elles concernent un malade sur trois, et davantage des hommes. Deux personnes sur trois ont une reconnaissance administrative de leur handicap et le coût social du handicap mental est considérable puisqu'une personne sur quatre qui consulte perçoit une allocation ou pension du fait de son état de santé²⁷.

2.1.2 Notion de handicap : un sujet en débat

En France, les débats sur la nature du handicap opposent deux approches subsidiaires : la conception biomédicale, où le handicap est considéré comme un attribut du sujet, et l'approche sociale, pour laquelle le handicap résulte du désavantage social lié à la l'incapacité de la société à en assimiler totalement les conséquences.

La CIH (Classification Internationale des Handicaps)²⁸, adoptée en 1988 par l'OMS et construite à partir du modèle de Wood, officialise une définition du handicap. En France, elle sert de référence à la CDAPH pour caractériser le degré de handicap qu'elle définit comme tel : « ensemble des déficiences, incapacités et désavantages sociaux, présenté par une personne en raison d'un problème de santé ». Ces notions montrent leur interdépendance dans la définition qui en est faite :

- *déficience* : « toute perte de substance ou altération d'une structure ou d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique »
- *incapacité* : « elle résulte d'une déficience partielle ou totale de la capacité à accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain »
- *désavantage social* : « il résulte d'une déficience ou incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal par rapport à son âge, son sexe ou des facteurs sociaux et culturels ».

Le champ de l'action sociale accorde un intérêt particulier à la notion de *désavantage social* en ce qu'il nomme *in fine* ce dont la personne souffre en réalité avec la préoccupation première d'intervenir sur son environnement. Cette approche opère un transfert de la responsabilité du handicap du sujet vers la société chargée d'en atténuer les effets.

²⁶ Idem. p. 7

²⁷ Idem., p. 9

²⁸ CTNERHI-INSERM. *Classification Internationale des Handicaps*. Éd. Evry : PUF, 1988

Pourtant, cette classification est l'objet, depuis quelques années, de critiques²⁹ portant sur le chevauchement entre les notions d'incapacité et de désavantage dont l'approche est jugée stigmatisante. La publication, en 2001, de la « classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé » propose une formulation où apparaissent trois autres concepts : *Déficience, Activité, Participation*. Influencée par le modèle anglo-saxon, elle met l'accent davantage sur les potentialités de la personne plutôt que sur ses déficits. J'observe que si les trois dimensions (déficience, incapacité, désavantage social) restent étroitement liées, pour autant leur poids respectif peut varier considérablement d'un sujet à l'autre selon sa situation personnelle et l'évolution dans le temps. Le projet de révision souligne que « certaines déficiences graves entraînent des incapacités modérées. A l'inverse, des déficiences modérées peuvent induire des phénomènes d'adaptation [...] ayant des conséquences lourdes. De même, des déficiences compensées par un traitement (de quelque nature qu'il soit) peuvent entraîner des désavantages majeurs dans l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle de la personne. »³⁰ Personnellement, j'adhère volontiers à cette approche qui m'apparaît plus propice à l'établissement de projets individualisés en ouvrant des perspectives plus stimulantes. Elle insiste sur une élaboration à partir des ressources vives de l'individu en relation étroite avec la vision d'une forme de réhabilitation psychosociale, concept que nous aborderons ultérieurement.

2.1.3 Le handicap psychique : une prise en compte récente

Depuis une dizaine d'années, sous l'impulsion militante d'associations de familles et d'usagers, en particulier l'UNAFAM, FNAP-Psy, Croix Marine et Santé Mentale France, la recherche de reconnaissance de la spécificité du handicap psychique a fait l'objet d'un grand nombre de textes, d'expertises et de lois visant à promouvoir les équipements nécessaires à sa prise en charge sanitaire et sociale. Citons les contributions les plus importantes qui vont étayer cette prise en compte dans le débat public et alimenter l'objet de ce mémoire :

- le rapport Parayre relatif à *l'évolution des soins en psychiatrie et la réinsertion des malades mentaux* (DGAS juin 1995),
- le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale – France (juin 2001)
- la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale,

²⁹ François Chapiro. *Les débats et enjeux de la révision de la classification internationale des handicaps*. Handicap et inadaptations. Les cahiers du CTNERHI, juillet-décembre 1998, n° 79-80, pp. 67-84

³⁰ Michel Charzat. *Pour mieux identifier... op. cit.*, p. 24

- ❑ le rapport Charzat : *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* (mars 2002)
- ❑ le rapport Piel et Roelandt : *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. (avril 2002)
- ❑ le Plan d'actions Cléry-Mélin *pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* (octobre 2002)
- ❑ le Plan d'urgence de l'UNAFAM pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (2003)
- ❑ la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- ❑ le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 (Ministère de la Santé)

2.1.4 Handicap psychique, handicap mental : identité et polémique

Le Livre Blanc de Santé Mentale France revendique le terme de handicap psychique pour désigner la spécificité des problématiques liées à la maladie mentale. Il isole une triple différenciation pour illustrer le handicap psychique :

- ❑ les capacités intellectuelles peuvent rester vives alors que la déficience intellectuelle est une caractéristique du handicap mental,
- ❑ les soins sont importants alors qu'ils restent marginaux du côté du handicap mental,
- ❑ les aléas de la maladie mentale demandent des ajustements incessants des prises en charge, alors que des solutions durables peuvent être apportées pour compenser les incapacités stable du handicap mental³¹.

Si historiquement ces deux profils n'étaient pas distingués et très souvent confondus sous l'appellation générique de handicap mental, l'expérience des acteurs de terrain relève que l'accompagnement au quotidien exige pourtant une approche différenciée. Les pratiques d'accompagnement élaborées dans le projet de l'ESAT de la Roche témoignent de la prise en compte de cette réalité. En effet, dans le premier cas, l'intervention sociale s'attache à compenser les déficits liés aux limitations des facultés intellectuelles qui se traduisent le plus souvent par un plafonnement des capacités globales d'acquisition et d'adaptation. Cette limitation concentre donc l'action vers l'instauration d'un cadre sécurisant favorisant repères et maintien des acquis.

Dans le second cas, il n'existe pas d'atteinte directe aux fonctions intellectuelles. L'origine des troubles siège dans la décompensation des facultés organisatrices de la personnalité

³¹ Santé Mentale France. *Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Editions de Santé, 2001, p. 31

étroitement liée à l'évolution de la psychose de l'adulte. C'est par conséquent davantage la relation au réel qui vient entraver l'adaptation de l'individu à son environnement. L'intervention se caractérise alors plutôt par un accompagnement de l'individu tourné vers l'identification des ruptures au réel et l'adéquation aux situations rencontrées.

Notons toutefois que le rapport Charzat s'accorde à nuancer ces distinctions qu'il considère discutables sur le plan sémantique : « il faut cependant insister sur le fait qu'il n'est pas de frontière entre « handicap mental » et « handicap psychique » : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; et 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'elles entraînent »³². L'étude de population et les observations que j'ai réalisées à l'ESAT de la Roche viennent corroborer cette dernière remarque. Je relève, en particulier pour les travailleurs souffrant de schizophrénies, une incapacité équivalente à celle de travailleurs intellectuellement déficients à exécuter des actions analogues, alors même que leurs facultés intellectuelles restent intactes. Il faut intégrer ici le critère de variabilité des troubles psychiques, la situation étant très différente selon que le sujet est en phase active ou en phase de rémission. Pour autant, je considère que la différenciation entre handicap mental et handicap psychique présente l'intérêt de contribuer à la reconnaissance de cette réalité dans une démarche qui se veut « un moyen de faire exister [cette] population en la désignant par un nom qui la distingue des autres handicaps. Ceci justifie le terme de « handicap psychique » »³³.

2.1.5 Les troubles psychiques à l'origine des handicaps

Les psychoses (notamment la schizophrénie) sont caractérisées par une profonde perturbation de la pensée et des sentiments qui affectent la communication, la perception et le sens de soi, s'accompagnant de délire, et éventuellement d'hallucinations, et de repli sur soi, d'indifférence aux problèmes quotidiens. Ces troubles peuvent provoquer la perte des acquis et de l'autonomie.

Les troubles dépressifs graves et les troubles maniaco-dépressifs sont caractérisés par des épisodes alliant l'humeur triste avec la perte de l'intérêt et du plaisir, prolongés et souvent récidivants, alternant éventuellement avec des épisodes d'agitation et d'exaltation extrême.

Les troubles obsessionnels et compulsifs graves, amenant la personne à des actes répétitifs irrépressibles et à des rituels prolongés et épuisants, affectent également

³² Michel Charzat. *Pour mieux identifier...*, op. cit. p. 26

³³ Santé Mentale France, *Le Livre Blanc des...*, op. cit. p. 31

gravement la vie quotidienne et la vie sociale, de même que les phobies ou encore les troubles anxieux s'accompagnant d'angoisse paroxystique.

Notons également l'existence d'autres affections mentales qui excèdent le cadre de mon propos, à la fois parce qu'elles sont rencontrées dans une faible mesure en ESAT et qu'elles bénéficient par ailleurs d'une attention particulière des pouvoirs publics et des programmes nationaux. Il s'agit de l'autisme et les syndromes autistiques, des syndromes frontaux, séquelles de traumatisme crânien et de lésions cérébrales ainsi que des phénomènes de démence liées ou non à l'âge.

2.1.6 Les spécificités du handicap psychique

En fonction du degré d'atteinte psychique de la personne, ce handicap se traduit par une inadéquation sévère à son environnement. L'expression des déficiences psychiques peut être multiple : troubles de la pensée (délire), de la perception (hallucinations), de la communication, du comportement, de l'humeur, de la conscience et de la vigilance, du sommeil, troubles intellectuels (mémoire, attention, jugement, orientations temporelle et spatiale), troubles de la vie émotionnelle et affective, expression somatique des troubles psychiatriques. C'est *in fine* une perte ou un accès compromis aux échanges liés à la vie sociale avec les risques évidents d'isolement et d'exclusion que ce déficit comporte. Toute la personnalité est blessée par ces atteintes graves, à tel point que cela invalide l'identité même de la personne. Une caractéristique du handicap psychique se retrouve dans **le déni par la personne elle-même et souvent par une partie de son entourage de la nature des troubles**. « Le malade souffre mais ne pense pas qu'il s'agit d'un problème psychique. »³⁴ Ce déni est parfois un obstacle à la résorption des inadaptations et une partie de la prise en charge thérapeutique et socio-éducative consistera à le compenser jusqu'à ce que la personne accepte de concevoir la maladie puis de l'accepter. Les partenaires de Santé Mentale France ont tenté de décrire la physionomie quotidienne de ce handicap : « la maladie psychique est une agression fondamentale pour l'être humain. L'intégrité de la personne est en jeu et cela ne se voit pas clairement de l'extérieur. La capacité à l'autonomie est amoindrie. Des comportements et des idées rigides et incontrôlées apparaissent, créant des dépendances qui peuvent être quasiment insurmontables. Elles empêchent, le plus souvent, la libre expression de la personne. L'aspect difficilement supportable de la maladie réside dans le caractère excessif, absolu et interminable des manifestations de ces dépendances. [...] Il en résulte une sorte de fascination de l'instant présent qui rend la vie angoissante et souvent très difficile.[...] La personne ne peut plus vivre normalement. Son mode de conscience devient répétitif et

³⁴ Michel Charzat. *Pour mieux identifier...*, op. cit. p. 6

inadapté à la diversité du quotidien. »³⁵ A ce point précis du développement de mon propos, je dois insister sur cette constante commune aux malades psychiques accueillis en ESAT : au-delà de l'expression psychopathologique que nous venons de détailler, ce que nous accueillons invariablement, c'est une souffrance du corps, de l'esprit, très souvent diffuse, peu identifiée, parfois non assumée, quelquefois apaisée, toujours inextinguible. Si c'est le lot de la personne handicapée, c'est aussi le défi de l'accompagnant qui doit l'accueillir sans être invalidé à son tour.

2.1.7 Accueillir la souffrance psychique en ESAT : comprendre et agir

A) La souffrance psychique des usagers

La souffrance psychique est liée à la situation réelle ou à l'angoisse de la perte de ce qu'on appelle les objets sociaux. Il peut s'agir de l'emploi, du logement, de la formation, des diplômes... qui constituent non seulement des acquis concrets du contrat social mais encore bien plus des signes idéalisés du lien social qui restituent un statut, une reconnaissance, un « droit à être ». Jean Furtos, qui dirige les travaux de l'ORSPERE-ONMSP³⁶, distingue trois formes de souffrance psychique :

la souffrance qui aide à vivre

Elle fait partie intégrante de la vie et du lien social mais elle n'obère pas les capacités du sujet. Au contraire, elle peut être stimulante pour affronter la désillusion et le deuil. Pour autant que le lien social soit maintenu intact, « il faut insister sur le rôle important de cette souffrance qui maintient le lien avec soi-même et avec autrui : elle est « agonique » au sens étymologique de lutte (*agon*) grâce à laquelle le sujet n'abdique pas... »³⁷

la souffrance qui commence à empêcher de vivre

Si le sujet conserve ses objets sociaux (l'emploi, par exemple) mais que sa position est envahie par son angoisse de perdre son travail, Elle génère l'émergence de stress qui peut contaminer la qualité de vie sur les plans professionnel et privé. C'est une zone de risque pathologique de type somatique ou dépressif.

la souffrance qui empêche de vivre donc de souffrir

Si le sujet connaît, à l'inverse une perte avérée des objets sociaux au long cours, on entre dans une « zone où le Haut Comité de la santé publique a authentifié la souffrance

³⁵ Idem., p. 11

³⁶ Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité, 69 677 Bron

³⁷ Jean Furtos. Souffrir sans disparaître in *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*. Erès, 2005, p. 18

psychique comme ce qui signe en premier la précarité sociale »³⁸. A son stade extrême, cette évolution peut aller « jusqu'à empêcher de souffrir, c'est-à-dire de se ressentir. »³⁹

Il faut bien comprendre que la personne accueillie en ESAT peut souffrir autant des affres de la maladie psychique (angoisses, hallucinations...) que des conséquences sur l'environnement social que cette maladie a contribué à démanteler. On l'a vu précédemment, le prélude de son admission a été marqué par une perte d'emploi, de statut, de cadre familial et social, de ses capacités à « être », autant d'objets sociaux qui étayaient sa personnalité et sa place dans la société. Il ne s'agit donc pas uniquement d'attributs matériels du sujet (que l'on perd et que l'on gagne) mais d'éléments intériorisés, idéalisés, constitutifs de l'individu, comme les membres d'un organisme vivant. C'est pourquoi la souffrance psychique se diffuse souvent en souffrance somatique.

F.L. est un jeune homme âgé de 26 ans, actuellement en période d'essai à l'atelier Métallerie, en vue de son admission définitive. Souffrant d'une schizophrénie dont les symptômes se sont déclarés vers l'âge de 21 ans, il a connu un parcours psychiatrique hospitalier de deux années avant de tenter plusieurs insertions professionnelles en milieu ordinaire qui se sont soldées par des échecs. A différents moments de la journée de travail, F.L. se trouve en rupture avec son environnement. Il reste alors immobile, figé devant son poste de travail jusqu'à ce que le moniteur d'atelier vienne le « réactiver ». Dans ces moments, F.L. dit qu'il ne sait plus où il est et ce qu'il doit faire. Son visage est marqué par un rictus douloureux. « il faut vraiment que j'affûte mes couteaux de cuisine » dit-il en tenant une pièce d'acier. F.L. a un diplôme de chef cuisinier et a longtemps travaillé en grande restauration. Aujourd'hui, il n'est pas en mesure d'aligner plusieurs séquences de travail de nature différente. Dans cette étape de remise au travail, chaque nouvelle opération nécessite l'intervention de l'accompagnant. A l'observation, il sera manifeste que F. L.. ne se trouve pas en défaut de compréhension ou d'exécution mais bien aux prises avec une incapacité de se ré-identifier dans sa nouvelle activité.

Une autre traduction de la souffrance est également observable au travers des exigences sociales d'autonomie qui sont parfois vécus comme de véritables ultimatums de la part de son entourage ou « auto-imposés » par la personne elle-même. Elle s'attend -ou les autres attendent d'elle- qu'elle regagne rapidement l'ensemble des objets sociaux perdus tout au long du processus de développement critique de la maladie. Bien qu'elles soient suscitées par l'espérance de guérison, les tensions intra-psychiques que l'individu connaît dans l'essor de ce processus, sont le théâtre d'une souffrance importante qui a du mal à trouver une issue. Les résultats n'étant pas, en général, conformes à cette espérance, il s'en suit un sentiment de culpabilité de ne pas être à la hauteur. Alain Ehrenberg souligne

³⁸ Idem., p. 20

³⁹ Idem., p. 21

le caractère impératif qu'ont pris aujourd'hui les valeurs de propriété de soi, de choix de sa vie, d'accomplissement personnel et d'initiative individuelle. Cet idéal d'autonomie, vient précisément percuter, chez les personnes fragilisées par des troubles psychiques, les capacités encore peu accessibles comme l'autonomie, la capacité à décider et à agir par soi-même. « La souffrance psychique et la santé mentale sont un langage permettant de parler d'un style de tensions propres à l'autonomie : la dynamique d'émancipation généralisée, qui s'est amorcée au cours des années 1960, a fini par produire l'impression que chaque individu est l'entier responsable de sa propre vie, voire que chacun peut être à la source de la norme. Il en est résulté une insécurité personnelle de masse. »⁴⁰

Pour Philippe Davezies, l'activation de l'individu au travail représente davantage que la mise en œuvre rationnelle de consignes, il s'agit d'une implication totale de l'être : « Dans le travail, s'exprime un rapport pré-réflexif aux objets qui engage la sensibilité, l'histoire personnelle, l'ensemble des expériences incorporées. Le travail ne peut pas être décrit sur le mode du traitement de l'information en provenance du monde. Il y a un engagement actif et cet engagement est un engagement du corps. »⁴¹.

B) La souffrance des intervenants

Au sein de l'ESAT, les témoignages de la plupart des professionnels, aux prises avec le phénomène de la souffrance psychique des usagers dont ils sont en charge, me conduisent à éclairer cet aspect de la problématique. Dans les ateliers, le sentiment partagé est de se heurter à un problème mal identifié, mais pesant, perturbant, nouveau. Au registre des symptômes qui entravent l'action, les personnes handicapées psychiques présentent une liste de manifestations invalidantes telles la honte, la perte d'estime de soi, le désinvestissement de la relation à l'autre, la fatigue, la perte d'énergie, l'échec récurrent, la culpabilité, sans pour autant que l'on puisse en attribuer directement l'origine à la maladie psychique ou trouver de causalité évidente à leur apparition. Le tableau ainsi dressé donne l'impression d'une tâche impossible : pour les acteurs chargés de leur intégration, la santé psychique de ces personnes apparaît éloignée du seuil minimal pour une remise au travail. Bien plus, la proximité quotidienne à la souffrance psychique des usagers, sans réelle emprise apaisante sur son déroulement, nourrit le sentiment d'être désemparé, voire inutile. Pour la première fois, le rapport d'enquête Strohl-Lazarus officialise le mal-être des intervenants invalidés par la souffrance psychique d'usagers de dispositifs sociaux. Lorsque les outils habituels, les dispositifs et les modes de réponses

⁴⁰ Alain Ehrenberg, La question mentale in *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*, Erès, 2005, p. 257

⁴¹ Philippe Davezies. Entre psychique et social, quelle place pour l'activité ? in *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*, Erès, 2005, p. 124

ne répondent plus aux attentes et aux besoins, cela « contribue à renforcer l'impression des professionnels du social d'être laissés isolés face à des problèmes qu'ils ne maîtrisent pas. »⁴². Au final, le risque de désengagement, de découragement voire de rejet peut affecter le projet de reprise d'activité. Commandée dans le fil de l'intervention publique, cette enquête conclut à la construction de solutions qui permettent aux intervenants sociaux d'être aidés dans la prise en charge qu'ils effectuent. Au premier rang desquelles, la création de lieux d'expression de la souffrance demeure un recours obligatoire. Nous verrons que ces lieux d'écoute de la souffrance doivent toutefois répondre à de strictes conditions de fonctionnement pour ne pas créer d'effets néfastes.

