



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**TISSER UN RÉSEAU POUR INSCRIRE LES PERSONNES
HANDICAPÉES PSYCHIQUES D'UN ESAT DANS UN
ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**

Nadine GREFFEUILLE

CAFDES

2007

Remerciements

La déontologie suppose le remerciement de ses pairs et formateurs lors de la remise d'un mémoire. Dire merci est aujourd'hui presque quelque chose d'anodin, de galvaudé, voire dépassé. Je souhaite, pour ma part, faire preuve de gratitude envers toutes les personnes qui ont permis l'aboutissement de ce document, à travers les mois de réalisation, d'écriture, de correction et surtout d'interrogation.

Mes premiers remerciements vont à la personne qui m'a poussé, puis permis de vivre cette aventure professionnelle et humaine : il se reconnaîtra au travers de ces mots.

Je tiens à remercier particulièrement mon tuteur pour l'implication qu'il a pu avoir tout au long de ce projet, son suivi, ses conseils, ses pistes de travail et ses éclaircissements.

Un mémoire ne peut être remis sans lecture et relecture. Ainsi, un grand merci envers mes relecteurs, pour leurs remarques et conseils avisés.

Pour finir, je remercie mon époux et je souhaite faire un clin d'œil particulier à mes deux tout petits qui ont eu une maman à temps très partiel pendant ces 30 mois et ont subi de très près les affres de la formation.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 - LES ESAT UN DISPOSITIF POUR UNE DOUBLE MISSION.....	4
1.1 L'émergence de nouvelles valeurs en filigrane des récentes lois.....	4
1.1.1 Le temps des trente glorieuses : du travail pour tous	5
1.1.2 Le temps de la professionnalisation : l'usager « objet de droit »	6
1.1.3 Les temps modernes de l'accompagnement médico-social : l'usager « sujet de droit »	7
1.2 Les prérogatives des établissements et services d'aide par le travail.....	9
1.2.1 Naissance des ESAT : du travail pour les « déficients mentaux »	9
1.2.2 La double mission des ESAT : l'insertion professionnelle et le soutien médico-social	11
1.2.3 Les personnes orientées en ESAT : une capacité au travail réduite.....	15
1.3 L'évolution des populations accueillies à l'ESAT ces dernières années.....	16
1.3.1 Au départ, une majorité d'handicapés mentaux	16
1.3.2 Depuis 10 ans, une part plus importante des handicapés psychiques	18
1.3.3 Aujourd'hui, la nécessaire mise en place d'un projet de vie différent pour les travailleurs handicapés psychiques de l'ESAT	25
2 - LE RESEAU, UN ENJEU POUR ALLER PLUS LOIN DANS L'ACCOMPAGNEMENT.....	29
2.1 Le réseau et l'implication des partenaires	30
2.1.1 Réseau et partenariat : des différences majeures	30
2.1.2 Les établissements et services pouvant être impliqués dans le réseau.....	33
2.1.3 La communication et la pluridisciplinarité, clefs de voûte d'un réseau qui fonctionne.....	38
2.2 Une double opportunité : le sanitaire et le social	40
2.2.1 Des savoir-faire diversifiés	41
2.2.2 Des allées et venues plus aisées : entre sanitaire, médico-social et social	45
2.2.3 Des financements diversifiés : entre département, Etat et assurance maladie	47
2.3 Une aide à l'inclusion sociale.....	49
2.3.1 Le travail, vecteur de lien social pour un meilleur équilibre de la personne	50
2.3.2 Les Groupements d'Entraide Mutuelle	51
2.3.3 Les liens institutionnels : favoriser un suivi en dehors de l'ESAT	52