En guise de conclusion pour le directeur qui doit incarner le projet que je propose, je retiens une double réflexion qui guidera mes choix : « une part majeure de ce qui se joue dans le travail n'est pas spontanément disponible à la conscience. »⁴³ et « La souffrance, le stress au travail seraient une conséquence du déséquilibre entre ce que le travailleur apporte (engagements, efforts, sacrifices...) dans son travail et ce qu'il en retire (gratifications matérielles et symboliques). »⁴⁴

2.2 Les représentations liées au monde du travail

2.2.1 Une société profondément façonnée par le travail

Selon plusieurs enquêtes⁴⁵ sur l'évolution des valeurs des citoyens européens, menées entre 1981 et 1990 par la Fondation pour l'étude des systèmes en Europe, le travail demeure le facteur essentiel d'identité personnelle et d'insertion sociale. La *valeur-travail* est classée en second rang derrière celle de la famille dans la plupart des pays européens, dont la France. Pour reprendre les mots de Sainsaulieu, le travail est devenu « la plus importante machine à produire de l'identité sociale, loin devant le quartier, la famille, les lois, les études »⁴⁶. On reconnaît généralement au travail un attribut majeur du lien social que l'on pourrait éclater en quatre arguments distincts :

- ❑ il permet l'apprentissage de la vie sociale et la construction de l'identité : c'est le lieu de l'apprentissage des contraintes de la vie avec les autres,

⁴² Antoine Lazarus, Hélène Strohl. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher*. Rapport du groupe de travail ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, La Documentation Française, février 1995, p. 13

⁴³ Philippe Davezies. *Entre psychique et...* op. cit. p. 122

⁴⁴ Idem., p. 156

⁴⁵ *Le Monde* du 8 janvier 1997

⁴⁶ cité par Gérard Zribi. *L'avenir du travail protégé*, op. cit., p. 78

- ❑ il demeure le socle des échanges sociaux : il est le siège de la norme sociale de contribution-rétribution qui est au cœur du lien social,
- ❑ il constitue la mesure de l'utilité sociale : chacun contribue aux besoins sociaux en fonction de ses capacités propres,
- ❑ il reste un lieu public de rencontres et de coopération par opposition avec d'autres lieux privés (couple, famille,...).

Un sondage CSA intitulé « Le travail a-t-il encore de l'avenir ? »⁴⁷ montre que pour 57% des Français, la place faite au travail dans la société n'est pas assez importante et 58% pensent qu'ils travaillent juste ce qu'il faut. Si 66% affirment que le travail sert à garantir les moyens de subsistance, 51% pensent qu'il a pour but de se réaliser personnellement, de s'épanouir et 49% de s'insérer, avoir une place dans la société. Sur ce qui donne sa valeur au travail, les trois premiers critères sont la rémunération (46%), son utilité pour la société (34%) et la considération que les usagers lui portent (30%). Sur les raisons qui le dévalorisent arrivent en tête la non reconnaissance des employeurs (39%), le stress et la pression (36%) et la précarité de l'emploi (29%). Enfin, à la question « *Au final, si vous pouviez disposer de votre revenu actuel sans avoir à travailler, arrêteriez-vous de travailler ?* », 55% répondent par la négative.

2.2.2 Critique du travail comme lien social : un malentendu ?

Pour autant, certains auteurs se sont interrogés sur cette hégémonie du travail sur la fondation du lien social. « Le travail est-il le seul moyen d'établir et de maintenir le lien social, et le permet-il réellement lui-même ? »⁴⁸. Comment expliquer que notre relation au travail, d'abord une résultante de notre rapport à la nature, un système destiné à satisfaire nos besoins naturels, détermine ainsi totalement notre vie sociale ? Selon D. Méda, si le travail inaugure un mode privilégié de sociabilité, il s'agit en fait d'une modalité dérivée : « c'est essentiellement parce qu'il est la forme majeure d'organisation du temps social et qu'il est le rapport social dominant, celui sur lequel sont fondés nos échanges et nos hiérarchies sociales, et non parce qu'il aurait été conçu comme le moyen mis au service d'une fin précise : l'établissement du lien social. »⁴⁹. Hannah Arendt, dans sa critique du travail, s'oppose à la place du travail comme justification unique du lien social. Elle défend l'idée que la société a d'autres fins que la production de richesses et que l'homme a d'autres moyens de s'exprimer que la production ou la consommation. Selon que l'on privilégie l'ordre politique ou l'ordre économique, le travail servira simplement la satisfaction des besoins naturels ou incarnera à lui seul le lien social. Il y aurait une contradiction majeure à voir dans l'entreprise, pour laquelle « le travail n'est considéré [...]

⁴⁷ Sondage CSA/Les Enjeux Les Echos, n°0500309D, mars 2005

⁴⁸ Dominique Méda. *Le travail : une valeur en voie de disparition*, Aubier, Paris, 1995, p. 168

⁴⁹ Idem., p. 169

que comme un facteur et un coût. »⁵⁰, s'exerçant à partir d'un lien de subordination « qui est l'inverse du lien de citoyenneté »⁵¹, le lieu de la réalisation de soi et du lien social. Si le travail est conçu comme le moyen principal de trouver une reconnaissance, une utilité sociale, une intégration, et l'entreprise comme l'artisan privilégié de ces processus, c'est avant tout, pour D. Méda, parce qu'il est chargé de toutes les utopies qui se sont fixées sur lui depuis des siècles. Il convient, pour l'auteur de « désenchanter » le travail, le débarrasser de toutes les fausses espérances dont on l'a revêtu. Et tout d'abord, de prendre acte de la contradiction fondamentale entre la volonté de mise en valeur du monde et de l'homme, propre au projet humaniste et le paradigme né du capitalisme où « l'homme est pensé en termes de capacité à apporter de la valeur. »⁵²

2.2.3 Le handicap psychique à l'épreuve de la précarité : disqualification, désaffiliation, stigmatisation

Malgré tout, il faut reconnaître que le travail demeure, dans notre société, le principal moyen de distribution des revenus, des statuts, de la protection et des positions sociales. Sans entrer dans le détail de la mutation même du travail qui excède l'objet de ce mémoire, notons tout de même que le progrès technique, la mondialisation des échanges, des coûts des matières premières et de l'énergie aboutissent *in fine* à ce que la seule variable d'ajustement disponible reste le travail lui-même. D'où une raréfaction irrépressible qui conduit certains à penser demain à une société sans travail.⁵³ Compte tenu de leur place dans le marché, les établissements d'aide par le travail n'échappent pas à la logique d'exclusion des personnes les moins « employables » que cet ordre économique instaure. On peut trouver hasardeux de tenter un rapprochement entre les phénomènes d'exclusion étudiés par les sciences humaines et la situation particulière des personnes handicapées psychiques. On isole néanmoins des mécanismes similaires.

A) Public disqualifié ?

La sociologie s'est intéressée aux mécanismes de refoulement hors du marché du travail de nombreuses franges de la population ainsi qu'aux expériences d'assistance de ce public exclu. On peut légitimement y trouver des analogies, comme le rappelle Serge Paugam, se référant aux travaux de Georg Simmel, « les pauvres, en tant que catégorie sociale, ne sont pas ceux qui souffrent de manques et de privations spécifiques, mais ceux qui reçoivent assistance ou devraient la recevoir selon les normes sociales. Par

⁵⁰ Idem., p. 186

⁵¹ Idem.

⁵² Idem., p. 295

⁵³ Bernard Perret. *L'avenir du travail : des tendances contradictoires* in Revue Esprit, n°214, août-septembre 1995, pp. 102-118

conséquent, la pauvreté ne peut, dans ce sens, être définie comme un état quantitatif en elle-même, mais seulement par rapport à la réaction sociale qui résulte d'une situation spécifique. »⁵⁴ La pauvreté, telle qu'il l'entend, est donc non seulement relative, elle est construite socialement. Son sens est celui que la société lui donne. Paugam situe la disqualification sociale dans la relation entre une population désignée comme « pauvre » en fonction de sa dépendance à l'égard des services sociaux et le reste de la société.

Paugam relève qu'en distinguant le rapport au travail et le rapport à l'emploi, on peut étudier deux dimensions fondamentales de la précarité professionnelle, la première renvoyant à la logique productive de la société industrielle, la seconde à la logique protectrice de l'Etat-providence. Le salarié est précaire lorsque son travail lui semble sans intérêt, mal rétribué et faiblement reconnu dans l'entreprise. Puisque sa contribution à l'activité productive n'est pas valorisée, il éprouve le sentiment d'être plus ou moins inutile. On peut parler alors d'une *précarité du travail*. Mais le salarié est également précaire lorsque son emploi est incertain et qu'il ne peut prévoir son avenir professionnel. Le salarié occupe, de ce fait, une position inférieure dans la hiérarchie des statuts sociaux définis par l'Etat-providence. On peut parler, dans ce cas, d'une *précarité de l'emploi*. A retenir cette grille d'analyse, je considère cette double précarité comme une problématique active chez les travailleurs handicapés psychiques en ESAT : d'une part, au regard du *travail* parce que la valorisation des tâches en mesure d'être effectuées n'est pas toujours conforme à l'image de soi acceptée par le sujet, d'autre part au regard de l'emploi, parce que, en dépit de la garantie conférée par le statut de travailleur handicapé, les troubles psychiques ne permettent pas de construire des perspectives d'avenir assurées. Pour reprendre les termes de l'auteur : « la situation des salariés précaires peut ne pas être fondamentalement différente de celle des chômeurs de longue durée et des personnes assistées. »⁵⁵

B) Public désaffilié ?

Pour cette frange de la population qu'il a qualifiée de « surnuméraires », Robert Castel préfère parler de « désaffiliation » plutôt que d'exclusion. L'exclusion au sens fort du mot présente un ensemble de traits spécifiques : le retranchement complet de la communauté, la construction d'espaces clos coupés de la communauté (comme les prisons ou les hôpitaux psychiatriques), ou encore l'imposition d'un statut spécial assorti d'interdits et de privation de droits (comme les femmes privées du droit de vote). Dans la plupart des cas, ce public n'est pas à proprement parler exclu mais fragilisé, déstabilisé, en voie de

⁵⁴ Georg Simmel, *Les pauvres*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1998.

⁵⁵ Serge Paugam. *Dans quel sens peut-on parler de disqualification sociale des salariés ?* LASMAS-IdL IRESCO, Huitièmes journées de sociologie du travail sur « Marchés du travail et différenciations sociales : Approches comparatives », Aix-en-Provence, 22 juin 2001, p. 15

désaffiliation. Parler de désaffiliation présente l'avantage d'inviter à retracer les trajectoires – on est désaffilié de – c'est-à-dire à voir ce qu'il y a en amont, par rapport à quoi les gens décrochent, et éventuellement pourquoi ils décrochent. L'exclusion, en revanche, a quelque chose de statique, de définitif ; la désaffiliation remonte et essaye d'analyser les situations de vulnérabilité, avant le décrochage. « La désaffiliation invite à réfléchir et à aller plus loin, et elle conserve en cela son caractère dynamique. Elle invite à analyser le décrochage par rapport aux grandes régulations collectives [...]. C'est ce décrochage qui introduit des figures nouvelles de mal-être ou d'absence de place. »⁵⁶ A ignorer cette réalité, Castel voit le risque d'une bipolarisation entre ceux qui peuvent associer individualisme et indépendance parce que leur position est assurée, et ceux qui portent leur individualité comme une croix parce qu'elle signifie manque d'attaches et absence de protections.

C) Public stigmatisé ?

Que ce soit dans une approche ordinaire ou en matière de politiques publiques, les personnes handicapées forment ce qu'il est convenu d'appeler une catégorie sociale établie. Comme l'a montré Erving Goffman, cette caractérisation conduit à composer une *identité sociale virtuelle*, c'est-à-dire un certain nombre d'attentes normatives de la société à l'égard de l'individu ainsi caractérisé. Elle peut être en décalage voire s'opposer à l'*identité sociale réelle*, à savoir les attributs que cette personne possède en réalité. Lorsque ce « désaccord particulier entre identités sociales virtuelle et réelle »⁵⁷ devient menaçant ou dangereux aux yeux du jugement normatif, il s'en suit une réaction de discrédit qui constitue ce que Goffman appelle un *stigmat*. Il est banal de constater combien cette stigmatisation est particulièrement active vis-à-vis des malades psychiques tant l'histoire de la « folie » à travers les âges nous enseigne sur les usages que notre société lui a réservés. Si ce phénomène atteint une telle intensité, c'est que « par définition, nous pensons qu'une personne ayant un stigmat n'est pas tout à fait humaine »⁵⁸. Pour l'auteur, c'est en termes de relations et non pas d'attributs qu'il convient de considérer le stigmat : plus ou moins inconsciemment, l'individu ordinaire aura tendance à pratiquer toutes sortes de discriminations qui réduiront efficacement les chances de cette personne. Goffman démontre que ces « contacts mixtes » tendent à produire des interactions flottantes ou angoissées : un malaise réciproque étreint à la fois la personne ordinaire (comment dois-je me conduire face au handicap ?) et la personne stigmatisée (vais-je être exclu du fait de mon handicap ?). Cette situation, si elle ne trouve pas d'issue, aura tendance à renforcer la stigmatisation : le malaise du premier

⁵⁶ Robert Castel, *L'exclusion existe-t-elle ?*, La table ronde pédagogique © CNDP, 2001

⁵⁷ Erving Goffman. *Stigmat. Les usages sociaux du handicap*, Minituit, 1975, p.12

⁵⁸ Idem

aboutissant à une conduite d'évitement (donc d'isolement), le malaise du second provoquant un repli sur soi et un renforcement de l'appartenance marginalisée. Pour les malades mentaux, Goffman décrit un modèle de socialisation particulière du fait de l'avènement tardif de la stigmatisation « cet individu a tout appris du normal et du stigmatisé bien avant d'être contraint de se voir comme lui-même déficient. On peut donc supposer qu'il lui est particulièrement difficile de se réidentifier, et qu'il risque fort d'aller jusqu'à la réprobation de lui-même »⁵⁹. On voit là tout l'intérêt, pour les intervenants en ESAT, d'être préparés et formés à rencontrer ces phénomènes, pour conjurer les effets néfastes de la stigmatisation et autoriser d'autres liens d'affiliation.

Si l'on écarte les effets directement liés à la maladie psychique, les observations collectées parmi la population de personnes handicapées psychiques à l'entrée en ESAT attestent légitimement de l'activité des processus de disqualification sociale, de désaffiliation et de stigmatisation. Dans leur situation d'intégration socioprofessionnelle, parce qu'il impose à l'individu précarisé la reconquête d'objets sociaux perdus, ce contexte interroge en particulier les conditions d'émergence de l'identité au travail.

2.2.4 Les présupposés de base de l'identité au travail

Renaud Sainsaulieu postule que le travail organisé influence profondément les structures mentales et les habitudes collectives des acteurs de même que les structures institutionnelles façonnent en retour l'identité des travailleurs. Il propose une relecture du schéma hégélien de la reconnaissance de soi, à savoir que le sujet se constitue sur deux plans : rationnel et affectif. L'identité ne peut résulter uniquement de la pure intelligence de son environnement au travail. Dans son désir d'objet, le sujet rencontre le désir concurrent de l'autre. Par la reconnaissance de l'autre, le sujet se reconnaît. Sainsaulieu considère l'identité comme l'effort du sujet pour faire une synthèse entre les forces internes et les forces externes de son action en précisant que « toute vie de groupe a finalement pour les individus cet effet paradoxal d'être tout à la fois le lieu de la découverte de sa différence mais aussi celui de la protection contre celle des autres. »⁶⁰

L'accès à l'identité au travail serait donc la résultante d'une dynamique complexe entre la mobilisation des ressources de chacun pour soutenir son désir propre (identité individuelle) mais dans le même temps la nécessité de s'identifier aux autres pour accéder aux sources du pouvoir (identité collective). L'auteur résume ainsi cette dialectique : « l'identité exprime cette quête de force que l'on trouve dans les ressources sociales du pouvoir pour arriver à la possibilité de se faire connaître comme détenteur d'un désir propre. »⁶¹ Quels principes cette analyse met-elle en lumière au regard du

⁵⁹ Idem, p. 48

⁶⁰ Renaud Sainsaulieu, *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, 1988, p. 318

⁶¹ Idem., p. 333

projet qui nous occupe ? Si la conquête d'une identité professionnelle est essentielle à l'intégration au travail des personnes handicapées psychiques, comment le directeur doit-il prendre en compte cette dualité entre identité individuelle et identité collective ? Notons tout d'abord que le contexte du travail protégé n'est pas exempt des phénomènes décrits même s'il est conçu pour aménager les tensions qui résultent de cette quête identitaire. La personne qui rejoint l'atelier est soumise à la pression de devoir faire preuve de son efficacité au travail, parfois davantage et de façon plus violente de la part de ses collègues de travail plus anciens qui lui indiquent là qu'il faut « gagner sa place ». Les remarques sur sa rapidité, sa compréhension des consignes voire le fait qu'il puisse ralentir la production peuvent être génératrices de conflits, de retrait ou d'inhibition. Elles sont le signe qu'il existe bien une interdépendance entre les identités collectives et les identités individuelles. Par ailleurs, comme le souligne Sainsaulieu, tous n'accèdent pas à l'identité de façon égalitaire car leurs moyens de se faire reconnaître par les autres ne sont pas répartis de la même manière. Afin de réunir les conditions d'émergence ou de consolidation de l'identité, plusieurs aspects me semblent devoir être soulignés :

la question du sens est primordiale, comme dans toute activité humaine : le contenu des tâches professionnelles exécutées doivent trouver une signification pour l'acteur et pour l'organisation. Ainsi, même si l'activité à un poste de travail peut être morcelée, elle doit retrouver une cohérence dans un ensemble signifiant entre la commande d'un client, les différentes étapes de fabrication et la livraison de l'objet fini. Il est fondamental que le travailleur puisse identifier la globalité de l'expérience de production et la référer à un besoin humain familier. Marc Loriol insiste sur ce point : « ce qui a du sens, c'est ce qui correspond à un projet, une intention d'action vers le monde extérieur justifiée aux yeux du sujet. Que ce projet soit collectif ou individuel, l'individu ne peut en trouver les raisons qu'en dehors de lui-même, dans quelque chose qui le transcende ; car comment accepter de faire un effort, de subir une souffrance ou une contrainte si la seule et unique justification est le bien-être ici et maintenant ? Le sens est donc nécessairement une production sociale. »⁶²

créer des lieux d'écoute et de dialogue, à l'instar des groupes de paroles, n'est pas seulement nécessaire à une approche empathique de la situation de travail, Ces instances sont constitutives d'une réappropriation de l'activité par le travailleur et de son intégration positive. C'est ce qu'observe Philippe Davezies : « La montée de la souffrance psychique au travail est liée à ce décalage croissant entre les problèmes générés par l'activité et la possibilité d'en débattre. »⁶³

⁶² Marc Loriol, Jean-Marc Weller. Comment comprendre la plainte de stress au travail ? in *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*, Erès, 2005, p. 155

⁶³ Philippe Davezies, *Entre psychique et social...* op. cit., p. 125

l'engagement dans le travail est conditionné par la reconnaissance : pour analyser les satisfactions et les souffrances de la personne au travail, Sainsaulieu propose trois paradigmes :

- ❑ l'*homo faber* qui renvoie à l'épanouissement dans l'acte de travail lui-même,
- ❑ l'*homo oeconomicus* qui permet de lier la satisfaction du travail à sa rétribution en fonction d'un marché et, enfin,
- ❑ l'*homo sociologicus* qui postule que la reconnaissance par les autres du travail effectué constitue un facteur essentiel de motivation.

2.2.5 Les effets de l'intégration professionnelle

L'intégration constitue un des concepts centraux de la sociologie de Durkheim. Elle est devenue un enjeu politique dans les années 1980. Les sociologues lui ont alors préféré le terme d'insertion. Les deux termes ne sont pas équivalents car il peut y avoir insertion sans qu'il y ait intégration. Le concept d'intégration renvoie à quelque chose de complet, d'achevé. L'insertion n'est qu'un ajout, sans qu'il y ait automatiquement achèvement d'un processus. L'intégration est un processus et non un état. Cela signifie qu'il y a évolution, mouvement et transformation. Ce processus peut ne pas être linéaire mais suivre un rythme saccadé. D'autre part, ce n'est pas l'individu qui décide de son intégration, mais la société dans laquelle il vit qui décide ou non de l'intégrer. L'intégration est avant tout un phénomène social qui s'exerce dans un cadre particulier.

Paugam définit le type idéal de l'intégration professionnelle comme « la double assurance de la reconnaissance matérielle et symbolique du travail et de la protection sociale qui découle de l'emploi »⁶⁴. La première condition est remplie lorsque les salariés disent qu'ils éprouvent des satisfactions au travail, et la seconde, lorsque l'emploi qu'ils exercent est suffisamment stable pour leur permettre de planifier leur avenir et d'être protégés face aux aléas de la vie. Ce type idéal, qualifié d'*intégration assurée*, a permis de distinguer ensuite trois types de déviations : l'*intégration incertaine* (satisfaction au travail et instabilité de l'emploi), l'*intégration laborieuse* (insatisfaction au travail et stabilité de l'emploi) et l'*intégration disqualifiante* (insatisfaction au travail et instabilité de l'emploi).

Une faible intégration professionnelle risque de conduire à une faible intégration au système social dans son ensemble. Plus l'individu est intégré dans la sphère professionnelle, plus il a de chances d'être reconnu pour sa contribution à l'activité productive et valorisé dans la société, plus il a de chances également de jouir d'une sécurité face à l'avenir. Ces conditions sont favorables à son engagement dans l'action collective, à son épanouissement familial et à sa participation régulière aux affaires de la Cité. Lorsque l'individu ne peut bénéficier de ces conditions et doit affronter la précarité

⁶⁴ Serge Paugam. *Dans quel sens ... op. cit.*, p. 7

professionnelle, il risque de connaître également des difficultés dans les autres sphères de l'intégration. On a pu vérifier que l'*intégration assurée* est celle qui a plus de chances de permettre aux salariés de réaliser leurs aspirations dans la vie sociale et pour cela de s'y engager pleinement. Les travailleurs proches de ce type ont également plus de chances d'avoir de bonnes relations de couple, mais aussi de bonnes relations avec leurs enfants et avec les membres de leur famille. Enfin, ces salariés se sentent plus concernés que les autres par la politique et défendent, dans l'ensemble, une politique plus conservatrice.

Sans pour autant céder aux sirènes du mot d'ordre de l'idéal intégratif, comment s'approcher, en ESAT, au plus près du modèle de l'*intégration assurée* décrit par Paugam ? Si la dimension matérielle semble d'emblée accessible à l'action parce que la sécurité et la protection de l'emploi sont *a priori* assurées, la dimension symbolique emprunte des mécanismes qu'il est essentiel de connaître et ne pas négliger.

2.2.6 Reconnaissance et estime de soi

A) La reconnaissance

Le besoin de reconnaissance, en ce qu'il est une aspiration universelle, doit retenir toute l'attention du dirigeant promoteur d'un projet social. Pour la personne handicapée psychique, c'est une constante omniprésente dans toutes mes observations. Après la perte des objets sociaux qui étayaient leur personnalité, ce besoin est en quelque sorte un des derniers bastions qui vient défendre le noyau intime de la personne. Pour Tzvetan Todorov, directeur de recherches au CNRS, critique, historien et philosophe, la reconnaissance marque l'entrée de l'individu dans l'espèce humaine. Nous avons tous besoin d'être reconnus par autrui pour exister. Que l'on cherche à être perçus comme leurs semblables ou différents d'eux, ce sont les autres qui nous reconnaissent. Coexister c'est reconnaître et se faire reconnaître. A partir du moment où l'on est agissant dans le monde où l'on évolue, on acquiert la reconnaissance de sa propre existence. On est sujet à partir du moment où l'on a la capacité d'interagir avec l'environnement. Plus on acquiert de capacités à agir sur l'environnement qui nous entoure, plus grande est la reconnaissance qui nous est renvoyée. A l'inverse la faiblesse du sujet et donc de la reconnaissance qui lui est renvoyée tient à sa faible capacité à agir sur son environnement. Todorov distingue :

- *la reconnaissance de conformité* qui s'opère par une adhésion à la norme, aux règles sociales en vigueur dans la société où l'on se trouve et qui a pour objet de prouver son appartenance indéfectible au groupe. « La satisfaction que l'on tire de la

conformité explique en grande partie la puissance des sentiments communautaires, le besoin d'appartenir à un groupe, un pays, une communauté religieuse. »⁶⁵

□ *la reconnaissance de distinction* qui est la recherche de se distinguer pour être reconnu. Un groupe minoritaire peut être reconnu comme étant différent, marginal par rapport aux valeurs du groupe. Reconnaître l'autre, c'est aussi le combattre car combattre l'autre c'est lui donner une place.

De fait, la reconnaissance concrétise en deux phases ce que nous demandons aux autres : reconnaître notre existence (la reconnaissance au sens étroit du terme) et confirmer notre valeur (le processus de confirmation). Ces deux degrés de la reconnaissance, souvent dissociés, n'ont pas le même poids dans les relations humaines car « on peut être indifférent à l'opinion que les autres ont de nous, on ne peut rester insensible à un manque de reconnaissance de notre existence même »⁶⁶.

Au rang des défauts de reconnaissance, il faut encore distinguer rejet et déni :

□ Le rejet est un manque de confirmation. « Le rejet est un désaccord sur le contenu du jugement » Cela explique pourquoi on accepte davantage le rejet car même s'il n'est pas agréable, il nous prouve notre existence.

□ Le déni est un manque de reconnaissance. « Ridiculiser quelqu'un, ne pas le prendre au sérieux, le condamner au silence et à la solitude, c'est le menacer du néant. »⁶⁷

Enfin, la reconnaissance emprunte deux voies qui ne sont pas équivalentes :

□ *la reconnaissance directe* est une action asymétrique : il ne s'agit pas d'un échange car il existe un agent (celui qui reconnaît) et un patient (celui qui attend la reconnaissance). Les rôles ne sont pas interchangeables.

□ *la reconnaissance indirecte* ou secondaire, où se sentir nécessaire aux autres fait que l'on se sent soi-même reconnu même si le but premier n'était pas de demander cette reconnaissance. L'intensité de cette reconnaissance indirecte est, en règle générale, supérieure à celle de la reconnaissance directe.

En conclusion, soulignons que tout projet social a l'obligation de comporter, non pas uniquement en tant que posture morale mais également dans les dispositifs mêmes de sa mise en œuvre, les signes de la reconnaissance des acteurs chargés de l'animer. A noter qu'il ne s'agit pas uniquement des usagers ou ayants droit destinataires de la prestation, mais également des professionnels en charge de l'encadrement. Si la reconnaissance est un présupposé de base de l'existence sociale, il est également vrai que l'on ne peut être agent de reconnaissance pour autrui que dans la mesure où l'on est soi-même reconnu.

⁶⁵ Tzvetan Todorov, *Sous le regard des autres*, Sciences Humaines, n°131, octobre 2002, p. 23

⁶⁶ Idem, p. 24

⁶⁷ Idem

Soulignons enfin que l'aspiration à la reconnaissance est au cœur de la motivation des acteurs du travail social (reconnaissance secondaire).

B) Estime de soi et confiance en soi

Christophe André s'est intéressé à l'étude de l'estime de soi qu'il définit comme une donnée fondamentale de la personnalité placée au carrefour des trois composantes essentielles du soi : comportementales, cognitives et émotionnelles. Plus concrètement, « C'est comment on se voit ... et si ce qu'on voit on l'aime ou pas ». Elle comporte donc une dimension fortement affective, elle dépend beaucoup de notre humeur. L'auteur a identifié les mécanismes animant l'estime de soi :

- On positionne toujours son estime de soi par rapport à son environnement (les autres) dans un mécanisme d'ajustement.
- On se compare aux autres pour réguler son estime de soi lorsqu'on est confronté à des difficultés (il y a pire que moi = haute estime de soi ou beaucoup sont meilleurs que moi = basse estime de soi)

Le regard des autres est un paramètre essentiel de l'estime de soi (plus je pense que les autres ont une bonne opinion de moi, plus cela améliore l'estime de soi). Le fondement de l'estime de soi se construit dans la relation entre l'enfant et sa famille où l'amour inconditionnel de ses parents lui est acquis indépendamment des performances de celui-ci. Il comprend que l'amour de ses parents est une donnée stable indépendante des notions de réussite ou d'échec. Par la suite, la sensibilité à l'échec sera très différente chez les sujets à faible ou à forte estime de soi. L'estime de soi est un outil, c'est un instrument de connexion avec l'environnement de l'individu. Elle influence les capacités adaptatives. Elle a été comparée à un véritable « système immunitaire du psychisme »⁶⁸. Pour l'auteur, la fonction de l'estime de soi serait de nous protéger de l'adversité. En psychiatrie, des études ont confirmé le lien entre basse estime de soi et risques dépressifs. La faible estime de soi est un des symptômes de la dysthymie chronique (troubles de l'humeur). Les sujets à basse estime de soi s'enferment volontiers dans une spirale d'échec alors que les sujets à haute estime de soi s'efforcent de quitter à tout prix la zone dangereuse. La spirale négative représente un problème courant en psychopathologie car elle conduit souvent à la « névrose d'échec ».

La confiance en soi est une composante partielle de l'estime de soi. C'est le sentiment subjectif d'être capable de réussir ou non ce que l'on entreprend. La confiance en soi marque la capacité à s'engager efficacement dans l'action.

D.M. travaille à l'atelier Métallerie de l'ESAT depuis six ans. Il souffre de schizophrénie avec hallucinations sonores qui génèrent des épisodes angoissants. Il parle de voix qui

⁶⁸ Christophe. André, François. Lelord, *L'estime de soi*, Odile Jacob, Poches, 2002, p. 57

l'appellent par son prénom, l'insultent et le menacent. En période aiguë, l'envahissement est tel qu'il ne peut plus occuper son poste de travail. Souvent, il est réticent à porter les protections auditives obligatoires dans l'atelier (en raison du bruit des machines) car elles amplifient, dit-il, la sonorité des voix. Avant sa décompensation, intervenue à l'âge de 24 ans, D.M. était un sportif de haut niveau qui jouissait d'une vie sociale riche et intense, notamment un succès notable auprès des femmes. Ses croyances religieuses lui ont fait associer la survenue de la maladie avec le mode de vie libertin qui était le sien à l'époque. Après plusieurs années d'hospitalisation psychiatrique, il a intégré le travail protégé avec de grandes difficultés en raison de l'écart entre ses aspirations et les tâches réelles qu'il était capable d'effectuer. En proie au deuil impossible de son idéal de vie et au vécu désespérant d'une maladie incurable, D.M. a suspendu à trois reprises son projet d'intégration à l'ESAT pour revenir vivre au domicile de ses parents. Aujourd'hui, après conclusion d'un contrat d'aide et de soutien au travail, la coordination étroite avec l'équipe médicale chargée de son suivi et l'équipe éducative du foyer d'hébergement, l'accompagnement consiste essentiellement en un étayage régulier pour réduire les écarts entre le potentiel réel de D. M. et la représentation dévalorisée de lui-même qu'il a tendance à nourrir.

2.3 Les leviers de l'intégration socioprofessionnelle

2.3.1 Les champs des habiletés

En février 2002, se constitue le réseau Galaxie⁶⁹ pour tenter de répondre aux questions posées par l'insertion socioprofessionnelle des personnes handicapées psychiques. Soutenu par le Fonds social européen, il réunit dix structures spécialisées dans ce champ et s'est donné comme objectif de :

- identifier et approfondir les spécificités du handicap psychique,
- décliner les besoins qui en découlent,
- faire valoir ces besoins afin que les personnes bénéficient de réponses adaptées.

Les travaux de ce réseau ont tenté d'établir les spécificités du handicap psychique en proposant une déclinaison selon quatre champs :

Le champ cognitif

Ce champ concerne les fonctions complexes multiples recouvrant l'ensemble des activités mentales (pensée, perception, action, volonté, mémorisation, rappel, apprentissage, ...) impliquées dans la relation de l'être humain avec son environnement. Elles lui permettent

⁶⁹ GALAXIE, •65 Bd Côte Blatin •63000 CLERMONT-FERRAND

d'acquérir et de manipuler des connaissances (associations, rétroaction, traitement de l'information, résolution de problèmes, prise de décision, etc.)⁷⁰

Quelques indicateurs de la cognition :

- ❑ repérage spatio-temporel, vitesse d'idéation,
- ❑ intégration, assimilation et mémorisation des consignes,
- ❑ concentration et mobilisation de l'attention,
- ❑ mobilisation du savoir,
- ❑ capacités de jugement, de raisonnement logique et d'analyse.

Le champ des habiletés sociales

Les habiletés sociales recouvrent l'ensemble des capacités spécifiques qui permettent à une personne d'accomplir une performance jugée socialement adaptée. On distingue d'ordinaire :

- ❑ les habiletés perceptives : identifier et comprendre les paramètres importants d'une situation sociale,
- ❑ les habiletés décisionnelles : capacité à choisir une réponse appropriée à la situation sociale rencontrée,
- ❑ les habiletés comportementales : les différents éléments verbaux et non verbaux de la réponse choisie.

Quelques indicateurs des habiletés sociales :

- ❑ les liens, codes et repères sociaux,
- ❑ la mobilisation des savoir être,
- ❑ la gestion de l'hygiène de vie.

Le champ des habiletés professionnelles

Même approche que celle des habiletés sociales déclinées en situation professionnelle.

Quelques indicateurs des habiletés professionnelles :

- ❑ la vitesse d'exécution, l'endurance,
- ❑ la mobilisation des savoir faire,
- ❑ les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.

Le champ de l'identité personnelle

Elle résulte de l'expérience propre à un sujet de se sentir exister et reconnu par autrui en tant qu'être singulier mais identique. C'est une construction dynamique de l'unité de la conscience de soi au travers de relations intersubjectives et expériences sociales.

Quelques indicateurs du champ de l'identité :

- ❑ perception de soi et de ses compétences,
- ❑ perception de soi au travail,

⁷⁰ G. BERUBE, *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Ed. de la Chenelière Inc., 1991

- ❑ anxiété, gestion émotionnelle et relationnelle,
- ❑ intégration dans le groupe,
- ❑ sensibilité au changement.

L'analyse des observations recueillies à l'aune de ces quatre champs établit de façon claire la spécificité des besoins des personnes porteuses de handicap psychique. Elle permet l'élaboration d'un guide d'évaluation de l'intervention sociale auprès de ce public. En interagissant, les différents champs du handicap psychique entraînent par exemple une « contamination » des capacités cognitives par les émotions, des inaptitudes sociales qui rendent inutilisables des compétences professionnelles⁷¹. Ce chevauchement entre ces champs implique :

- que les personnes handicapées sont hypersensibles à l'environnement professionnel. Un événement difficile de leur vie privée pourra bouleverser l'activité professionnelle et conduire à des actes ou décisions disproportionnés. Un milieu de travail soutenant leur permettra donc de les rassurer et de mobiliser davantage de compétences ;
- un travail en réseau et plus particulièrement une articulation forte entre les acteurs de la santé mentale et ceux de l'insertion sociale.

2.3.2 La préparation au travail et l'accompagnement

A) Du bilan virtuel au projet réaliste

- ❑ Le travail de deuil

Une partie du travail d'accompagnement doit consister à faciliter le travail de deuil pour les personnes chez qui la maladie mentale constitue une rupture entre un avant et un après. En effet, la personne doit faire le deuil de certaines compétences acquises avant la maladie et qu'elle ne peut plus mobiliser en raison de son handicap psychique ; il en est de même pour un diplôme qui ne correspond plus au niveau effectif de la personne.

- ❑ Un projet réalisable

Une caractéristique du handicap psychique réside dans le fait que les compétences réelles sont considérablement amoindries par la situation de stress ou d'angoisse. C'est ainsi qu'une mise en situation de face à face avec une personne de confiance mettra en

⁷¹ Les compétences recouvrent l'ensemble des capacités qui permettent à l'individu d'accomplir des actions adaptées à l'environnement. Dans la perspective de l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques, l'acquisition de compétences permet à l'individu de développer les aptitudes à travailler avec d'autres personnes et de faire face aux exigences du travail. Elles favorisent aussi la capacité à s'approprier les normes sociales imposées par la société et contribuent à la réalisation de soi et à l'autonomie quotidienne. Elles construisent l'identité de la personne et créent le lien social.

avant des compétences qui s'avèreront inutilisables en situation réelle de travail. Il est donc important d'associer les bilans à des mises en situation réelles de travail, et ce afin de faire prendre conscience à la personne de ses capacités réelles et de tester des pistes et projets professionnels possibles.

- Un bilan partagé et un projet approprié

Ce n'est qu'au prix de ce réajustement que la personne peut rebondir en acceptant de considérer ce qu'elle a conservé, et ce sur quoi elle peut s'appuyer. Cette analyse lui permet aussi d'être « acteur » de sa candidature, de ses limites comme de ses potentialités, ce qui respecte davantage le principe de réappropriation de son projet personnel plutôt que de confier cette analyse aux seuls accompagnants sociaux.

La préparation de l'entretien d'embauche devient alors un exercice important sur le plan personnel et professionnel, la construction du discours sur les points forts/points faibles de la candidature permettant de créer une distance avec les difficultés personnelles.

- Des profils de poste adaptés

Dans la mesure où les personnes sont sensibles aux modifications de l'environnement, il peut être intéressant de débiter par un poste nécessitant des compétences inférieures à ce que la personne est capable de mobiliser de manière à lui permettre d'être à l'aise dans les activités. La personne pourra ainsi s'adapter à son environnement et développer ses compétences en effectuant des activités de plus en plus élaborées. C'est tout l'intérêt de travailler en amont à la construction de profils de poste modulaires que l'on peut ajuster en fonction de la réalité temporaire du travailleur.

B) L'accompagnement

- L'accès aux dispositifs ordinaires

Dans son principe, le projet d'intégration socioprofessionnelle doit se donner comme objectif l'accès des personnes aux formations et postes de travail ordinaires. A côté d'une offre spécifique interne (activités de soutien, groupes de parole, redynamisation, formation interne, etc.), il convient de développer du soutien aux professionnels de la formation (Afp, ANPE, Cap Emploi, ...) pour faciliter l'intégration des personnes dans les dispositifs de droit commun. C'est notamment le cas des programmes de Reconnaissance des Savoir Faire Professionnels (RSFP), développés dans le cadre d'Action Prioritaire Régionale (APR) de l'Afp. A destination des travailleurs handicapés et dessinés sur le modèle de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) de la formation professionnelle ordinaire, ces programmes, dans leur contenu et dans leur exécution, prévoient le soutien d'équipes médico-sociales pour adapter les actions des professionnels de la formation.

- Le développement des contrats à temps partiel

L'indication de temps partiel semble bien adaptée à la problématique du handicap psychique, et notamment à cette période de « remise au travail ». La désignation d'un

tuteur du contrat, le principe d'un mi-temps et d'un autre temps consacré à la formation (ou à des actions de remobilisation) sont autant de caractéristiques qui permettent d'installer les conditions d'une insertion professionnelle. Mais évidemment, la pérennisation de ces contrats, leur transformation en temps plein est un enjeu d'autant plus important que ces personnes sont sensibles aux ruptures et risquent de perdre l'acquis des compétences, de la mobilisation et de la confiance en soi.

□ Un temps incompressible

La durée de l'élaboration du projet professionnel est souvent plus longue que pour les autres publics, car elle doit tenir compte de la dynamique décrite ci-dessus, et notamment de la maturation psychique qui permet à la personne de « tourner la page » et de reconsidérer son projet professionnel. C'est parfois un virage important qui lui est demandé, et qui peut demander du temps pour être accepté après avoir été subi. C'est au prix de cette maturation que la personne peut effectuer un réel projet professionnel :

- réaliste : basé sur ses compétences réellement mobilisables,
- investi : la personne s'est approprié ces bases et les a expérimentées,
- dynamique : à partir de ces bases, la personne peut progresser, soit en renforçant ses compétences, soit en les élargissant.

2.3.3 Les conditions de réussite

Je propose de définir ici les conditions essentielles pouvant favoriser l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique. Si je capitalise les données rassemblées dans les différentes expériences de réadaptation socioprofessionnelle que nous avons examinées, il est permis de retenir la modélisation d'un certain nombre de dispositifs :

□ *La nécessité d'un référent/tuteur*

Le référent (ou tuteur) est une personne ressource garante du suivi du projet d'intégration dont la médiation est inscrite dans la permanence. Son intervention contribuant à l'aplanissement des difficultés souvent vécues comme insurmontables par l'utilisateur se révèle être le lien sans lequel la réadaptation évolue très souvent vers l'exclusion.