3 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT EVOLUE AFIN DE PRENDRE EN COMPTE LE RESEAU AU SERVICE DE L'USAGER EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE	54
3.1 Connaître et faire connaître les spécificités des personnes handicapées psychiques	55
3.1.1 La nécessité de repenser les valeurs institutionnelles	56
3.1.2 Une équipe pluridisciplinaire remodelée et « renouvelée »	59
3.1.3 Obtenir des financements pérennes et partagés	62
3.2 Consolider le réseau pour une meilleure qualité de service.....	66
3.2.1 Diversifier l'offre au regard des besoins spécifiques et établissement du projet personnalisé	66
3.2.2 Une charte commune pour faire connaître les objectifs du réseau	69
3.2.3 La bienveillance, un terme fédérateur	70
3.3 Mettre en place un « parcours de transition » coordonné par le réseau.....	71
3.3.1 Elaborer un protocole d'intégration au réseau.....	71
3.3.2 Etablir des allers/venues balisés entre chaque établissement du réseau	72
3.3.3 Coordonner un parcours personnalisé	73
CONCLUSION	76
BIBLIOGRAPHIE	78
LISTE DES ANNEXES	80

Liste des sigles utilisés

AS : Assistant(e) social(e)
ASI : Agent de Service d'Intérieur
ATO : Atelier Thérapeutique Occupationnel
AAH : Allocation Adulte Handicapé
AFPA : Association Nationale pour la Formation des Adultes
BAPC : Budget Annexe de Production et de Commercialisation
BPAS : Budget Principal d'Accompagnement Social
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT : Centre d'Aide par le Travail
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDI : Contrat à Durée Indéterminée
CTD : Centre de Distribution de Travail à Domicile
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico Psychologique
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COTOREP : Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CROSMS : Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
EA : Entreprise Adaptée (anciennement atelier protégé)
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail anciennement CAT
ETS : Educateur Technique Spécialisé
FLE : Foyer Logement Eclaté
GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HP : Hôpital Psychiatrique
IME : Institut Médico Educatif

IMPro : Institut Médico Professionnel
ITEP : Institut Technique Educatif et Pédagogique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
MSA : Mutualité Sociale Agricole
PAUF : Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de formation
PCH : Prestation de compensation du handicap
PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Personnes Handicapées et
de la Perte d'Autonomie
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAS : Service d'Accompagnement et de Suite
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SMIC : Salaire Minimum de Croissance
SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire
UE : Union Européenne
UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

Avant de commencer ce mémoire j'aimerais, dès à présent, rappeler une citation de H.J. STIKER : « *Le Handicap est la preuve de l'insuffisance de ce que nous aimerions voir établir pour référence et pour norme. Il est cette déchirure de notre être qui ouvre sur son inachèvement, son incomplétude, sa précarité. Il empêche la société des hommes d'ériger en droit, et en modèle à imiter, la santé, la vigueur, la force, l'astuce et l'intelligence. Il est cette écharde au flanc du groupe social, qui empêche la folie des certitudes et de l'identification à un unique modèle. Oui, c'est la « folie des bien-portants » que dénoncent l'enfant mongolien, la femme sans bras, le travailleur en fauteuil roulant... ce qui ne signifie pas que le handicap soit nécessaire, mais que cette différence-là, quand elle surgit, joue un rôle d'équilibration et d'avertissement à nulle autre pareille.*»¹

Cette citation, permet une remise en question de la vision qu'a la société de l'anormalité ou au contraire de ce qui est la norme.

A l'heure de l'application de la nouvelle loi en faveur des personnes handicapées (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 : refonte de la loi d'insertion de 1975), la question de la reconnaissance du handicap psychique par les institutions et par la société nous est posée ainsi que celle de l'inclusion des personnes en situation de handicap. . Auparavant prisonnière d'une prise en charge uniquement médicale et asilaire, la maladie mentale et les troubles psychiques font désormais partie de la vie sociale, des politiques d'insertion et, encore avec difficulté, du monde du travail. Les progrès médicaux avec la découverte des neuroleptiques ont permis à un certain nombre de personnes atteintes de maladies mentales (de psychoses de type schizophrénique ou paranoïdes, de troubles anxieux, d'états limites, de dépressions graves, de phobies...) de prétendre à une qualité de vie sociale jusque là inespérée. En s'intégrant à la vie de la « cité » avec l'ouverture de l'hôpital sur la ville, le monde du travail, même protégé, est devenu un point d'ancrage pour l'inclusion sociale de personnes atteintes de troubles psychiques.