□ *Le développement d'un réseau primaire autour de la personne*

Il est important de développer autour des personnes un réseau de connaissances et des activités de groupe qui leur permettront de conserver et diversifier des relations sociales autres que professionnelles. Les services tiers sont ainsi en relation avec des associations, des centres de loisirs, voire des centres d'activités bénévoles où les personnes peuvent s'investir et se sentir socialement utiles. Parfois ces activités sont considérées par les services d'insertion comme des pré requis avant d'entamer une démarche de recherche d'emploi ; en effet, elles permettent aux personnes de tester leur place dans un groupe et leur capacité à interagir avec les autres.

La famille constitue un appui important, pour contribuer à développer un réseau social autour de la personne, et lutter contre un isolement social inéluctable. Il faut préciser que lorsqu'elle est représentée, elle l'est plutôt par les parents que par le conjoint ou les enfants. Une collaboration pourrait donc être envisagée entre les services d'insertion et les associations représentant les usagers (Unafam par exemple) pour signaler les familles « en souffrance » afin de leur proposer un soutien très utile.

Outre la famille qui, lorsqu'elle est représentée, se révèle un appui important, l'accent doit être mis sur la constitution, le maintien et l'enrichissement d'un réseau social hors travail qui sont des éléments essentiels de réussite et de stabilité : la personne est en situation de s'investir et de se sentir socialement utile. Par défaut, on assiste à un repli sur soi, à un isolement social puis finalement à une lente désintégration.

- *La lutte contre la stigmatisation passe par la professionnalisation de la communication sur la santé mentale, vers le grand public.*

Une enquête Ipsos-Lilly établit clairement une corrélation forte entre l'information disponible auprès du grand public et l'importance de l'opinion défavorable vis-à-vis des troubles psychiques : « Plus le niveau de connaissance est faible, plus le niveau de stigmatisation est élevé »⁷². La formation du terrain de la réadaptation reste une étape prépondérante et une condition indispensable de l'efficacité et du succès de l'intégration.

- *Les actions de formation des professionnels*

L'intégration socioprofessionnelle d'un public handicapé psychique en ESAT pose la question de la transférabilité des compétences d'un secteur à un autre. De ce point de vue, une organisation modulaire des formations qualifiantes, avec des tronc communs, mériterait d'être mise en chantier de manière plus active : à la fois par des collaborations pour les formations initiales entre les facultés de médecine d'une part, les centres de formations sociales et éducatives d'autre part. C'est une des conclusions d'un rapport présenté en 2002 à la DGS : « les membres du groupe préconisent des modules communs dans la formation aux différents métiers conduisant à la prise en charge des besoins des personnes en difficulté psychique ou malades mentales »⁷³.

- *La coordination entre secteurs sanitaire et médico-social*

« La création de réseaux entre les champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux conventionnés, coordonnés, programmés et évalués par les tutelles et par les ARH au niveau des territoires pertinents ou bassins de santé (RTSM), des départements et des

⁷² Enquête Ipsos Opinion – Lilly « L'image de la schizophrénie et des patients porteurs d'une schizophrénie auprès du grand public », juin 2001

⁷³ Rapport sur « l'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé », DGS, 11 avril 2002, p. 34

régions doit être explicitée et encouragée »⁷⁴. Actuellement les conventions officiellement signées par le champ psychiatrique sont très peu nombreuses sur le territoire national. Les conventions doivent précisément établir les objectifs, les moyens mis à disposition par les équipes professionnelles concernées, la durée de fonctionnement, les responsabilités de chacun et enfin prévoir régulièrement des évaluations quantitatives et qualitatives des actions envisagées. Les divers professionnels, participant à l'action définie par la convention, doivent y être nommément désignés ainsi que leur rôle et le temps qu'ils doivent y consacrer. Elles doivent aussi favoriser la mise en place d'actions innovantes, expérimentales dont l'initiative peut trouver son origine dans l'un ou l'autre champ mais toujours fonctionner avec des partenariats clairement identifiés.

□ *La mise à disposition de travailleurs sociaux et de soignants de santé mentale*

Des équipes identifiées de santé mentale oeuvrant dans les circonscriptions sociales et autres structures sociales et médico-sociales, par convention, participeraient aux actions de santé mentale visant la réadaptation. C'est le cas d'actions de professionnels du DRSP (Département de Réadaptation Socio professionnelle) du syndicat inter hospitalier de Lyon pour soutenir l'intégration en ESAT de patients issus de leurs services.

□ *La renonciation à la gestion du médico-social par les établissements de santé.*

Apprendre à « passer la main » aux professionnels du champ médico-social : il y a, dans les unités d'hospitalisation de chaque secteur, nombre de personnes dont la pathologie mentale ne nécessite plus uniquement des soins mais également une prise en charge médico-sociale ou sociale qui ne peut être apportée là où ils sont. Pour ces personnes il faut envisager une admission dans des structures médico-sociales ou sociales, de dimension humaine, pour des populations non homogènes.

□ *La coordination entre services d'insertion ordinaires et services spécialisés*

Les personnes handicapées psychiques ont besoin d'un accompagnement spécifique, mais celui-ci n'est pas forcément à organiser entièrement au sein du service spécialisé. Il semble préférable en effet de s'appuyer sur les dispositifs de droit commun, à condition qu'un service tiers puisse opérer l'articulation entre les différents intervenants et faciliter ainsi le parcours parfois complexe de la personne au sein des différents dispositifs (Cotorep, ANPE, Cap Emploi, ...). D'autre part, en raison de l'imbrication de la sphère émotionnelle avec la sphère intellectuelle, il est important d'articuler les domaines d'intervention, et notamment ceux du soin, de la formation et de l'accompagnement. En effet, des avancées sur l'un des domaines a souvent des effets sur l'autre. Il convient donc de les connaître pour mieux ajuster l'intervention. De même, la coopération avec les

⁷⁴ Eric Piel, J. Louis Roelandt. *De la psychiatrie à la santé mentale. Rapport de mission.* Ministère de la Solidarité, juillet 2001, p.192

équipes soignantes apparaît comme déterminante pour permettre un ajustement des traitements, de manière à :

- réagir rapidement aux modifications imprévues susceptibles de générer de l'angoisse ;
- prévenir les aggravations lors de changements prévisibles ;
- ajuster plus finement les traitements, au fur et à mesure de l'expérience et de l'appropriation par le malade de la gestion de sa maladie.

□ *La collaboration avec les services de médecine du travail*

Elle est également à mentionner : outre l'aspect légal, le fait de préparer l'entretien avec le médecin du travail et apprendre à parler de la maladie, ou du moins de ses effets sur le travail, peut aider la personne à trouver une aide potentielle ou immédiate. Cette collaboration peut être recherchée également auprès des médecins conseils des CPAM, ou auprès des services de médecine de main d'œuvre (service pathologie professionnelle des centres hospitaliers).

□ *Le contenu de l'information à donner à l'encadrement*

Nous avons vu tout l'intérêt qu'il y avait à objectiver les difficultés des personnes plutôt que de rester vague, ce qui ouvre la porte à tous les fantasmes autour de la « folie ». Mais il ne faut pas cependant, en donnant trop d'information, induire des difficultés là où il n'y en aurait pas, et inciter l'environnement de travail à interpréter tous les gestes, comportements ou propos de la personne comme une manifestation de sa maladie. Ceci soulève également la question du droit des usagers : quels éléments peut-on « partager » dans le respect des personnes et de leurs droits ?

□ *L'accent mis sur l'utilité sociale du travail*

Nous avons vu que souvent les personnes devaient renoncer à un niveau de travail auquel leur qualification les avait préparées, mais pour lequel elles ne sont plus capables de mobiliser leurs compétences. Il est alors intéressant de valoriser l'utilité sociale de l'atelier qu'elles vont intégrer, l'intérêt de la production générale, ou des tâches spécifiques accomplies par les personnes pour les autres travailleurs.... Cela permet de donner du sens au travail, de valoriser la contribution des personnes à l'effort collectif, et de favoriser la « rétribution symbolique » que chacun tente d'obtenir dans son travail.

□ *L'attention aux périodes de transition*

Le parcours d'intégration des personnes est constitué de plusieurs étapes qui peuvent constituer des « épreuves » ou des ruptures pour les personnes hypersensibles au changement. Quand on prévoit différentes phases (formation, stage, temps partiel puis plein temps, par exemple), il faut être attentif à adapter le soutien à ces périodes de fragilisation. Enfin, dans la mesure où tout changement est susceptible de provoquer une grande anxiété chez la personne, toute promotion doit être envisagée avec la plus grande prudence et doit être accompagnée.

□ *Un pas vers la réhabilitation psychosociale*

Enfin, il est permis de s'inspirer des repères proposés pour l'insertion des exclus qui propose une approche analogique : rétablissement du lien avec soi-même (temps du soin), du lien communautaire (réadaptation), du lien sociétaire (réhabilitation). « Ainsi il sera avant tout question de rechercher les situations productrices de lien social où la personne pourra négocier la place qu'elle pourra tenir plutôt que de flécher un itinéraire lui assignant une certaine place »⁷⁵. Comme nous l'avons vu au début de ce chapitre, certaines approches du handicap proposent d'insister davantage sur les potentialités de l'individu plutôt que s'attacher à en combler les inadaptations. Ces approches entendent privilégier les modèles d'inspiration qui n'augmentent pas la désinsertion et la désadaptation de l'individu en séparant le patient de son environnement naturel ou en précarisant ses liens, effets iatrogènes souvent reprochés aux dispositifs traditionnels. Depuis une vingtaine d'années, le développement du concept de *réhabilitation psychosociale* inspire une pratique qui se propose de donner les moyens à l'individu de faire face -psychologiquement- à sa situation. Marianne Farkas, chercheuse à l'OMS en donne une définition : « La réhabilitation est constituée par la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne et qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles. »⁷⁶ Dans un ouvrage pour la promotion de la santé mentale, un auteur prône l'évolution du dispositif vers l'amélioration des capacités des individus à « la confrontation et l'adaptation [...], à développer les occasions de renforcement de l'estime de soi »⁷⁷ tandis qu'un autre présente le concept de *résilience sociale* « qui renvoie plutôt aux mécanismes mis en place pour aider les personnes à surmonter leurs difficultés quotidiennes, [...] aux processus collectifs qui contribuent à permettre à ses membres de mieux se débrouiller dans leur quotidien » en rappelant que « le concept de responsabilisation met plutôt l'accent sur la prise en charge par chacun de ses problèmes et de ses objectifs de vie »⁷⁸. En somme, la réhabilitation psychosociale se définit comme

⁷⁵ Christian Bonnet *Place de la réinsertion dans la prise en charge à long terme des psychoses schizophréniques* in Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques. Frizon Roche, édit. 1994, Paris.

⁷⁶ René Lepoutre, *Soigner, réhabiliter*, Revue Pluriels, n°54-55, décembre 2005-janvier 2006, p. 2

⁷⁷ Bertolotto F., Joubert M. « Politiques locales, actions de proximité et de prévention en santé mentale. Enjeux pour les politiques publiques », in Joubert M., [dir], *Santé mentale, ville et violence*, Erès, 2003, p. 249

⁷⁸ Tousignant M., « Ecologie sociale, résilience et santé », in Joubert M., [dir] *Ville, violence, santé mentale*, Erès, 2003, pp. 24, 29 & 31.

un processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Elle met l'accent sur l'intégrité et les forces de l'individu plutôt que sur sa maladie et propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle. Deux principes de base de la réhabilitation psychosociale sont à prendre en compte :

- il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même,
- de nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.

J'ai considéré, dans la construction du projet socioprofessionnel que je développerai dans le prochain chapitre, que les pratiques inspirées de la *réhabilitation psychosociale* se révèlent bien adaptées au profil des personnes handicapées psychiques en ESAT. Une étude de l'Inserm⁷⁹ commandée par la DGS en 2004 évaluant plusieurs approches thérapeutiques (psychodynamique, cognitivo-comportementale et familiale) a démontré l'efficacité supérieure de la *réhabilitation psychosociale* s'agissant de patients stabilisés en intégration au travail. En prenant appui sur les forces disponibles de la personne, en valorisant ces potentialités, en les mettant au service de son projet personnel, dans le contexte réel des contraintes de son environnement, elles sont de nature à mieux garantir les droits fondamentaux du citoyen dans sa recherche d'autonomie et de dignité. Bien plus, cette pratique se révèle particulièrement bien inscrite dans l'approche des récentes politiques publiques au regard de la compensation du handicap. Elle demande, on le verra, à ce que l'accompagnement et les dispositifs d'intervention identifient précisément les potentialités de l'utilisateur d'une part, les compétences et les moyens de l'intervenant d'autre part. D'où un besoin primordial d'évaluation de la qualité des actions mises en œuvre.

⁷⁹ « *Psychothérapie, trois approches évaluées* », Éditions Inserm, ISBN 2-85598-831-4, 568 pages, Février 2004, p. 34

3 Construire un projet socioprofessionnel adapté : une articulation plurisectorielle

Ce chapitre se propose de mettre en perspective la phase concrète de la mise en œuvre du projet. Selon la méthodologie proposée par J. P. Boutinet⁸⁰, une première partie dressera la construction stratégique qui préside au projet tandis que la seconde s'attachera à suivre les étapes de la mise en place opérationnelle. Enfin, une troisième partie sera consacrée à une approche de l'évaluation de l'ensemble des mesures.

3.1 Première partie : une stratégie ciblant l'articulation des partenaires

Dans ce projet, le choix d'une stratégie est avant tout dicté par la nécessité d'une ouverture et d'un partenariat concerté avec l'ensemble des acteurs de l'insertion des malades mentaux stabilisés. En externe, il s'agit de dépasser les fonctionnements parfois hermétiques des services en privilégiant les principes de compétence et de subsidiarité. En interne, il s'agit de se doter de nouveaux outils d'analyse et d'évaluation parfois en rupture avec la culture institutionnelle en place. L'enjeu sera donc d'instaurer un nouvel ordre sans provoquer de clivage ou de tension excessive au jeu institutionnel. La conduite du changement s'appuiera donc sur l'opportunité de l'impératif légal des politiques publiques récentes en matière de handicap et de droit des usagers sans abolir pour autant le capital d'investissement et de savoir faire accumulé par l'encadrement de l'ESAT. A ce point, j'insisterai sur la capacité du dirigeant à mesurer et contenir la zone de risque que crée inévitablement toute manœuvre de changement institutionnel. Pour René Kaës, la menace du changement dans l'assise institutionnelle instaure un état de souffrance pathologique des professionnels : « toutes les formations psychiques intermédiaires qui forment la structure inconsciente sont alors simultanément menacées, et elles affectent les sujets de l'institution bien en deçà de leurs liens actuels dans l'espace psychique institutionnel ; elles les concernent dans des strates fondamentales de leur être »⁸¹. Il s'agira, par conséquent, de concevoir la mise en œuvre du projet en impliquant une grande majorité des acteurs sous le couvert sécurisant du *groupe-projet* qui constituera la base d'identification et d'appropriation du changement.

⁸⁰ J.-Pierre Boutinet, *Anthropologie du projet*, Paris, PUF (2^e édition), 1993

⁸¹ Francis Batifoulier, François Noble. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale* : Paris, Dunod, 2005, p. 219.

3.1.1 Analyse de la situation préalable

Le chapitre qui va suivre mettra en lumière, d'une part les atouts et les faiblesses, d'autre part les opportunités et les menaces que l'association connaît à la genèse du projet. Il permet de comprendre les choix qui seront privilégiés dans la mise en œuvre ultérieure.

A) Les forces internes : engagement et dynamisme

Une palette d'activités diversifiées

Comme nous l'avons vu au premier chapitre, l'ESAT de la Roche propose une variété d'activités professionnelles relativement étendue : blanchisserie industrielle, métallerie, conditionnement, espaces verts, restauration collective. Cette variété ouvre de nombreuses possibilités de mobilité d'emploi et de formation pour les travailleurs handicapés. Elle autorise le recours à des combinaisons multiples, souvent faites d'essais itératifs, facilitant le choix adapté aux capacités et aux intérêts du candidat. De plus, cette situation permet au gestionnaire d'asseoir une stabilité financière par le maintien d'un équilibre budgétaire entre des activités économiques présentant des valeurs ajoutées inégales.

Une forte intégration « métier »

Un grand nombre d'activités professionnelles (blanchisserie, métallerie, espaces verts, restauration) possèdent un fort potentiel intégratif car elles sont structurées autour de métiers codifiés, porteurs à la fois d'apprentissages techniques et d'une culture professionnelle socialement identifiée et valorisée. Elles favorisent, on l'a vu, un sentiment positif d'appartenance et d'identité professionnelles.

Le soutien des administrateurs

Les membres du Conseil d'administration se sont récemment interrogés sur la mission de l'administrateur au sein de l'association. Quelques-uns d'entre eux se sont engagés dans des modules de formation dispensés par le CREAL Rhône Alpes sur ce thème. Par ailleurs, ils ont clairement soutenu l'orientation plus marquée de l'association dans la réhabilitation socioprofessionnelle de malades mentaux stabilisés.

Une forte implication des familles

Le fort degré d'engagement et de combativité des familles de malades mentaux constitue un atout dynamique pour l'association. Notamment au travers du Conseil de la Vie Sociale, les familles restent une force de proposition intéressante qui conjugue souvent inventivité et solidarité, même si, on l'a vu, quelques manifestations doivent être canalisées.

B) Les faiblesses internes : financement et tradition

La faible intégration « métier » de l'activité conditionnement

Le conditionnement de produits en sous-traitance représente une activité traditionnelle des ESAT. S'il comporte l'avantage d'une accessibilité rapide à l'activité professionnelle, du fait de faibles compétences exigibles à la mise au travail, il peut rapidement ne plus offrir de perspectives valorisantes, se restreindre à des manœuvres répétitives sans grande initiative personnelle. C'est une faiblesse qu'il convient de compenser par une diversification des processus, une recherche de polyvalence.

Un niveau insuffisant de qualification sociale des intervenants

Quoique la plupart des moniteurs d'atelier peuvent se prévaloir d'une expérience pratique dans l'encadrement de personnes handicapées, une grande majorité n'ont eu d'autre sensibilisation à la nature des troubles psychiques qu'à travers leur vécu quotidien de travail. L'aspect déroutant, voire menaçant, de ces manifestations nécessite un étayage à la fois théorique mais également dans le soutien médico-professionnel pour aborder des situations demandant maîtrise et assurance. Il s'en suit que la formation professionnelle des personnels, sous plusieurs formes, doit représenter un pivot important de la réussite du projet. Par ailleurs, depuis trois années, le recrutement de jeunes diplômés et la formation qualifiante en interne des personnels les plus jeunes ont instauré un début de clivage entre générations qui peut menacer la cohésion et la conduite du changement.

L'absence de financement des activités de soutien

Malgré les préconisations de la circulaire 60 AS relative au fonctionnement des ESAT, aucun financement spécifique de l'Etat n'assure les charges liées à la formation des travailleurs handicapés. En dehors des crédits de formation issus des cotisations employeur – faibles car proportionnels au salaire – l'ESAT est tenu de financer ces charges sur le budget de production, ce qui explique, en partie, la modestie de beaucoup de programmes de formation. Là encore, le recours à des pratiques innovantes se révèle nécessaire pour assumer cette obligation fondamentale, notamment par le recours aux dispositifs de droit commun, moyennant une adaptation des contenus.

Une culture de la coordination interne à développer

Comme cela a été observé dans d'autres associations, il existe un cloisonnement assez marqué entre les activités dites sociales et les activités dites économiques de l'institution. Cela tient en particulier à la culture professionnelle différente des salariés qui forment l'encadrement des foyers d'hébergement ou de l'accueil de jour d'une part et des ateliers d'autre part. J'observe que le personnel l'ESAT répond logiquement à un double défi : une obligation de résultat liée aux exigences de la production et la vocation sociale de l'accompagnement des travailleurs handicapés. Les contraintes de l'activité économique demeurent beaucoup moins familières au personnel strictement éducatif qui a tendance à les tenir pour secondaires voire antinomiques avec la mission sociale. Le partage d'une culture commune unifiant les structures de l'institution reste un enjeu crucial de la fonction de direction. C'est d'abord animer une connaissance réciproque des missions de chacun.

C'est ensuite reconnaître et garantir les spécificités de chaque structure en les formalisant dans le projet associatif. C'est enfin instaurer une cohérence des actions engagées dans les différents lieux de vie de l'utilisateur.

C) Les opportunités externes : pression sociale et renouveau

Une priorité affirmée dans les orientations du Schéma départemental

Le Schéma départemental 2004-2008 du Rhône, en faveur des personnes adultes handicapées, valide clairement l'inscription de l'insertion professionnelle des personnes handicapées au rang des priorités du département. L'axe 2 des développements prioritaires voit figurer en bonne place la recherche de structures et de solutions dédiées à l'accueil des personnes handicapées psychiques. Au chapitre de l'insertion professionnelle, on trouve l'énoncé des mesures suivantes :

Fiche 6 : Poursuivre et généraliser les unités de préparation au travail en CAT

Fiche 7 : Réaffirmer la mission sociale du CAT

Fiche 8 : Inscrire plus largement l'accompagnement en milieu protégé dans un parcours social et professionnel adapté

Fiche 9 : Offrir une possible évolution vers l'insertion temporaire ou durable en milieu ordinaire

Fiche 10 : Adapter l'offre à l'évolution des publics spécifiques

Fiche 11 : Restructurer l'offre sur le territoire

Fiche 12 : Créer des structures d'hébergement et d'accompagnement innovantes, variées et adaptées au handicap psychique.

L'Association de la Roche reconnue comme acteur du handicap psychique.

Ce dernier axe de développement, au titre des handicapés psychiques, propose « d'étudier avec l'association gestionnaire du CAT de la Roche, les conditions d'une possible re-localisation sur l'agglomération lyonnaise d'une trentaine de places, compte tenu d'une implantation excentrée qui ne permet pas un fonctionnement optimal du dispositif destiné à l'accueil de personnes réorientées de façon durable en milieu protégé. »⁸² Si l'on peut voir là la reconnaissance publique de l'expérience et du savoir faire de l'Association de la Roche en matière d'intégration socioprofessionnelle de personnes souffrant de handicap psychique, cette fiche souligne également la répartition géographique inégale des dispositifs d'accueil, rares ou inexistantes dans l'agglomération lyonnaise et le Sud-est du département. De fait, désigner l'association de la Roche comme un promoteur privilégié de cette intégration reste un gage important de crédibilité vis-à-vis des partenaires de l'association mais également un catalyseur de reconnaissance dans lequel il sera opportun de puiser pour dynamiser l'engagement des salariés acteurs du projet.

⁸² Schéma Départemental du Rhône 2004-2008, *Fiche 11, Favoriser l'insertion professionnelle, Restructurer l'offre sur le territoire*

Une coordination départementale en voie d'activation

Coordination 69 – Soins psychiques et réinsertions regroupe 10 associations gestionnaires d'établissements sociaux et de réinsertion, le Département de Réadaptation Socio-Professionnelle (Syndicat Inter Hospitalier) ainsi que les Secteurs de Psychiatrie Générale. Cette coordination est un groupement de fait sans statut juridique formel qui se propose d'assurer la continuité des prises en charge en se fixant plusieurs objectifs :

- faciliter les relations et les échanges opérationnels entre les organismes qui la composent,
- améliorer les moyens existants,
- en développer d'autres,

dans le but de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des malades et handicapés psychiques du Rhône. L'association de la Roche, membre de cette coordination, est l'unique partenaire oeuvrant spécifiquement à l'intégration professionnelle au long cours des personnes handicapées psychiques.

Un consensus autour de la problématique du handicap

La récente loi du 11 février 2005, la mise en place des Maisons Départementales du handicap, la sensibilisation encore active de l'année du handicap en 2003 sont autant d'actualités encore vivaces dans l'agenda social et politique des décideurs et du mouvement associatif dont il convient de tirer parti pour engager les projets nécessaires.

Le mouvement de réforme interne de la psychiatrie

Les conclusions des nombreuses publications sur la prise en charge sociale de la santé mentale ont engagé le secteur psychiatrique dans une démarche d'ouverture vers les établissements sociaux et médico-sociaux visant à l'insertion des patients stabilisés vers les milieux ordinaire et protégé. Il s'en suit un contexte favorable à l'établissement de conventions de partenariat entre tous les acteurs concernés.

D) Les menaces externes : géographie et résistances

Éloignement géographique de l'institution

Les besoins prioritaires du département du Rhône sont localisés, on l'a vu, sur l'agglomération lyonnaise et dans le Sud-est du département. L'implantation de l'association de la Roche dans le Nord-ouest du Rhône (à 40 km de Lyon) ne la situe pas comme promoteur naturel pour les autorités de financement. Cette situation devra être compensée par un savoir faire dans le champ du handicap psychique mais également par une volonté de mobilité de son activité vers l'agglomération lyonnaise. L'attachement viscéral des administrateurs au lieu historique de la fondation peut être un frein à l'extension de l'association au-delà de son bassin d'influence.

Le faible équipement des CMP

L'accueil de travailleurs handicapés psychiques en ESAT est indissociable d'un suivi médical et d'un soutien psychiatrique de proximité. Il s'agit essentiellement de veille sanitaire, de renouvellement et d'ajustement pour les prescriptions des traitements chimiques. Or, les disponibilités des praticiens dans les centres médico-psychologiques limitrophes restent très faibles car allouées en fonction du territoire sectorisé de population générale qui ne tient pas compte de la concentration d'établissements spécialisés accueillant des malades mentaux. Il s'en suit la création d'une zone de risque qui devra être compensée par des dispositifs alternatifs.

Le faible équipement en médecins psychiatres libéraux

La même situation de carence se développe concernant les psychiatres libéraux dont le nombre reste insuffisant pour couvrir les besoins de suivi médical de notre population, nombre par ailleurs en constante régression depuis quelques années. Il s'agit désormais d'un phénomène universel sur le territoire national qui rend indispensable l'implication d'autres acteurs du soin et du suivi, notamment l'implication des médecins généralistes.

Un échange insuffisant avec la CDAPH (ex-Cotorep)

On l'a vu, la spécificité du handicap psychique réclame une souplesse plus importante des dispositifs traditionnels, notamment par le recours aux temps partiels ou encore une modulation des périodes d'essai ou de stage. Cela demande une implication renforcée au sein de cette commission afin d'expliquer ou de motiver les décisions administratives.

Un nouveau segment pour la Médecine du travail

La spécificité du handicap psychique se caractérise par des besoins plus importants de suivi en santé mentale jusqu'alors peu pratiqué par ces services du fait de la prédominance historique des problématiques du handicap mental en ESAT. D'où le besoin de constitution d'un nouveau référentiel visant la vigilance et le soin dans ce domaine.

3.1.2 Les différentes étapes du projet

A) Étapes externes :

Impliquer le conseil d'administration : la quête de ratification du projet

Cette phase est un enjeu majeur pour le dirigeant car toute proposition de transformation sociale, pour être légitime, exigera d'être portée d'abord par l'association qui la promeut. Loin d'être une simple chambre d'enregistrement, le conseil d'administration devrait naturellement jouer un rôle essentiel dans la gouvernance associative. F. Noble et F. Batifoulier proposent une triple définition du rôle du conseil d'administration:

- ❑ une fonction politique qui garantit l'adéquation des orientations stratégiques avec la visée éthico-politique de l'association,
- ❑ une fonction stratégique par l'implication des administrateurs dans la définition et la mise en oeuvre de la stratégie

- une fonction de contrôle des champs juridique, financier, de la direction et des prestations.

Pour les auteurs, « la construction du projet de l'entreprise sociale résulte d'un échange permanent entre le conseil d'administration et la direction générale ou d'établissement. Il est de la responsabilité de la direction d'élaborer le projet managérial à partir des grandes orientations définies par le conseil et son président, de projet apparaissant ainsi comme la continuité naturelle du projet politique »⁸³. Cependant, pour être en position de ratifier les propositions stratégiques du management, il importe que les administrateurs soient en situation d'appréhender l'ensemble des données et enjeux dans lesquels se meut l'association. C'est la raison pour laquelle, afin d'éviter d'avoir à se prononcer uniquement à l'embouchure du projet, le conseil décide de déléguer un administrateur *ad hoc*, chargé de mission permanent à l'ESAT. A ce titre, membre du *groupe-projet*, il sera présent dans toutes les phases de la conception à la réalisation du projet.

Signaler le projet aux autorités et partenaires

Qu'il s'agisse des autorités de tarification et de contrôle (DDASS, Conseil général, DDTEFP) ou des partenaires publics (CMS, CHS, CMP, ...) et associatifs oeuvrant sur des champs limitrophes, il faut insister sur l'importance de l'information qui précède les mutations internes tout projet associatif. *A fortiori* dans un contexte où les protagonistes sont appelés à travailler en réseau, les changements intervenant chez l'un se répercutent nécessairement vis-à-vis de l'autre. C'est le cas par exemple pour les établissements demandeurs d'admission ou pour les entreprises d'insertion intervenant en aval de la mission de l'ESAT.

B) Étapes internes :

Le groupe projet : un outil participatif au service du changement

Il a été pensé comme la clef de voûte de la conduite permanente du changement. Constitué d'un module de base réunissant l'équipe pluridisciplinaire⁸⁴, il intègre ponctuellement, à la faveur des thématiques abordées, d'autres participants issues du groupe des administrateurs, des salariés de l'ESAT ou d'autres services de l'établissement, voire des intervenants extérieurs. L'équipe pluridisciplinaire étant commune aux quatre ateliers de l'ESAT, elle a pour fonction le pilotage des opérations, la diffusion de l'information, le recueil de données et l'évaluation interne des mesures mises en oeuvre. Réuni sur un rythme mensuel en session pleine, il organise une session hebdomadaire partielle sur chaque atelier de manière à impliquer une majorité des salariés. De plus, la plupart des mesures élaborées par le *groupe-projet* fait l'objet d'une

⁸³F. Noble, F. Batifoulier. *Fonction de direction...* op. cit. p.105

⁸⁴ Voir annexe 6 Constitution du groupe-projet

consultation par formulaire individuel (anonyme ou non) de manière à recueillir les observations des personnes concernées.

Le rôle des usagers et des familles : trouver un consensus sur l'essentiel

Promouvoir la participation des usagers et de leur famille à la mise en oeuvre de la démarche et à l'élaboration des outils n'est pas chose aisée. L'urgence de leurs attentes, l'hétérogénéité des situations, le contexte fluctuant de l'affection psychique, la souffrance accumulée viennent souvent parasiter la régulation entre identification des besoins et modes de réponse, entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible. Contrairement à une idée reçue, cette participation est souvent le prélude à une angoisse importante pour beaucoup car elle marque souvent un changement brutal avec la tradition de *patient* (celui qui attend) parce que participer, c'est s'engager, être responsabilisé, être comptable de sa propre parole. Il s'en suit que la participation est une culture, un domaine d'apprentissage, de savoirs, qu'il convient d'accompagner avant qu'il ne s'incarne réellement en position assumée. En somme, la participation n'est pas un donné, c'est un construit : « Faire participer les acteurs à l'élaboration des décisions qui les concernent permet de vaincre ces résistances : tel est le principal défi à relever pour entamer un processus de changement. »⁸⁵

Le rôle multidimensionnel du directeur: un acteur de la *reliance*

Tout d'abord, notons que la fonction de direction suppose d'être aux prises avec de multiples défis qu'il est vain de vouloir réduire tant ils engagent de complexité, de sorte que « [...] le directeur occupe une place déterminante dans le fonctionnement de l'organisation, une position d'interface entre la sphère politique et la sphère opérationnelle; il est l'homme des articulations et des compromis entre des logiques plurielles »⁸⁶. Globalement, pour illustrer la démarche de changement institutionnel qui nous occupe, on peut regrouper la fonction autour de cinq grandes thématiques:

- la fonction diagnostic

C'est le champ de l'identification des besoins auxquels l'organisation a vocation à répondre. Elle permet de mettre à jour les atouts et les faiblesses de la situation de l'organisation de manière à dégager les potentialités et les marges de manoeuvre.

- la fonction ressources des personnes

Les ressources humaines constituant en proportion le plus fort potentiel de l'organisation, leur gestion requiert un soin tout particulier tant dans leur quotidien que sur une base prévisionnelle.

⁸⁵ J. Marie Miramon. *Promouvoir le changement*. Les cahiers de l'Actif, n° 314-317, p. 216

⁸⁶ F. Noble, F. Batifoulier. *Fonction de direction ...* op. cit. p.114

- ❑ la fonction projet et développement

C'est le champ de la créativité, de l'innovation, du nouveau mis au service des perspectives de besoins nouveaux auxquels l'organisation doit répondre.

- ❑ la fonction évaluation qualité

Il s'agit de la phase de mesure de l'efficacité et de l'efficience des dispositifs mis en oeuvre dans le souci constant de leur pertinence et de leur amélioration.

- ❑ la fonction administration-finances

Il s'agit de la maîtrise des contingences légales, réglementaires et financières de l'environnement de l'organisation.

L'ensemble de ces fonctions se déclinent de manière synthétique dans un plan global de management, schéma directeur qui doit se référer aux orientations associatives.

3.2 Seconde partie : la mise en place opérationnelle

Le développement qui va suivre détaille l'ensemble des mesures concrètes qui forment le corps du projet. Pour davantage de clarté, on renoncera à un ordre chronologique pour une distribution ciblant les acteurs de façon différentielle.

3.2.1 Contenu de la prise en charge

A) Les mesures générales

Les conventions inter établissements et services : l'articulation avec le sanitaire

L'articulation entre les prises en charge sanitaire et médico-sociale trouve son expression formelle dans l'élaboration d'une convention de partenariat entre établissements ou services. Il s'agit de définir les fonctions de chacun des acteurs ainsi que leurs modes de relation. L'Association de La Roche signera une convention avec chacun des centres hospitaliers spécialisés de Lyon : St Cyr au Mont d'Or, Le Vinatier et St Jean de Dieu. L'élaboration de ces conventions a fait l'objet d'une rédaction paritaire entre services selon les préconisations que nous avons vues au premier chapitre de ce document.⁸⁷

Globalement, les équipes de soin psychiatrique s'engagent à :

- ❑ adresser des candidats à l'admission à l'ESAT parmi les patients stabilisés de leurs services,
- ❑ les accompagner pendant le processus de maturation du projet,
- ❑ les accueillir en service hospitalier en cas de rechute ou d'un besoin temporaire de soin.

L'association s'engage, pour sa part, à :

⁸⁷ Eric Piel, J. Louis Roelandt. *De la psychiatrie*, op. cit., p.192

- fournir au candidat un cadre approprié et personnalisé pour son projet de vie professionnel, social, familial,
- une observation et une vigilance régulières de son état sanitaire assorties de comptes-rendus à l'attention du médecin traitant,
- des rencontres périodiques entre équipe sanitaire et équipe éducative pour évaluer l'avancement du processus.

A l'usage, j'observe que la mise en oeuvre de ces conventions de partenariat, parce qu'elles « autorisent » les équipes des différents secteurs à travailler ensemble, tout en garantissant leur identité et leur spécificité propre, ont un rôle initiateur dans la connaissance réciproque des logiques institutionnelles de chaque secteur. De fait, ce qui était perçu de l'autre comme hermétique et aut centré devient un champ culturel commun où les acteurs prennent conscience qu'ils partagent des valeurs similaires.

Les conventions avec les médecins libéraux : pour une garantie du suivi médical

Pendant la durée de l'admission, les candidats conservent la relation avec leur médecin traitant d'origine. Toutefois, compte tenu de l'éloignement, une fois l'admission prononcée, le choix d'un médecin local est proposé à l'usager parmi une liste de médecins avec lesquels une convention est établie par l'association. Cette dernière précise les rapports existants entre équipe éducative et praticien. Qu'il s'agisse d'un médecin psychiatre ou d'un généraliste, outre les mentions de confidentialité entre patient et praticien, la convention dispose que patient, médecin et intervenants sociaux consentent à se lier autour du projet de soin de l'usager. L'équipe éducative fournit périodiquement des observations sur l'état sanitaire de l'usager que le médecin peut utiliser pour ajuster éventuellement le traitement. De son côté, le médecin, avec l'accord de son patient, peut traduire auprès de l'équipe éducative, des éléments de compréhension utiles à la prise en charge sociale. Prescription et renouvellement de la prescription n'ont pas le même poids dans la prise en charge médicale de la personne souffrant de maladie mentale. Alors que la seconde peut être utilement assurée par un médecin généraliste, la première, parce qu'elle fait l'objet d'ajustements réguliers, est généralement dévolue au médecin psychiatre. Parce qu'il importe que les deux praticiens puissent communiquer si besoin est, la convention prévoit une répartition explicite des rôles réciproques des acteurs.

Pour un partenariat avec la CDAPH :

Je fais le constat que l'intégration socioprofessionnelle du handicap psychique constitue une réalité peu familière à la CDAPH du Rhône. La connaissance de cette spécificité étant essentielle à la prise de décision administrative de cette commission, nous avons sollicité notre présence à ce titre aux travaux de cette instance. A l'occasion du transfert de compétence entre la Cotorep et la CDAPH nouvellement investie, notre participation

officielle s'est mise en place au début de l'année 2006. Elle s'est formalisée sous deux modes :

- un mandat pour siéger aux sessions régulières de la commission en qualité de représentant associatif,
- la possibilité de réunir une commission technique en session extraordinaire pour étudier des cas nécessitant une plus grande expertise.

C'est une occasion primordiale de communiquer sur le travail de conventionnement avec le secteur médical et associatif mais également de justifier davantage de souplesse dans les décisions administratives. A titre d'exemple, j'ai plaidé le recours au temps partiel pour les personnes handicapées psychiques en le resituant dans un projet global de réhabilitation progressive de la personne au travail, soutenu par plusieurs institutions, dans le but de fournir réponse à l'échec d'une mise brutale au travail de personnes ayant perdu leurs repères. J'ai pu noter auprès de la majorité des acteurs que le rapprochement entre la décision administrative et son incarnation tangible sur le terrain restitue une épaisseur et insuffle un sens partagé de l'action publique.

Coordonner les actions professionnelles : une quête de cohérence

L'approche sociologique nous enseigne que chaque établissement en tant qu'organisation entretient sa dynamique, ses enjeux et ses logiques propres. A ne pas y veiller, ces forces agissantes sont susceptibles de produire un effet paradoxal, surtout lorsque les structures concernées accompagnent les mêmes usagers : « on constate fréquemment dans les établissements sociaux des clivages, des césures, des incompréhensions entre les services généraux et les professionnels de l'éducation et du soin, chaque groupe d'acteurs méconnaissant le travail effectué par un autre groupe »⁸⁸. D'où la nécessité pour le dirigeant aux commandes d'être vigilant au sujet de la coordination des actions des services. Elle s'opère à la fois par le renforcement de la fonction d'interface des cadres intermédiaires (chefs de service éducatifs, chefs d'ateliers, ...) et par l'institutionnalisation des espaces de communication transversaux (comité de direction, réunions de coordinations, *groupe-projet*, ...).

Maîtriser la communication : la fabrication d'un sens commun

L'organisation rigoureuse des circuits d'information est une donnée essentielle du management car c'est elle qui donne vie et sens à la collectivité. Depuis quelques années, les établissements de l'association ont été dotés d'outils techniques et technologiques pour favoriser le flux de l'information : réseau informatique, messagerie interne, Internet, procédures diverses de transmission de l'information, ... qui ont instauré

⁸⁸ F. Noble, F. Batifoulier. *Fonction de direction...* op. cit. p.154

une communication presque instantanée de l'information. Les salariés ont accédé dans une grande majorité à des formations internes en vue de maîtriser l'outil informatique : traitement de texte, tableur, ... L'ESAT s'est doté d'un site Internet efficace ouvrant sur le large la vocation économique et sociale de l'établissement. J'ai joué un rôle actif et incitatif dans toutes les étapes de l'équipement, de la sensibilisation et de la formation. De fait, j'observe que ces outils sont unanimement appréciés et utilisés, après une phase de démarrage indécise. Sans conteste, la transmission de l'information s'est largement démocratisée et améliorée, la plupart des salariés s'étant approprié l'outil. Indéniablement, nous disposons d'outils de communication à la hauteur de nos ambitions. Mais cela suffit-il? Construire une véritable communication suppose de transformer l'information en connaissance. En effet, si « la transmission ou le traitement des signes se fait à vitesse électronique, quasi instantanément », en revanche, « la formation du sens est un processus lent, une assimilation quasi biologique »⁸⁹. La communication apparaît donc essentiellement comme le processus de construction d'un sens commun. C'est la capacité du dirigeant à référer la communication aux fondements de l'action, au référentiel commun, aux enjeux institutionnels qui lui permettra de fédérer les énergies autour d'un projet commun. Dans le projet que je développe, sans renier le capital légué par la technique et l'organisation des vecteurs de la communication, je m'attache à ce que l'information soit systématiquement, à un moment du processus, explicitée par le biais d'un contact direct mais soit toujours référée à la « méta-visée »⁹⁰ associative, productrice de sens.