Par ailleurs, un certain nombre de personnes, suite à des parcours de vie accidenté, peuvent développer une maladie mentale à l'âge adulte qui va les fragiliser par rapport à leur adaptation sociale et professionnelle. Ces personnes, en général déjà intégrées dans

¹ STIKER H.J. *Corps Infirmes et sociétés*. Aubier Montaigne, 1992.

l'entreprise se retrouvent en situation de handicap du fait de la maladie ou des troubles qui les gênent pour tenir leur emploi. »²

Le constat est que seul un accompagnement partiel à l'Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) est insuffisant.

En effet, la spécificité du handicap psychique (isolement, fragilité, variabilité, instabilité) nous oblige à concevoir, non seulement un accueil plus souple, mais surtout une mise en réseau autour de la personne. Cet état de fait est d'autant plus effectif, que les politiques de santé mentale depuis 30 ans ont fait qu'entre 1983 et 2001, 50% des lits de psychiatrie en milieu hospitalier ont été fermés et que nous sommes passés d'une médecine de « psychothérapie » à une médecine de « médication » au travers de nouvelles molécules.³ C'est en cela que leur accompagnement social est devenu primordial puisqu'autrefois, une partie de ces « malades » passaient leur vie en hôpital psychiatrique. Le retour à une activité professionnelle fait partie des possibilités qui peuvent leur redonner une place citoyenne mais à condition qu'elle ne soit pas une fin en soi : la personne handicapée psychique doit être prise en compte dans sa globalité (dimension sociale, professionnelle et de soins).

Une avancée a été réalisée au travers de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 - art 2 : « 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 poly-handicap ou d'un trouble de santé invalidant ». La nouveauté de cette loi est la « reconnaissance officielle »⁴ du handicap psychique.

Je vais m'attacher dans ce mémoire à mieux comprendre pourquoi la reconnaissance par la loi du 11 février 2005 du handicap psychique pose des difficultés croissantes aux établissements d'aide par le travail en analysant d'une part ce que sont les missions de l'ESAT et d'autre part les difficultés et besoins de cette population qui est de plus en plus présente en ESAT.

J'expliquerai ensuite comment un accompagnement global peut être mis en place au travers d'un réseau entre les différentes structures que la personne handicapée psychique peut être

² LE ROY C. Travail en milieu ordinaire. Attentes et représentations. *Revue Pratiques en Santé mentale*. 2005. n°4, p.4-9. Disponibilité : www.cnam.fr/handicap/documentation.

³ PINERO M. Panser et repenser la psychiatrie. *Viva Magazine*, 23 octobre 2006. Disponibilité : <http://www.viva.presse.fr>.

⁴ BAPTISTE R. *Reconnaître le handicap psychique*. Lyon : Chronique sociale, 2005, p. 20.

amenée à rencontrer au travers de ses allées et venues nécessaires à un parcours de vie souvent chaotique.

Pour finir, je présenterai la solution que j'ai adoptée à l'ESAT de manière à réaliser un accompagnement global et cohérent des personnes en situation de handicap psychique qui travaillent dans cette structure.

1 - LES ESAT UN DISPOSITIF POUR UNE DOUBLE MISSION

1.1 L'EMERGENCE DE NOUVELLES VALEURS EN FILIGRANE DES RECENTES LOIS

Pendant des centaines d'années les personnes fragiles ont été exclues de la vie sociale : elles étaient enfermées dans des lieux géographiques (Cours des Miracles), des structures spécialisées (asiles...), mais aujourd'hui, c'est l'inclusion dans la cité des personnes handicapées qui est prônée par les politiques publiques.