Responsabiliser les instances représentatives du personnel

La consultation des délégués du personnel et des délégués syndicaux n'est pas uniquement à considérer du point de vue de la responsabilité de dialogue social propre au statut de dirigeant. Pour G. Iacono, la modernisation du dialogue social trouvera son appui dans « une nouvelle culture de la responsabilité »⁹¹ où tous les partenaires doivent apprendre à exercer la part de responsabilité qui leur revient, d'autant plus lorsque l'organisation est au coeur de la conduite du changement. Une communication claire et sans équivoque en direction de ces instances est par conséquent un enjeu crucial pour le dirigeant dans la mesure où elles deviennent à leur tour un vecteur institutionnalisé de l'information. Dans le projet qui nous occupe, l'approche que j'ai privilégiée met l'accent sur la responsabilisation des acteurs au sujet de l'information et des actions qu'ils étaient fondés à relayer auprès du personnel. Les conditions d'émergence de cette

⁸⁹ Idem. p.153

⁹⁰ Terme emprunté à J. Haeringer, F. Traversaz. *Conduire le changement...* op. cit.

⁹¹ G. Iacono. *Gestion des ressources humaines*, op. cit. p. 268

responsabilisation incluent inévitablement une reconnaissance sans équivoque par la direction de leur légitimité et de leur représentativité. De fait, pour que les instances du personnel puissent jouer leur rôle, le dirigeant doit leur garantir une place authentique dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation du projet.

B) Les mesures relatives à l'encadrement

Les fiches de poste des salariés : en quête d'une définition adaptée des fonctions

La définition des fonctions demeure l'étape qui a reçu l'adhésion la plus directe de la part des professionnels, sans doute parce que chacun avait eu à souffrir des effets néfastes d'une indéfinition des rôles, des statuts et des fonctions. Peu de différence dans le contenu du poste était marqué entre fonctions si ce n'est la distinction conventionnelle du titre ou de la rémunération. Tous étaient amenés à faire globalement le même travail d'encadrement au travail des personnes handicapées y compris d'autres personnels comme les agents de service ou les ouvriers de production. En toile de fond se dressait l'idée que l'indifférenciation est génératrice de fraternité et d'équité professionnelles, rassemblées sous la bannière de l'humanisme fondateur. En réalité, cette non-division du travail n'était qu'apparente et masquait la souffrance de personnes projetées, pour les unes dans des tâches où elles étaient en échec faute de la formation adaptée, pour les autres dans une responsabilité illimitée donc angoissante du fait de l'absence de définition.

Promouvoir un programme de formation professionnelle interne et externe

« Manager les compétences, le défi de la décennie » titrait une contribution de J. René Loubat aux *cahiers de l'Actif* où l'auteur considère que la mauvaise gestion globale des qualifications, compétences, savoir faire et autres habiletés dans le travail social contribue à « une lourde perte d'intelligence collective, un préjudice pour les agents et une tromperie pour les usagers. »⁹². Il préconise, à l'heure où les organisations sociales vont devoir faire la preuve de la qualité de leurs prestations, de passer « d'une compétence postulée, sur la base d'intentions partagées, à une compétence avérée, effectivement détenue et manifestée par l'acteur professionnel »⁹³. Pour le dirigeant, manager les compétences, c'est d'abord savoir lesquelles sont nécessaires à la conduite de la mission. On l'a vu, le besoin est en premier lieu un besoin de qualification initiale. Une incitation toute particulière sera engagée pour favoriser l'entrée en formation initiale de moniteur d'atelier, mobilisant ainsi le plan de formation sur une durée de cinq années. Outre l'accueil enthousiaste de la plupart des professionnels qui y voient la reconnaissance de l'importance de la fonction de moniteur, cette démarche de l'institution contribue

⁹² J. René Loubat. *Manager les équipes*, Les cahiers de l'Actif, n°314-317, juillet-octobre 2002

⁹³ Idem.

délibérément à installer le moniteur d'atelier comme un véritable métier, doté d'une identité propre au sein de l'institution, pour lequel une exigence statutaire est affirmée.

Le second besoin regarde la formation permanente au regard des situations très diverses que l'intervenant peut rencontrer. Comme le souligne F. Noble « un professionnel peut être amené à devoir se plier à des procédures strictes dans certaines séquences de son activité et disposer d'une grande autonomie dans d'autres »⁹⁴. C'est le cas du moniteur d'atelier amené par moments à se conformer à des consignes rigoureuses en matière de sécurité au travail par exemple, puis à d'autres moments à gérer une situation de crise ou de mal-être d'un travailleur handicapé. Un programme de formation interne est prévu au projet où seront déclinés des thèmes divers en rapport avec les besoins des ateliers:

□ un programme de sensibilisation, formation et échanges,

animé sur une base bimestrielle par le médecin psychiatre de l'institution où seront développés successivement les questions relatives aux problématiques récurrentes de l'institution : connaissance de la psychopathologie, des substances psychoactives, du concept de handicap, de la sexualité, de la violence, de la maltraitance,... La liste nombreuse des thèmes abordés a fait l'objet d'une consultation générale de manière à cibler les préoccupations prioritaires des professionnels.

□ l'organisation d'une université d'été et d'hiver

Organisés hors des temps de prise en charge des travailleurs handicapés, ces deux moments institutionnels privilégiés sont l'occasion d'inviter des intervenants extérieurs : responsable juridique pour les questions relatives aux mesures de protection civile, aux droits des personnes handicapées, aux obligations professionnelles, pour ne citer qu'un exemple.

L'analyse de la pratique professionnelle (APP): un pas vers l'évaluation

La culture dominante dans les ateliers de l'ESAT de La Roche s'est construite de longue date en méfiance naturelle à l'égard de toute approche psychodynamique des situations. Habités à la culture du travail comme effort salvateur, à concevoir la relation à travers un support matériel, les équipes étaient peu disposées à s'engager dans une démarche d'analyse. La véritable réticence n'était pas tant l'analyse de la situation impliquant l'usager mais bien le questionnement de la position professionnelle, vécu comme potentiellement fragilisant. En revanche, tous étaient convaincus que l'avènement d'un nombre important de travailleurs porteurs de troubles mentaux amènerait la nécessité d'outils de compréhension et de modes de réponses adaptés. En équilibre avec le programme de formation interne, l'analyse de la pratique professionnelle apparaissait comme la formule adaptée pour aborder des situations concrètes tout en respectant

⁹⁴ F. Noble, F. Batifoulier. *Fonction de direction...* op. cit. p.229

l'anonymat exigé. Il fut convenu que la constitution des groupes favoriserait la mixité entre les différents ateliers de manière à enrichir le débat et les échanges entre professionnels. Chaque groupe conviendrait de son mode de fonctionnement interne avec un intervenant extérieur qui garantirait la confidentialité des échanges. Il se réunirait sur une base mensuelle à raison d'une séance d'une heure et demie.

Les entretiens annuels d'évaluation : rencontre et management de la richesse

Je considère que ces entretiens sont des outils majeurs dans le management des équipes de salariés : c'est une réactivation du lien entre l'employeur et le salarié qui vient rappeler les attentes réciproques de l'un vis-à-vis de l'autre. Elle permet donc de mesurer les écarts entre les besoins associatifs et le positionnement personnel. Compte tenu de la relative prévention que le personnel conçoit généralement à l'égard de ces entretiens – souvent vécus comme un contrôle social – il était important de communiquer au préalable de façon claire sur les intentions de l'employeur. J'ai choisi de m'appuyer sur l'adhésion générale autour des fiches de poste en les plaçant au centre du contenu de l'entretien annuel. Les grilles d'évaluation furent ensuite élaborées, sous l'égide du *groupe-projet*, en lien avec les instances représentatives du personnel, en impliquant une vaste consultation du personnel. J'observe que l'idée d'une rencontre formelle annuelle de chaque salarié avec son employeur a cheminé de façon positive, portée par la corrélation étroite entre la fiche de poste et la fiche d'évaluation qui se renvoyaient en miroir les attentes réciproques. C'est à partir de ce cadre sécurisé que d'autres thèmes ont pu être abordés : formation, promotion, objectifs, projets, ... qui ont pu enrichir la partie projective et la partie évaluative de l'entretien.

C) Les mesures vis-à-vis des usagers

Forger des outils professionnels d'analyse et d'évaluation

La culture médico-sociale se défend encore du passage au référentiel écrit lui préférant une tradition orale qui peut apparaître au gestionnaire comme consommatrice de temps. Je n'oublie pas que l'un des effets de l'échange verbal jugé parfois prolix participe d'une élaboration psychique qui contribue à ce que P. Ricoeur a appelé « l'identité narrative ». Elle renvoie directement à la « sécurité de base d'un groupe, qui permet justement, de trouver des réponses et des attitudes appropriées face à l'insécurité des usagers, les effets de contagion et d'incertitude, l'aléatoire, autant de forces insoumises qui sont à l'oeuvre »⁹⁵. Sans proscrire cette réalité, notons toutefois que la tradition orale laisse le soin au corps psychique de garantir la transmission de l'héritage qui devient alors incertaine. D'où la nécessité de composer un référentiel commun d'analyse et d'évaluation propre à sécuriser l'harmonisation des pratiques. C'est ainsi que le groupe-projet s'est

⁹⁵ J. François Gomez. *Handicap, éthique et institution*, Paris, Dunod, 2005, p. 9

attaché à constituer une liste d'outils professionnels, élaborés en amont avec les équipes d'encadrement. Là encore, je souligne l'importance de l'implication des professionnels dans cette construction, gage d'une appropriation authentique de ces référentiels. On citera sans pouvoir être exhaustif les éléments les plus significatifs⁹⁶ :

- Les outils de la loi 2002

Le contrat d'aide et de soutien, le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement et le projet personnalisé ont été élaborés selon la méthode du *groupe-projet* : photographie de l'existant → étalonnage au cadre légal et réglementaire → consultation des équipes → consultation des instances représentatives et du conseil de la vie sociale → validation par la direction.

- Documents de synthèse et bilan des usagers

Il s'agit de la formalisation des écrits concernant les usagers qui constituent le corps du projet d'accompagnement personnalisé et qui débouchent sur les objectifs à court et moyen terme. Ces derniers sont repris dans le contrat d'aide et de soutien.

- L'élaboration de fiches de poste et de positionnement

Dans le même esprit que les fiches de postes élaborées pour le personnel salarié, le même travail a été engagé concernant les travailleurs handicapés. Tous les postes existants en ESAT ont fait l'objet d'une analyse similaire en établissant pour chaque fiche de poste des niveaux progressifs d'exécution. En parallèle, un tableau de positionnement des travailleurs permet d'envisager les mobilités possibles des usagers sur les différents postes proposés. A noter que les travailleurs handicapés ont été associés à cette élaboration.

- Le carnet de stage du candidat

Il s'agit d'un livret d'accueil particulier au candidat à l'admission qui ménage son parcours au sein de l'institution pendant les six mois de stage. Il permet d'en conserver une mémoire annotée par lui-même et les moniteurs d'atelier.

- Les modes opératoires des ateliers

A la fois outil mnémotechnique et garant de la sécurité, le mode opératoire permet aux travailleurs handicapés, par le biais de pictogrammes ou autres moyens didactiques, d'accéder à des équipements complexes nécessitant des habiletés particulières (lire, écrire, compter, ...) sans lesquelles l'accès leur est interdit. Véritable mine d'invention et de recherche, objet concret d'*empowerment*, il est sans doute le fleuron du savoir faire du moniteur d'atelier.

Initier un programme de formation professionnelle :

⁹⁶ Voir sélection de documents en Annexe 5

Dans l'esprit de la loi du 11 février 2005 (art. 26-40 traitant de l'insertion professionnelle et de l'obligation d'emploi), j'ai engagé les équipes de l'ESAT dans une action pilote de l'AFPA (Action Prioritaire Régionale) en direction des personnes handicapées. Il s'agit de la mise en oeuvre d'un dispositif de validation des acquis professionnels, nommé RSFP (Reconnaissance des Savoir Faire Professionnels). Un programme de formation adaptée permet la validation professionnelle de métiers existants au sein de l'ESAT décomposés sous forme de modules d'activités distinctes. Les épreuves de validation sont préparées avec les moniteurs d'atelier référents et les examens se passent en leur présence, sanctionnés par un jury de professionnels issus du même secteur professionnel. Ainsi, l'activité Espaces verts a pu élaborer avec les responsables de formation un référentiel métier où figurait une vingtaine d'activités distinctes (tonte, élagage, traitement, sarclage, ...). De cette manière, le travailleur handicapé peut progressivement, en fonction de son potentiel, valider tour à tour les activités auxquelles il s'est qualifié. Cette expérience, source de forte valorisation et de reconnaissance sociale, sera peu à peu étendue aux autres secteurs d'activité de l'ESAT, au fur et à mesure de la constitution de référentiels métier adaptés.

Reconnaître et formaliser les lieux d'écoute et de parole

Nous devrions être là au coeur de la vocation médico-sociale de même que l'utilisateur est au coeur du dispositif. Instituer les conditions d'une écoute authentique – sans laquelle l'institution n'est que fournisseur de prestations – est sans doute l'obligation majeure du dirigeant soucieux de l'« hominisation » de la prise en charge, pour reprendre les termes de P. Fustier. Ainsi, ont été institués dans l'organisation du service:

- la présence de l'utilisateur aux bilans de synthèse qui le concernent, au cours desquels il est invité à affirmer son point de vue et exprimer son consentement à propos des orientations qui lui sont proposées,
- la possibilité d'entretiens individuels libres avec la psychologue au cours de la journée de travail,
- la participation à une réunion mensuelle d'expression des travailleurs dans les ateliers dédiée à l'échange sur les conditions de travail et la vie de l'atelier en général,
- la participation à une réunion de préparation du Conseil de la vie sociale, animée par le délégué des travailleurs

J'observe que la métamorphose de la place de l'utilisateur dans l'organisation de l'ESAT, à travers sa prise de parole en particulier, n'est pas une simple mesure cosmétique: elle a agi en profondeur sur la culture d'établissement en provoquant un glissement de la parole de l'encadrement vis-à-vis d'un utilisateur souvent abordé comme « objet » de prise en charge. Mais elle a également activé un processus d'apprentissage de la place de « sujet » chez l'utilisateur désormais plus loquace puisqu'on lui en offrait l'occasion. Du reste,

les espaces de parole peu colonisés à la genèse du projet se sont progressivement mués en lieux d'échange d'une richesse insoupçonnée. Cette expérience n'est pas uniquement un enseignement pour l'ensemble des protagonistes, elle a permis la construction d'un savoir commun que l'on peut sans doute relier à l'idée d'institution *apprenante* : « Être à l'écoute du consentement suppose qu'on n'ait pas pris possession de l'autre, qu'on accepte de ne pas lire dans sa conscience, ni dans son regard, qu'on ne se contente pas d'un dossier et de ses indications pour apprécier ses capacités de jugement. Que l'on accepte de l'autre son opacité. »⁹⁷

3.2.2 Les moyens :

A) Moyens humains :

L'organigramme de l'ESAT⁹⁸ reflète les orientations souhaitées par l'association dans le sens du renforcement de la prise en charge médico-sociale en équilibre avec sa vocation économique. Dans cette optique, plusieurs choix ont été défendus :

- Le recrutement d'une psychologue (0,50 ETP) pour conforter la dimension d'écoute et de veille psychologiques ainsi que la formation interne des personnels d'encadrement. Ce poste correspond à une mesure nouvelle inscrite au budget prévisionnel 2005.
- Le recrutement d'une chargée d'insertion en vue d'ouvrir l'ESAT sur un partenariat avec les équipes sanitaires et les établissements d'insertion. Ce poste a été créé par redéploiement des moyens internes de l'association.
- Le recrutement d'une éducatrice chargée des activités de soutien et de la formation des travailleurs handicapés, poste également créé par redéploiement des moyens internes de l'association.
- Le recrutement d'une infirmière (0,50 ETP) pour étayer la veille et la formation sanitaire au sein des ateliers. Ce poste correspond à une mesure nouvelle inscrite au budget prévisionnel 2005.
- Le recrutement d'un directeur de l'ESAT, chargé de gérer et d'harmoniser la prise en charge et le fonctionnement des quatre ateliers. Ce poste est créé par redéploiement sur la masse globale du tableau des effectifs.

L'ensemble de ces mesures ont été validées par la DDASS du Rhône pour l'exercice 2005.

⁹⁷J. François Gomez. *Handicap, éthique ...* op. cit. p. 138

⁹⁸ voir organigramme en Annexe 2.

B) Moyens financiers

Pour mettre en œuvre les différentes mesures, le projet de réhabilitation prévoyait le financement de mesures nouvelles :

- La vacation de 50 heures annuelles d'intervention d'un psychosociologue et d'un psychologue chargés de l'analyse de la pratique professionnelle des salariés de l'ESAT.
- Le financement des heures d'absence des salariés engagés dans la formation initiale de moniteur d'atelier.
- Un budget de 10 000 € affecté à l'organisation d'actions de formation et de soutien ainsi que du matériel pédagogique au bénéfice des travailleurs handicapés.
- Le financement des frais annexes pour l'organisation de la formation *Reconnaissance des Savoir Faire Professionnels* (transports, repas, formation des moniteurs, ...)

Seul le financement de la première de ces mesures a été accepté par l'autorité de financement (DDASS), les autres mesures ont reçu leur financement par les ressources du budget commercial de l'ESAT.

3.3 Troisième partie : l'évaluation

Rappel des obligations

L'article 22 de la loi du 2 janvier 2002 (article L. 312-8 du CASF) pose le principe de la double évaluation que doivent réaliser les services et établissements sociaux et médico-sociaux :

- L'évaluation interne ou auto-évaluation

Les établissements doivent procéder à l'évaluation de leur activité et de la qualité de leurs prestations. Les résultats de cette évaluation devront, tous les cinq ans, être communiqués au Conseil général et à la DDASS. Cette évaluation se fera au regard des procédures, de références et de recommandations de bonnes pratiques validées (ou à défaut élaborées) par le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS).

- L'évaluation externe

Tous les sept ans, les établissements doivent faire procéder à une évaluation par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder devront respecter un cahier des charges (non paru à ce jour). Leur liste sera fixée par arrêté ministériel, après avis du CNESMS. Cette évaluation externe doit être réalisée au cours des sept années suivant la date de l'autorisation ou de son renouvellement, puis au moins deux ans avant la date de

la fin de l'autorisation, soit la septième année et la treizième année⁹⁹. Les résultats de ces évaluations devront être communiqués au Conseil général et à la DDASS. Le résultat de la seconde évaluation sera crucial pour le renouvellement de l'autorisation.

3.3.1 Délimitation du domaine d'évaluation interne : quel service rendu ?

L'évaluation de la qualité ne représente qu'une étape dans la démarche d'amélioration continue de la qualité qui s'organise autour d'un processus itératif, composé de l'évaluation du fonctionnement, de l'analyse des points forts et des points faibles, de la mise en oeuvre d'un plan d'amélioration des points faibles, d'une nouvelle évaluation et de la mise en oeuvre des ajustements nécessaires. Elle se justifie si elle s'inscrit dans un processus dynamique. Depuis l'avènement de la loi de 2002, associations, collectifs et administrations¹⁰⁰ ont œuvré sectoriellement à l'élaboration de référentiels, codes de bonnes pratiques ou autres guides. La notion de « bonnes pratiques professionnelles » acquiert un statut législatif dans l'article 312.8 de la loi du 2 janvier 2002.2. Les guides de bonnes pratiques seront validés, voire en cas de carence élaborés, par le Conseil national de l'évaluation.