De manière à mieux appréhender l'ensemble des évolutions du travail protégé et en particulier des ESAT, je vais réaliser un bref historique avec la dualité entre la productivité demandée à toute entreprise et le nécessaire respect de l'accompagnement médico-social.

C'est sous l'angle de la réparation des conséquences des blessures de guerre que la collectivité publique française a commencé à se préoccuper des conséquences du handicap. Dans cet esprit, Louis XIV crée l'Institution des Invalides pour héberger les vétérans devenus inaptes au travail. Plus récemment, en 1919, le ministère des Anciens Combattants met en place un barème d'évaluation des handicaps subis par les victimes de la première guerre mondiale, de manière à déterminer le montant de leur pension d'invalidité. Ce barème a été utilisé jusqu'en 1993 comme référence pour l'évaluation du niveau d'invalidité, y compris pour les invalides civils. Mais, comme il était rédigé essentiellement pour des personnes adultes handicapées à la suite d'un traumatisme, il devenait inadapté à certaines catégories de handicaps, notamment les handicaps congénitaux chez l'enfant et l'adulte, ainsi que les affections psychiatriques. C'est pour cela que le décret 92-1216 a été mis en place le 4 novembre 1993.

En parallèle, à la fin du 19ème siècle, dans une même logique de réparation, la loi de 1898 sur les accidents du travail met à la charge de l'employeur une assurance spécifique permettant le versement d'une indemnisation au titre des infirmités acquises dans le cadre du travail.

Hormis ce cas particulier, les pouvoirs publics ne se préoccupèrent que plus tardivement des infirmes civils. Dans le cadre de la loi de 1905 sur l'assistance aux vieillards, infirmes et incurables, les infirmes ont vocation à être accueillis, sans distinction d'âge ou de handicap, dans les hospices et les asiles. Toutefois, dès 1909, le ministère de l'instruction publique commence à créer des classes de perfectionnement dans quelques écoles primaires pour

éduquer les enfants alors qualifiés d'"anormaux d'école", dans le double souci de leur permettre de gagner leur vie et d'éviter qu'ils ne tombent dans la délinquance.

1.1.1 Le temps des trente glorieuses : du travail pour tous

La politique du handicap se construit progressivement au cours du 20ème siècle (et surtout entre 1945 et les années 70), par des innovations nombreuses mais dispersées, allant de l'assistance aux infirmes (loi Cordonnier du 5 août 1949) au reclassement professionnel (loi du 23 novembre 1957, dans laquelle apparaît le terme de « travailleur handicapé »). Parallèlement, la création en 1945 de la sécurité sociale permet d'assurer l'ensemble des salariés contre les conséquences de maladies et d'accidents non liés au travail mais les privant de leurs « capacités de gains ».

L'article 23 de la Déclaration universelle des droits de l'homme⁵ en 1948 vient renforcer l'idée du travail pour tous : « *Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage* ».

Déjà, en 1952, les réflexions autour de la psychothérapie institutionnelle⁶ inscrivent la relation handicap-travail au cœur de la démarche thérapeutique. Emerge alors ce que l'on appelle aujourd'hui le secteur de travail protégé auquel appartiennent les Centres d'Aide par le Travail (CAT) et les Ateliers Protégés (AP) que le décret du 2 septembre 1954 vient officialiser sous la notion « d'assistance par le travail ». La loi du 23 novembre 1957 parlera elle, de Centre d'Aide par le Travail dans son article 21.

C'est donc sur la période des 30 glorieuses (1945 à 1975), période de reconstruction économique et de plein emploi, que les personnes handicapées mentales, tout comme les personnes de faible qualification, trouvaient la possibilité de se fondre dans le destin commun de l'insertion professionnelle⁷. Par la suite, la transformation des modes de production, la montée en puissance du chômage ne permettront plus à ces personnes d'avoir accès au travail. Aujourd'hui, près de 60% des travailleurs handicapés ne trouvent

⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le 10 décembre 1948.

⁶ Définition de P. KOEHLIN : « *Ensemble de techniques, d'organisations, de méthodes de travail, d'institutions internes nées de la praxis des classes actives. Elles placent enfants et adultes dans des situations nouvelles et variées qui requièrent de chacun engagement personnel, initiative, action, continuité* ».

⁷ LE DANTEC J. Entre travail et handicap. Travail et handicap, *Empan*, n° 55, Erès, septembre 2004, p. 74.

pas d'emploi alors que l'employabilité de la population des 20-59 ans est de 70 %.⁸ Ce qui nous donne un taux de chômage de 26% pour les personnes handicapées contre 9 % pour la population française.

Le travail protégé apportera une réponse proche de la norme d'insertion à condition d'avoir une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH). Nous pouvons y lire, une discrimination positive de manière à ce que les personnes handicapées exercent pleinement leur rôle social.

En effet, le travail, dans notre société permet incontestablement de participer à la vie sociale et apporte un sentiment d'utilité indispensable à la construction d'une identité citoyenne. Nous verrons que même s'il n'est pas facile pour certaines personnes atteintes d'un handicap d'intégrer un ESAT, c'est un des passages pour l'aide à la reconstruction.

1.1.2 Le temps de la professionnalisation : l'usager « objet de droit »

La loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est promulguée et pour la première fois, la loi abandonne le concept d'assistance au profit de celui de solidarité (cf. l'article 1^{er})⁹.

La loi n° 75-535, éditée le même jour, est, quant à elle, tournée vers les institutions sociales et médico-sociales. Elle balise le fonctionnement des établissements. Malgré ces deux textes fondamentaux, les personnes handicapées mentales ne sont toujours pas libres de leur choix : la famille et surtout les professionnels décident à leur place « pour leur bien ». D'ailleurs, la loi du 3 janvier 1968 sur la protection juridique des majeurs, maintient la priorité familiale dans l'exercice de la tutelle des majeurs. Lorsque le recours à la famille s'avère impossible, le juge des tutelles doit recourir à des tiers.

Jusqu'en 2002, la législation reste silencieuse sur les droits des personnes en situation de handicap psychique, elle ne favorise pas les partenariats et elle est centrée sur des prises en charge à temps complet.

C'est dans ce cadre, que l'association gestionnaire de l'ESAT, que je dirige depuis novembre 2006, a décidé d'ouvrir cet établissement en 1984.

⁸ *Le handicap en chiffre*. CTNERHI, février 2004, p. 68.

⁹ Loi 75-534 du 30 juin 1975 – Article 1^{er} « La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'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 ».

Cette association régie par la loi 1901 a été créée en 1958 par des parents d'enfants déficients mentaux soucieux, avant toute chose, d'être soulagés dans l'éducation de leurs enfants avec la création d'un Institut Médico-Educatif (IME). La nécessité de l'insertion professionnelle des personnes handicapées mentales n'est venue que plus tard. Au départ, seuls les enfants entre 14 et 20 ans étaient pris en charge en journée. Par la suite, un internat a été créé puis, les enfants grandissant, le besoin d'ouvrir des structures pour adultes s'est fait sentir : Foyers d'hébergement, Atelier Thérapeutique Occupationnel (ATO) de 45 places en 1978 puis un CAT de seulement 13 places en 1984. (Aujourd'hui cet ESAT dispose de 70 places). L'ensemble de ces structures s'est mis en place au fil des années dans un but essentiel, au départ, d'aider les parents d'enfants déficients mentaux dans leur prise en charge. La priorité a d'abord été de soulager la souffrance des parents avec la mise en place de relais par des professionnels que ce soit dans des accueils de jour puis ensuite des pensionnats. La valeur travail est, quant à elle, arrivée plus tard.