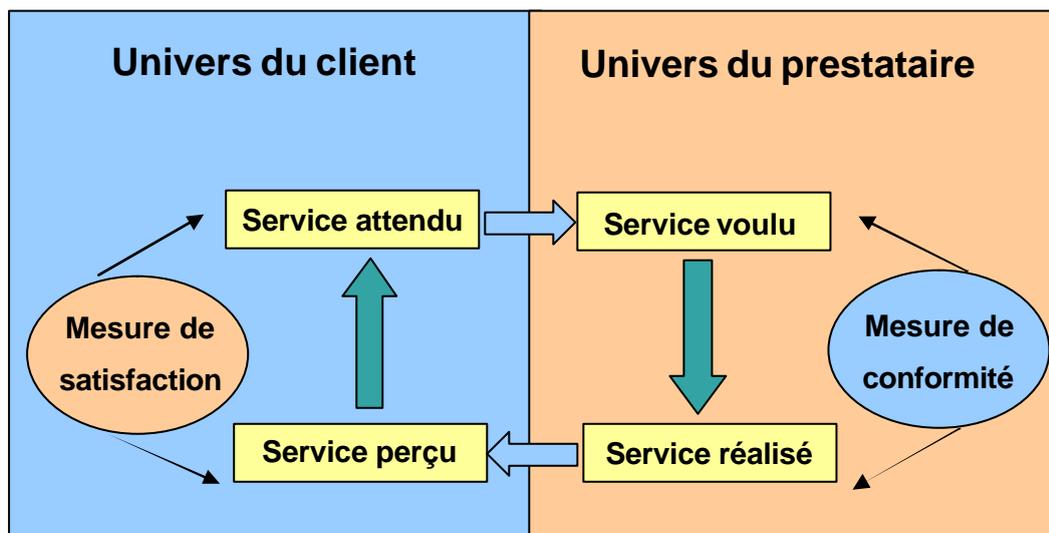


Figure 1. Modèle CYQ

⁹⁹ La circulaire n°DGAS/2006/53 du 10 février 2006 relative aux dates de mise en oeuvre des évaluations prévues par la loi n° 2002-2 assouplit les règles concernant les dates d'échéance précédemment fixées au 1^{er} janvier 2007.

¹⁰⁰ Note d'information DGAS /5B n° 2004/96 du 03/03/04 relative aux actions favorisant l'évaluation et l'amélioration continue de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Parmi ces nombreuses contributions, j'ai choisi de retenir le modèle du cycle de la qualité¹⁰¹ qui semble bien adapté à la spécificité de l'entreprise de service. Cette approche développe un processus d'amélioration permanente fixé sur la réduction des écarts constatés entre deux types distincts de mesures :

□ **la mesure de la satisfaction de l'utilisateur**

Il s'agit pour l'équipe du projet de développer des outils destinés à recueillir les écarts dans l'indice de satisfaction entre :

❖ *le service attendu*

Venant du bénéficiaire, il traduit la conception du service tel qu'il l'espère de la part de l'établissement. Ce champ est de nature très complexe car il est très souvent attaché aux attentes d'utilisateurs en souffrance et en questionnement paradoxal vis-à-vis d'eux-mêmes. Mais il se heurte également à la culture du prestataire, peu habitué à intégrer une telle remise en question de ses représentations sur le domaine de la réponse professionnelle.

❖ *et le service perçu*

qui représente l'opinion que l'utilisateur réserve au service tel qu'il le reçoit effectivement.

□ **la mesure de conformité du service**

Pour l'organisation; l'appréciation de la conformité s'attachera à mesurer les écarts entre :

❖ *le service voulu*

Il s'agit de l'exposition rigoureuse du service, dans toutes ses caractéristiques, tel qu'il est défini dans l'offre de service,

❖ *et le service réalisé*

qui contient la description précise et chronologique des processus qui mènent à la réalisation du service.

Ce système comporte l'avantage d'édifier une représentation systémique de la problématique de la qualité : d'abord, l'organisation est centrée sur la réalisation du service à la personne accueillie. Ensuite, toute modification d'un élément du système rétroagit sur l'ensemble des autres¹⁰². Enfin, l'optimisation des prestations de service peut être engagée par l'équipe locale, de façon concomitante et indépendante, sur les quatre entrées du cycle de la qualité :

¹⁰¹ Bernard Averous, Danièle Averous. *Mesurer et manager la qualité de service*. Paris : INSEP Editions, 1998

¹⁰² voir figure 1. Modèle CYQ (Cycle de la Qualité)

Entrée	Quelle intervention ?
<i>le service voulu</i>	Réajustement de l'offre de service au fur et à mesure de l'identification des attentes de l'utilisateur (ou de leur évolution),
<i>le service réalisé</i>	Amélioration des processus de production de l'offre de service, par le perfectionnement de l'organisation ou des modes de management.
<i>le service perçu</i>	Améliorations à apporter à la lisibilité de l'offre de service pour l'utilisateur, sa famille et son représentant légal
<i>le service attendu</i>	Amélioration de la perception des besoins et attentes des usagers.

Le croisement des écarts observés au fur et à mesure de cette démarche s'est montré particulièrement révélateur des marges de progression vers une meilleure qualité. Il a permis de porter l'effort vers quatre questions essentielles retenues pour ce projet:

- Le cadre institutionnel est-il transparent ?
- La gestion est-elle efficace ?
- L'utilisateur est-il bien au coeur du dispositif ?
- Le contrôle de la qualité de fonctionnement est-il bien assuré ?

3.3.2 Définition des critères d'évaluation

Nous chercherons principalement à évaluer si les dispositifs et actions imaginés et mis en oeuvre dans le but d'améliorer l'intégration socioprofessionnelle des travailleurs handicapés psychiques produisent des effets conformes à ceux qui étaient escomptés, à savoir pour l'utilisateur une baisse des échecs à l'intégration, un meilleur épanouissement professionnel et social ainsi qu'une stabilisation des troubles psychiques ; pour l'intervenant social, le niveau de participation à l'élaboration du projet, une hausse de l'acquisition d'un savoir commun et le développement d'habiletés professionnelles ; pour l'établissement, la conformité aux dispositions légales et réglementaires, l'adossement à un référentiel de bonnes pratiques et l'adéquation aux spécificités et valeurs associatives.

A) L'évaluation du service voulu

L'évaluation de ce champ s'effectuera principalement par un référencement actualisé à des référentiels reconnus et adaptés à la structure. Un outil comme *Périclès* (Participation à l'Evaluation Référencée et Interne, Conforme à la Loi, des Etablissements et Services), développé par l'Ancreai, a retenu mon choix. Il s'agit d'une méthode et un guide

d'évaluation, décliné en 13 plans et 158 références¹⁰³, destiné à l'évaluation interne des établissements médico-sociaux selon le principe de la participation et la formation des acteurs internes. Ce référencement permet de mesurer et de corriger les écarts identifiés entre le fonctionnement interne et le système normatif servant de référence.

B) L'évaluation du service réalisé :

Ce mode d'évaluation est en premier lieu assuré au moyen d'indicateurs fournis par un ensemble de tableaux de bord internes à l'ESAT. Ils signalent mensuellement une liste de données mesurables, objectives et quantifiables à partir des entrées réalisées sur un logiciel de gestion de la prise en charge des usagers. On peut donc y exploiter périodiquement des indications comme le taux d'hospitalisation des usagers, les signalements de maltraitance, les incidents sociaux (fugues, crises, ...), le taux d'absentéisme au travail, l'occurrence de troubles somatiques (maladie, malaise, fatigue,...), le nombre d'admissions et de sorties, le nombre d'heures d'activités de soutien,... Les variations de ces indicateurs indiquent quels dispositifs mis en œuvre ont une influence sur les faits observés. En second lieu, l'évaluation porte sur la réalité de la mise en œuvre des dispositifs : au travers du contrôle physique *a posteriori* des outils internes, on peut établir le taux de prévalence d'un dispositif, par exemple, le projet personnalisé du résident est-il effectivement en vigueur ?

C) L'évaluation du service perçu et du service attendu

L'évaluation de ces deux champs s'obtient essentiellement par le traitement de l'information et de l'opinion issues de l'expression de l'utilisateur, de sa famille ou de son représentant légal. Le recueil s'effectue par le biais de dispositifs institutionnels déjà cités parmi lesquels on peut pointer par exemple la procédure d'expression et de traitement des plaintes, l'exploitation des enquêtes de satisfaction, le traitement des recommandations des comités consultatifs (Conseil de la vie sociale, comité de résidents, comité d'utilisateurs,...).

Si l'évaluation de la qualité se mesure d'abord à l'aide d'indicateurs quantifiables, elle ne saurait être séparée, dans sa finalité, de la caution éthique qui fonde la légitimité de l'intervention sociale. La nécessaire obligation d'efficacité, dans sa phase de contrôle des dispositifs, doit garder en vue que : « les critères de validité de l'action ne se formulent pas seulement sur un registre instrumental (est-ce que ça marche ?), mais aussi sur un registre de conformité à des normes (est-ce que c'est juste ?). C'est ce qui distingue

¹⁰³ voir Les références Périclès. *Les colonnes d'Epsos*, n° 99-100 – décembre 2005, pp. 22-26

radicalement logique de service et logique de la relation ou la reconnaissance de l'autre comme sujet »¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Michel Autès. *Les mutations du travail social*. Paris, Dunod, 2000

Conclusion

Depuis sa justification sociale jusqu'à sa phase évaluative, cet écrit s'est donné le dessein de vivre le voyage d'un projet institutionnel : ouvrir les portes d'un ESAT au handicap psychique. L'angle de prise de vue, convention oblige, s'est fait du véhicule de fonction du dirigeant, chargé du pilotage du changement. De fait, au jeu des mises en exergue et des mises en ombre, le récit de ce périple manque à rendre compte de la richesse et du tumulte de l'itinéraire. Il est vrai que si le changement est unanimement perçu comme l'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, pour une autre part, il est loin d'être une posture spontanée. Ce qu'il véhicule de menaces, d'incertitudes, de transformations ou de ruptures en fait un partenaire encombrant. Mais inéluctable. La conduite du changement agit donc bien comme une injonction à se projeter dans le temps. Le métier de dirigeant comporte cette obligation de prévoir ses évolutions et d'en atténuer les effets. Cette maîtrise du changement, outre une bonne connaissance du contexte organisationnel, exige de sa part l'exercice de la décision : décisions quotidiennes sur le fonctionnement ordinaire, décisions qui engagent l'avenir de l'organisation, décisions au contexte souvent paradoxal. Dans ce projet, au-delà de l'ingénierie médico-sociale à laquelle elle se réfère, la fonction de direction, fonde sa légitimité dans une vocation de la *reliance*, définie comme l'activation de l'ensemble des acteurs autour de l'édification d'un savoir commun. Dans ce sens, le fait du dirigeant ne se résume pas à une méthode, il implique une éthique de l'action « parce que la porte du changement s'ouvre de l'intérieur, il ne se décrète pas mais peut être défini comme une aventure à vivre. Dans cette perspective, le changement n'est pas une finalité mais un mouvement. »¹⁰⁵. Concevoir ce projet socioprofessionnel pour un public de malades mentaux en ESAT s'est bien révélé une aventure humaine. On peut considérer que l'intervention sociale imprimée par mon action de directeur s'est concrétisée autour de trois événements institutionnels majeurs. Tout d'abord, **la reconnaissance et l'acceptation de la personne handicapée psychique comme public possible dans les ateliers de l'ESAT**. Cette étape du projet s'est illustrée pour les intervenants dans le démantèlement progressif des préventions naturelles, des représentations défensives vis-à-vis de la maladie mentale, sources d'un réflexe primaire de rejet et de stigmatisation. Elle a nécessité un travail de sécurisation des personnels par l'appropriation de connaissances et de savoirs communs qui ont permis les conditions de la rencontre : accueillir l'altérité suppose d'accepter d'assumer l'appréhension fondamentale du danger que représente cet Autre.

¹⁰⁵ J. Marie Miramon. *Promouvoir le changement ...* op. cit. p. 219

C'est ensuite, **l'instauration d'un sentiment partagé de valorisation et de compétence** ressenti par les professionnels vis-à-vis de la maîtrise du nouveau champ que l'institution avait ouvert. Ce sentiment est nourri par une double reconnaissance : celle de l'évaluation de la validité des outils techniques et opératoires mis en place pour répondre à la mission mais également l'assurance des jugements positifs renvoyés par les partenaires extérieurs qui signalent leur satisfaction au sujet de la qualité de l'intégration effectuée. C'est parce qu'elle trouve une reconnaissance extérieure que l'expérience ainsi capitalisée a pu se traduire en valorisation.

Ce sont, enfin, **les témoignages d'épanouissement des travailleurs handicapés psychiques** au fur et à mesure de la maturation du processus d'intégration. Que les signes de son évolution émanent des outils d'évaluation interne ou que ce recueil provienne des déclarations de l'utilisateur lui-même ou de sa famille, ces manifestations objectives de bien-être ont fait céder les appréhensions mutuelles et ont bâti une dynamique collective tournée vers l'envie de réussite dans un contexte apaisé. De ce fait, même les échecs, peu nombreux, que l'équipe a dû accompagner, l'ont été au-delà de la fin en soi de l'expérience comme si la question du lien créé dépassait l'enjeu même de l'intégration.

Dans ce contexte de métamorphose institutionnelle, il est resté en tous points une invariante : l'aventure de la rencontre. Celui que l'on nomme usager ou résident demeure certes un destinataire que l'on définit par des besoins. Mais, dès lors qu'il a quitté sa position de *patient* pour interpréter sa partition active au changement, la rencontre a été l'occasion pour chacun de vivre *l'homme intérieur*. Car, une fois la prestation dûment délivrée, force est de constater que « le handicap nous force à redéfinir nos valeurs fondamentales et le sens que nous donnons à la vie »¹⁰⁶.

¹⁰⁶ Charles Gardou, *Handicaps, handicapés, Le regard interrogé*, Erès, Toulouse, 1991, p. 156

BIBLIOGRAPHIE

Rapports :

Enquête HID (Handicaps Inadaptations Dépendances), INSEE, décembre 1999

Enquête Ipsos Opinion – Lilly. *L'image de la schizophrénie et des patients porteurs d'une schizophrénie auprès du grand public* », juin 2001

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

CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J-C. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, Rapport remis au ministre de la Santé, de la famille et des Personnes handicapées, octobre 2002

LAZARUS A., STROHL H. *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* : Rapport du groupe de travail ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale, La Documentation Française, février 1995

PARAYRE C. *Evolution des soins en psychiatrie et de la réinsertion des malades mentaux*, Direction générale de la santé, mars 1995

PIEL E., ROELANDT J-L. *Vers la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale*. Rapport de mission au ministre délégué à la santé, avril 2002, 60 p.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2004, Annexe A au Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2005, Drees, 2004

L'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale, Direction Générale de la Santé, 11 avril 2002

SANTE MENTALE France. *Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris :Editions de Santé, 2001, 65 p.

Ouvrages

AUTES M. *Les mutations du travail social*, Paris : Dunod, 2000, 313 p.

AVEROUS B., AVEROUS D. *Mesurer et manager la qualité de service*. Paris : INSEP Editions, 1998, 136 p.

ANDRE C. *L'estime de soi*, Odile Jacob, Poches, 2002, 320 p.

BAPTISTE R., *Reconnaître la personne handicapée*, Chronique Sociale, Lyon, 2005, 168 p.

BATIFOULIER F., NOBLE F. *Fonction de direction et gouvernance dans les associations d'action sociale*. Dunod, Paris, 2005, 239 p.

BOUTINET J. P. *Anthropologie du projet*, Paris, PUF (2^e édition), 1993, 405 p.

DEJOURS C., *Travail, usure mentale*, Bayard éditions, 2000, 280 p.

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

DUBAR C., *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, éd. Armand Colin, 2000, 256 p.

FURTOS J., LAVAL C. [dir]. *La santé mentale en actes : de la clinique au politique*. éd. Erès, 2005, 353 p.

GARDOU C. [dir]. *Handicaps, handicapés, Le regard interrogé*, Toulouse, éd. Erès, 1991, 256 p.

GOFFMAN E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris: Minuit, 1975, 175 p.

GOMEZ J. F. *Handicap, éthique et institution*. Paris, Dunod, 2005, 192 p.

JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. Paris : Dunod, 2000, 170 p.

JOUBERT M. [dir]. *Santé mentale, ville et violence*, éd. Erès, 2003, 358 p.

HAERINGER J., TRAVERSAZ F. / ed. *Conduire le changement dans les associations d'action sociale et médico-sociale*. Paris : Dunod, 2002, 244 p.

IACONO G. *Gestion des ressources humaines*, Paris, éd. Gualino, 2002, 282 p.

L'Etat de la France 2004, La Documentation Française, éd. La Découverte, p.345

MEDA D., *Le travail, une valeur en voie de disparition*, éd. Aubier, Paris, 1998, 358 p.

SAINSAULIEU R., *L'identité au travail*, Presses de Sciences Po, 1993, 477 p.

SIMMEL G. *Les pauvres*, Paris, PUF, coll. « Quadrige », 1998, 102 p.

ZRIBI G., *L'avenir du travail protégé*, ENSP, 1998, 122 p.

Revue

CHAPIREAU F., *Les personnes hospitalisées en psychiatrie en 1998 et 2000*, Etudes et Résultats, n° 206, décembre 2002, Drees.

CHAPIREAU F., *L'hospitalisation psychiatrique dans la trajectoire des personnes en 1998 et en 2000*, Etudes et Résultats, mai 2003, Drees.

COLDEFY M., BOUSQUET F. : *Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999*, Etudes et Résultats, n° 163, mars 2002, Drees.

BONNET C. Lien Social, Le forum social du jeudi, *La réinsertion professionnelle des handicapés psychiques*, n° 725 – 14 octobre 2004

DUTRENIT J. M. *Evaluation de la compétence sociale. Le chaînon manquant entre marginalité et intégration*. Les cahiers de l'Actif, n° 288-291, pp. 179-199

LEPOUTRE R. *Soigner, réhabiliter*, Revue Pluriels, n°54-55, décembre 2005-janvier 2006

LOUBAT J. R.. *Manager les équipes*, Les cahiers de l'Actif, n°314-317, juillet-octobre 2002

MIRAMON J. M. *Promouvoir le changement*, Les cahiers de l'Actif, n° 314-317, pp. 211-217

PERRET B. *L'avenir du travail : des tendances contradictoires* in Revue Esprit, n°214, août-septembre 1995, pp. 102-118

Rhizome, Bulletin national de l'ORSPERE, avril 2000, 16 p.

TODOROV T. *Sous le regard des autres*. Sciences Humaines, n° 131, octobre 2002, , pp. 22-27

Colloque

Droit du Travail et Maladie Mentale : la place du médiateur, 16 mars 2004, IRA (Villeurbanne), à l'initiative de l'ADIPSH, dans le cadre de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM), organisée par l'ADES de Lyon

VISINTAINER S. *Articulation entre les champs sanitaire et social à partir de la question de l'intégration des malades psychiques aujourd'hui*. Forum Santé Précarité – Quels parcours de vie ?, Brest, 7 octobre 2004.