L'ATO, le CAT, l'IME (52 places) et le Service d' Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD de 10 places), ont été gérés par le même directeur pendant 20 ans.

C'est suite à son départ à la retraite que j'ai pris la direction du seul ESAT.

1.1.3 Les temps modernes de l'accompagnement médico-social : l'usager « sujet de droit »

A ma prise de fonction j'ai constaté que la mise en place de l'ensemble des éléments, demandés par les derniers textes émanant des politiques publiques, n'était pas achevée.

La loi de 2002, qui implique l'usager en le considérant comme acteur du dispositif, affirme et promeut leurs droits. La définition des droits fondamentaux est donnée en intégrant l'association de la personne, son entourage et sa famille à la conception et la mise en œuvre de son projet avec :

- Un respect de la dignité, l'intégrité, la vie privée, l'intimité et la sécurité de la personne.
- Le libre choix entre les prestations : domicile, établissement...
- Un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un consentement éclairé.
- La confidentialité des données concernant l'usager.
- L'accès à l'information.
- Une information sur les droits fondamentaux et les voies de recours.
- Une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

La mise en œuvre de cette définition s'établit au travers des outils en faveur de la citoyenneté dont le projet individuel. C'est cet outil que nous travaillerons le plus car il permet non seulement d'individualiser la prise en charge de chaque travailleur mais surtout de donner des objectifs à cet accompagnement. En effet, chaque usager a des besoins spécifiques et nous verrons que la population qui fait l'objet de ce mémoire, « les personnes handicapées psychiques », nécessite un réel accompagnement à la carte. De plus, ces projets n'étaient pas encore finalisés quand je suis arrivée. Même si les prises en charge étaient personnalisées rien n'était ni contractualisé ni écrit.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées vient, quant à elle, modifier la définition du handicap et intègre la notion de projet de vie. L'article 2 stipule que « *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 poly handicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

Le décret du 16 juin 2006 vient apporter une protection importante des travailleurs handicapés accueillis en ESAT. Il s'apparente à une convention collective pour les ouvriers handicapés en leur permettant d'acquérir des droits au congé, une période d'essai rémunérée, la subrogation en cas de maladie...

Le décret n° 2006-1752 du 23 décembre 2006 nous oblige à la signature entre le directeur de l'ESAT et le travailleur handicapé d'un contrat d'aide et de soutien qui permet de bien spécifier les besoins et attentes de l'utilisateur et de voir comment la structure met en place, soit des actions de formation, soit des soutiens de type I pour l'apprentissage d'un métier, soit des stages dans d'autres structures et pour finir les soutiens de type II (activités de soutien médico-social et éducatif qui auront été préalablement choisies au vu des aspirations du travailleur et qui favorisent son accès à l'autonomie et son implication dans la vie sociale). Au vu de ces derniers textes, nous nous orientons de plus en plus vers un alignement du milieu protégé sur le milieu ordinaire et notamment en matière de droit du travail.

Le 30 mars 2007, l'Union Européenne (UE) vient de signer le traité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées. « Le texte vise à protéger les droits de 650 millions de personnes handicapées à travers le monde. Le traité des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées couvre des droits tel que l'égalité devant la loi, la non discrimination,

la liberté et la sécurité de la personne, l'accessibilité, la mobilité personnelle, la santé, le travail, l'éducation et la participation à la vie politique et culturelle »¹⁰.

En résumé, ce qui prédomine aujourd'hui dans l'esprit des lois, est la demande d'une prise en charge de qualité, ouverte et individualisée, favorisant le développement de l'utilisateur, son autonomie et son insertion adaptées à son âge et à ses besoins, dans le respect de son libre choix, de son consentement et de la confidentialité¹¹.