PAUGAM S. *Dans quel sens peut-on parler de disqualification sociale des salariés ?* LASMAS-IdL IRESCO, Huitièmes journées de sociologie du travail sur « Marchés du travail et différenciations sociales : Approches comparatives », Aix-en-Provence, 22 juin 2001.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 – Historique de l'Association de la Roche

Annexe 2 – Organigramme de l'ESAT de la Roche

Annexe 3 – Etude de population 2001-2006 de l'ESAT de la Roche

Annexe 4 – Tableau de positionnement des travailleurs en ESAT

Annexe 5 – Exemple de fiche de poste pour travailleur handicapé en ESAT

Annexe 6 – Constitution du groupe-projet

Annexe 7 – Outils d'évaluation du stagiaire en ESAT

ANNEXE 1 – HISTORIQUE DE L'ASSOCIATION DE LA ROCHE

A un kilomètre du bourg de la commune des Sauvages (Rhône), l'actuel lieu-dit de La Roche domine les environs du haut des ses 765 mètres d'altitude. Si de nos jours le site constitue un lieu boisé, habité, il n'avait pas cet aspect il y a 150 ans. C'était un endroit aride, rocheux, avec ça et là quelques arbres rabougris. Un concours de circonstances devait transformer ces lieux en un pèlerinage réputé. La légende¹⁰⁷ raconte que vers 1840, Marie PESTIER, petite bergère des Sauvages, vint y garder ses troupeaux. Pendant 19 ans, pria au pied du rocher qui marque le sommet en gardant ses moutons et ses chèvres jusqu'à ce qu'un savant, architecte de talent, archéologue, dont la famille avait du bien sur la commune, apprit la vénération, très modeste, qui était rendue à la Vierge sur la modeste montagne de La Roche. Il s'agissait de Louis PERRET (1802-1882) dont la famille était constituée de chimistes et de propriétaires de mines (Chessy et Sain Bel notamment). Pour honorer la mémoire d'un de ses frères prêtre décédé, Louis PERRET fit ériger une statue monumentale de la Vierge en pierre noire de Volvic. Le sculpteur choisi fut FABISCH qui avait réalisé la statue de la Vierge de Lourdes sur les indications de Bernadette SOUBIROUS. En 1862, la chapelle de Notre Dame de La Compassion fut construite et l'image d'origine fut sertie à l'intérieur dans son rocher. A cette chapelle, s'ajoutèrent, quelques mètres plus bas, la chapelle de la Nativité, puis plus haut la Grande Chapelle, réalisée par le célèbre architecte de Fourvière Monsieur BOSSAN. Le mécène des lieux, Louis PERRET, grâce à sa fortune, continuait à transformer l'aspect du site. Comme il souhaitait un culte permanent, il installa des Pères Lazaristes dans des bâtiments résidentiels. C'était en Mai 1868. Dans les années qui suivirent, les bâtiments furent développés pour y accueillir un petit séminaire. Aux Pères Lazaristes succédèrent les Prêtres du Prado, ordre fondé à la Guillotière (Lyon) par le Père Antoine CHEVRIER qui consacra sa vie à tirer de la misère nombre d'hommes, de femmes et d'enfants de la ville lyonnaise.

C'est ainsi que, presque dès les origines, sur la montagne de La Roche, existèrent deux activités : un pèlerinage marial sur le sommet, et tout proche un lieu d'enseignement pour les jeunes séminaristes.

En 1970, l'Archevêché de Lyon décida de fermer le petit séminaire. Les lieux de culte furent conservés par le Diocèse qui décida de poursuivre les activités du pèlerinage grâce à « l'Association des Amis du Pèlerinage » régie par la loi de 1901. Le Centre d'Aide par le Travail trouve son origine dans les personnes que recueillait le séminaire. En effet, pour

¹⁰⁷ Cet historique de l'Association est tiré d'archives municipales, diocésaines ainsi que de contributions rédigées par administrateurs et bénévoles associatifs.

faciliter la gestion matérielle de l'établissement, le séminaire comptait un certain nombre de sœurs du Prado (pour la lingerie et la cuisine) et un frère économiste, le Frère Roger JACQUET, natif de Saint Marcel de Félines. Celui-ci dirigeait, entre autres choses, une petite ferme dont le personnel était constitué de gens démunis qui n'auraient pu trouver place ailleurs, en raison de leurs moyens limités. A la fermeture du séminaire, le Frère est confronté à la décision de leur devenir et, se refusant à accepter cette fermeture définitive, cherche à orienter l'établissement vers une autre destination, selon les buts du Prado : « aller au service des plus pauvres ». Il considère que le monde des handicapés peut et doit être la nouvelle orientation de La Roche. L'entremise du député-maire Pierre BONNASSIEUX aboutit à une concertation avec l'UNAFAM et avec l'ADAPEI de Thizy, et également avec les représentants des handicapés physiques.

En mars 1972, intervient le rapport officiel du Docteur LACHANAT, Conseiller Technique auprès du CREAL, validant, sous certaines réserves, l'ouverture du CAT :

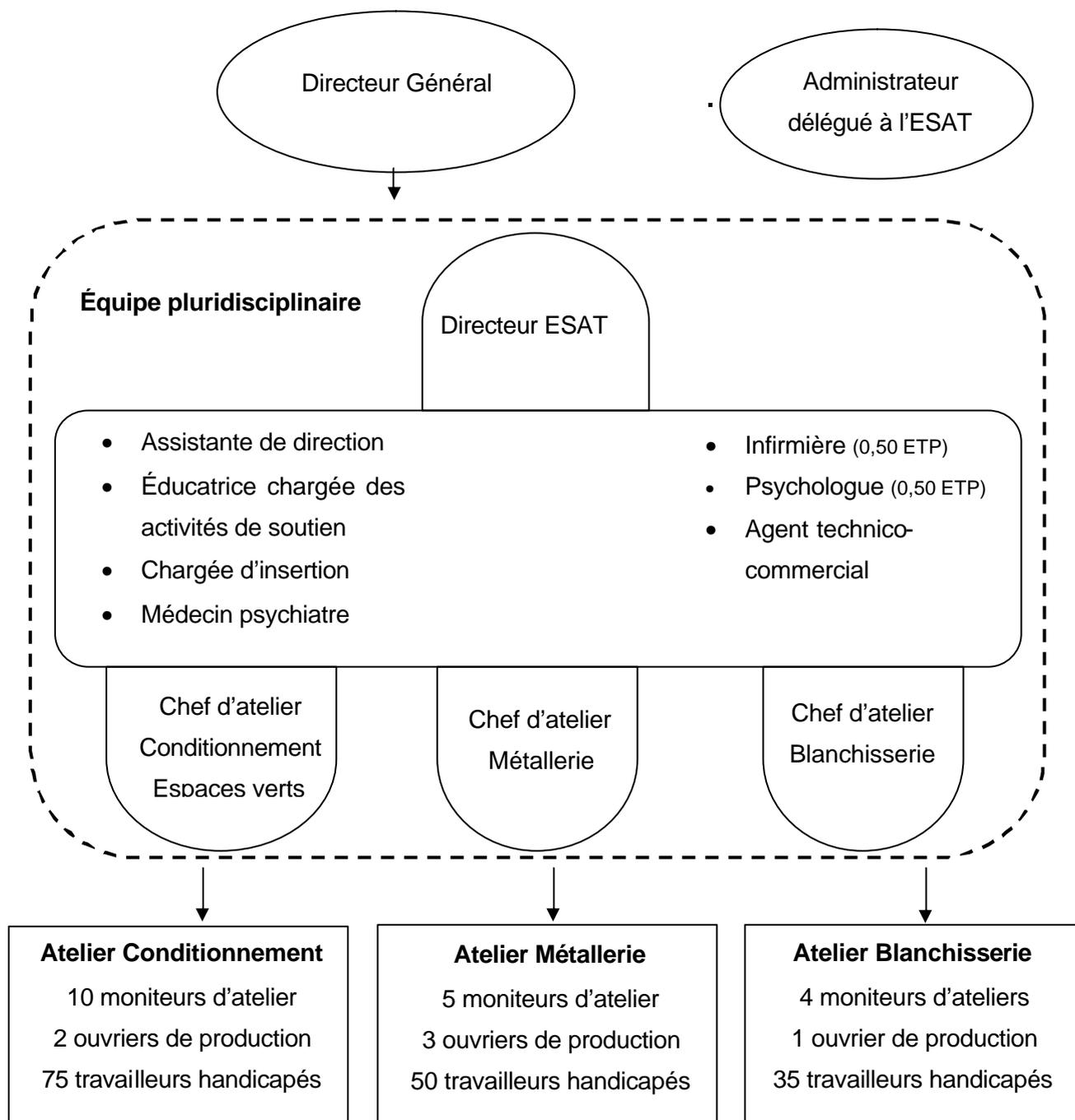
- aux malades mentaux (UNAFAM) en liaison avec les hôpitaux psychiatriques de la région lyonnaise, avec logement sur place,
- aux handicapés mentaux (ADAPEI) uniquement en externat, mais rejetant la cohabitation avec les handicapés physiques, en accord avec eux.

En mars 1972, a lieu le dépôt des statuts de l'Association de La Roche. En octobre, le Conseil Général se porte acquéreur de la propriété (700 000.00 Francs) et vote la subvention pour les premiers travaux de mise en état, conformité et aménagement.

En mai 1973, le CAT ouvre ses portes pour accueillir 15 ouvriers. Avec l'accord et l'aide du Conseil général, l'Association est devenue propriétaire de l'ensemble. Au printemps 1976, 120 ouvriers travaillent à La Roche et 70 d'entre eux y sont logés. En mai 1983, l'Association de la Roche permet à 150 personnes de s'épanouir dans le monde professionnel. 85 d'entre elles sont réparties dans trois foyers de La Roche. 20 demeurent au foyers de l'ADAPEI d'Amplepuis. Le 1^{er} mai 1988, l'Association de La Roche crée un foyer occupationnel. En 1992, L'Association de La Roche s'agrandit. Un atelier Protégé est construit sur la zone industrielle du Cantubas à Tarare. En 1998 est créé un service de placements familiaux.

Après plusieurs extensions l'Association obtient en 2005 un agrément pour 125 places en foyer d'hébergement, 168 places en ESAT et 40 places pour le Service d'Accueil de Jour.

ANNEXE 2 – ORGANIGRAMME DE L'ESAT DE LA ROCHE



ANNEXE 3 – ETUDE DE POPULATION 2001 – 2006 DE L'ESAT DE LA ROCHE

PATHOLOGIES ET ORIGINES DES DEFICIENCES	2001		2006		Evolution	
	Pathologie		Pathologie			
Autisme et syndromes apparentés	-	0%	-	0%		
Psychose infantile	9	6%	6	4%		-33%
Autres psychoses (survenues à partir de l'adolescence)	28	19%	46	27%		64%
Trisomies et autres aberrations chromosomiques	5	3%	4	2%		-20%
Accidents périnataux	2	1%	2	1%		0%
Traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise	6	4%	5	3%		-17%
Pathologie génétique autre	8	5%	10	6%		25%
Autres ou inconnues	91	61%	95	57%		4%
Effectif total	149	100%	168	100%		13%
DEFICIENCES	Déficience	Déficience	Déficience	Déficience		
Déficiences intellectuelles	54%	22%	48%	20%		
Retard mental profond et sévère	-	-	-	-		
Retard mental moyen	20	4	16	3	-20%	-25%
Retard mental léger	60	28	64	30	7%	7%
Autres déficiences de l'intelligence	-	1	-	1		0%
Total	80	33	80	34	0%	3%
Déficiences du psychisme	44%	44%	51%	52%		20%
Déficiences intermittentes critiques de la conscience	8	5	11	7	38%	40%
Troubles de la conduite et du comportement	17	19	28	26	65%	37%
Déficiences liées à des troubles psychiatriques graves	23	-	25	2	9%	
Autres déficiences du psychisme	18	41	22	53	22%	29%
Total	66	65	86	88	30%	35%
Déficiences du langage et de la parole	-	5	-	4		-20%
Déficiences auditives	1	-	-	-	-100%	
Déficiences visuelles	-	1	-	1		0%
Déficiences motrices	1	1	1	1	0%	0%
Plurihandicap	-	-	-	-		
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	-	-	-	-		
Polyhandicap	-	-	-	-		
Autres déficiences	1	-	1	-	0%	
DONNEES SOCIALES						
Moyenne d'âge	39		31			-21%
Sexe masculin	92	62%	100	60%		9%
Sexe féminin	57	38%	68	40%		19%
Hébergement						
Personnel	42	28%	37	22%		-12%
Famille	28	19%	35	21%		25%
Famille d'accueil	2	1%	3	2%		50%
Foyer d'hébergement	77	52%	93	55%		21%
Activité						
Temps plein	136	91%	149	89%		10%
Temps partiel	13	9%	19	11%		46%

ANNEXE 3 – COMPARATIF AVEC LES DONNÉES NATIONALES

PATHOLOGIES ET ORIGINES DES DEFICIENCES	ESAT La Roche		Données nationales	
	Effectif	%	Effectif	%
Autisme et syndromes apparentés	-		975	1,1%
Psychose infantile	6	3,6%	11 266	12,3%
Autres psychoses (survenues à partir de l'adolescence)	46	27,4%	7 052	7,7%
Trisomies et autres aberrations chromosomiques	4	2,4%	7 991	8,7%
Accidents périnataux	2	1,2%	7 078	7,7%
Traumatisme crânien et lésion cérébrale acquise	5	3,0%	2 949	3,2%
Pathologie génétique autre	10	6,0%	2 582	2,8%
Autres ou inconnues	95	56,5%	51 788	56,5%
Effectif total	168	100%	91 681	100%
DEFICIENCES	Déficience principale		Déficience principale	
Déficiences intellectuelles		47,6%		76,1%
Retard mental profond et sévère	-		7 592	8,3%
Retard mental moyen	16	9,5%	36 021	39,3%
Retard mental léger	64	38,1%	25 684	28,0%
Autres déficiences de l'intelligence	-		437	0,5%
Déficiences du psychisme		51,2%		13,9%
Déficiences intermittentes critiques de la conscience	11	6,5%	1 138	1,2%
Troubles de la conduite et du comportement	28	16,7%	2 413	2,6%
Déficiences liées à des troubles psychiatriques graves	25	14,9%	6 321	6,9%
Autres déficiences du psychisme	22	13,1%	2 830	3,1%
Déficiences du langage et de la parole	-		192	0,2%
Déficiences auditives	-		894	1,0%
Déficiences visuelles	-		810	0,9%
Déficiences motrices	1	0,6%	2 854	3,1%
Plurihandicap	-		707	0,8%
Déficiences viscérales, métaboliques, nutritionnelles	-		243	0,3%
Polyhandicap	-		179	0,2%
Autres déficiences	1	0,6%	1 367	1,5%
DONNÉES SOCIALES				
Moyenne d'âge	31		37	
Sexe masculin	100	60%	54 724	60%
Sexe féminin	68	40%	36 957	40%
Hébergement				
Personnel	37	22%	24 206	26%
Famille	35	21%	33 070	36%
Famille d'accueil	3	2%	1 334	1%
Foyer d'hébergement	93	55%	30 532	33%
Activité				
Temps plein	149	89%	83 381	91%
Temps partiel	19	11%	7 539	8%

Source: VANOVERMEIR S., BÉRTRAND D. *Les établissements pour personnes handicapées: activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, DREES, Série Statistiques, n° 64 - mai 2004, I - Les centres d'aide par le travail, pp. 9-42



AGENT AU TUNNEL DE SECHAGE

1. DEFINITION

Mise sur cintres de vêtements professionnels en vue de leur séchage dans le tunnel

2. CONTEXTE/CONTRAINTE

Poste debout
Port de vêtements et de chaussures du travail

3. LISTE DES TACHES

- aller chercher les chariots de linge professionnel
- mettre le linge sur cintres
- vérifier propreté et usure
- engager chaque cintre sur le traîneau du tunnel
- mettre en route la machine
- programmer la machine en fonction de la nature du textile (épaisseur) Niveau 1
- trier le linge en fonction du client
- suspendre le linge aux portants

4. CAPACITES ET SAVOIRS

Capacité à reconnaître le nom du client
Résistance physique
Capacité à reproduire un mode opératoire Niveau 1

5. SAVOIR - ETRE

Capacité à travailler seul

6. FORMATION CONTINUE

Hygiène et sécurité
Gestes et postures
Reconnaissance du linge et du client

7. POSSIBILITE D'EVOLUTION

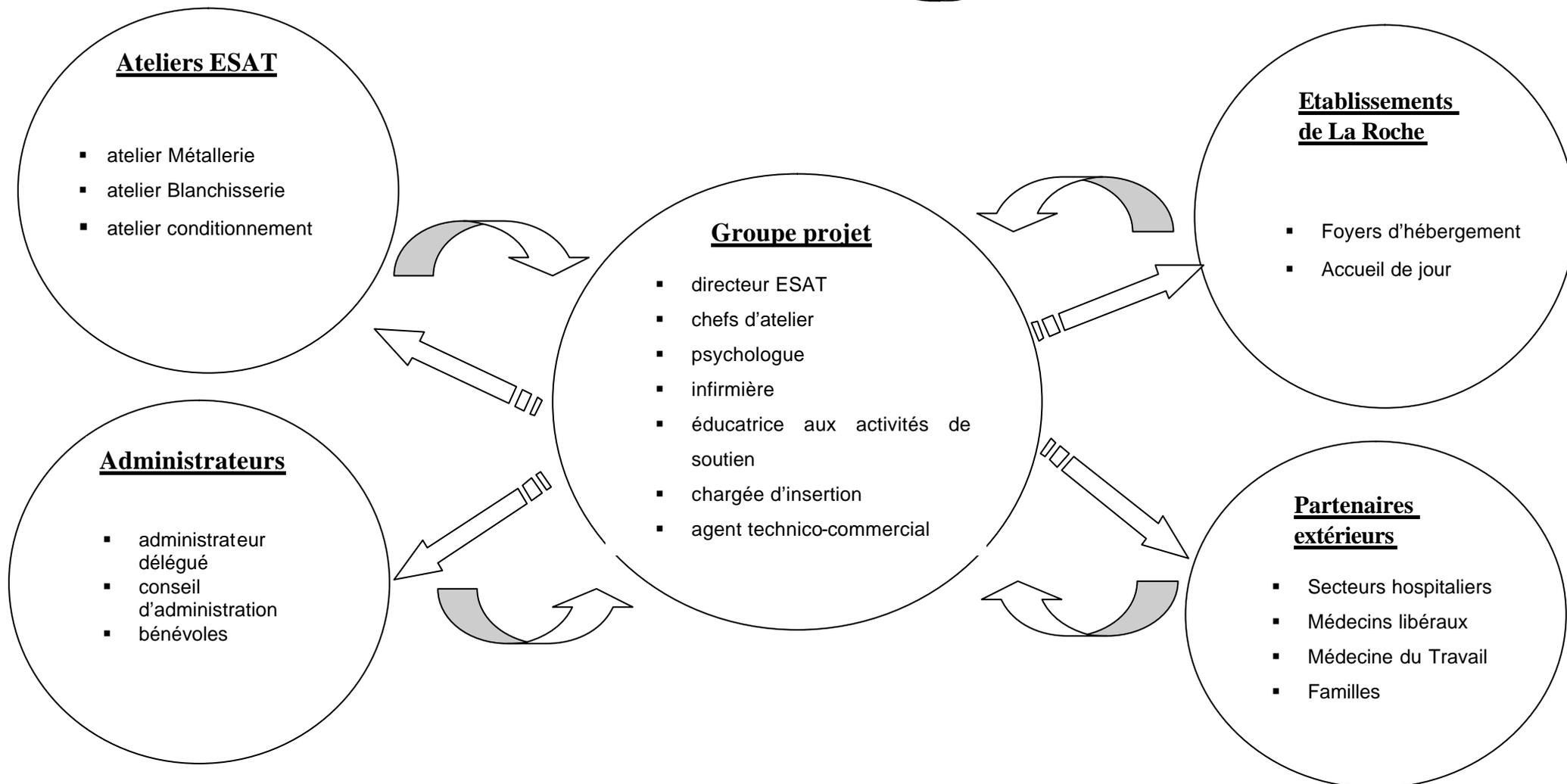
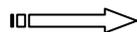
Du niveau 2 au niveau 1

Référence	Page	Date
Document1	Page 91 sur 102	26/04/2007

ANNEXE 6 – CONSTITUTION DU GROUPE PROJET

Information – compte-rendu - enquête

Participation – contribution - animation



ANNEXE 7 – OUTIL D’EVALUATION DU STAGIAIRE



FICHE EVALUATION DE STAGIAIRE COTOREP

NOM - Prénom :	Date de naissance :	Adresse:
ATELIER(S) de stage :	Période de stage:	

	Date de bilan :				Date de bilan :				Date de bilan :			
POSTES DE TRAVAIL :												
APTITUDES / COMPORTEMENT	A	Amélioration	Niveau	Point fort	A Acquérir	Amélioration	Niveau	Point fort	A Acquérir	Amélioration	Niveau	Point fort
compréhension												
respect des consignes												
intérêt pour le travail												
rythme d'exécution												
présence sur le poste												
habilité gestuelle												
capacité de comptage												
capacité à la lecture/écriture												
capacité d'adaptation nouveau travail												
potentiel pour travail d'équipe												
respect des autres												
maîtrise de soi même												
résistance au stress												
confiance en soi												
régularité du comportement												
présentation												
Appréciations générales												