Or, l'ESAT, que je dirige, était pour l'essentiel tourné vers le travail adapté aux personnes atteintes d'une déficience mentale qui sont, comme je l'expliquerai ultérieurement, plus stable dans le temps car capables de tenir un poste de travail dans la durée. Les projets d'accompagnement, le projet d'établissement n'ont pas été forcément revisités depuis longtemps : le rythme de réactualisation des projets individuels étaient de cinq ans à l'occasion du renouvellement de l'orientation COTOREP.

Il est toutefois à noter que depuis longtemps, les travailleurs accueillis à l'ESAT bénéficient des congés annuels, de la période d'essai rémunérée : seuls les congés exceptionnels n'étaient pas autorisés et la subrogation en cas de maladie pas encore acquise.

Avant d'analyser plus en détail le fonctionnement de l'ESAT dont je suis la directrice, je vais expliquer ce que sont les particularités d'un ESAT par rapport à d'autres établissements médico-sociaux.

1.2 LES PREROGATIVES DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES D'AIDE PAR LE TRAVAIL

1.2.1 Naissance des ESAT : du travail pour les « déficients mentaux »

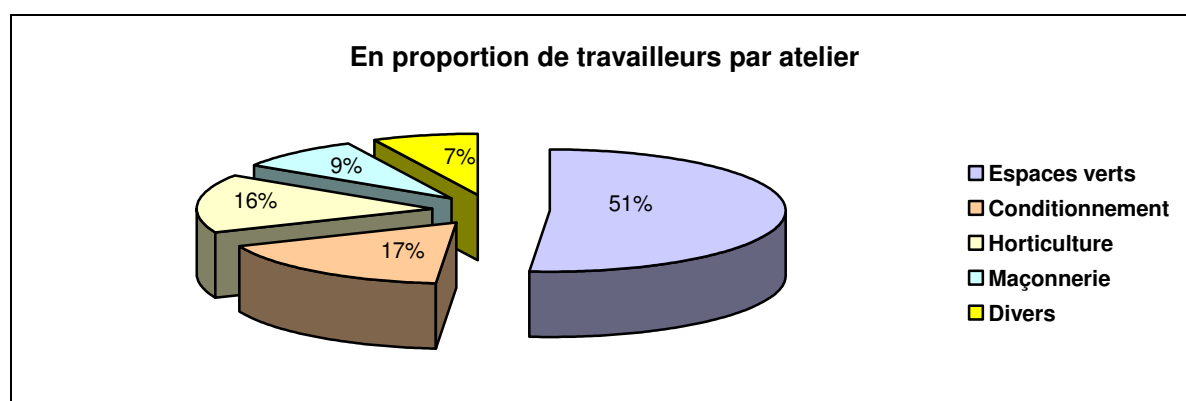
Nous avons vu qu'en période de plein emploi, la France s'est préoccupée de mettre en place des solutions pour aider les personnes handicapées mentales à s'inscrire dans le monde du travail.

Les structures ouvertes dans ce cadre, les Ateliers Protégés et les CAT, se sont adaptées à une population de déficients mentaux : prise en charge à temps complet, tâches répétitives, production demandant beaucoup de main d'œuvre et peu de qualification.

¹⁰ Actualité européenne disponible sur le site www.touteurope.fr/index.php?&id=63&cmd=FICHE&uid=1320&cHash=6629f248ef.

¹¹ ZRIBI G. et SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*. Rennes : ENSP Editions, 2003, p. 47.

Schéma n° 1 : Les activités économiques de l'ESAT



Toutes ces activités, ou presque sont tournées vers l'extérieur et surtout permettent à la quasi totalité des travailleurs d'être en contact avec des clients que ce soit à l'intérieur de l'ESAT ou à l'extérieur. Effectivement, même si l'activité horticole se pratique au sein de l'ESAT, nos serres sont ouvertes 6 jours sur 7 au public. De plus, cet atelier offre la possibilité d'aller vendre sur des marchés locaux en toute autonomie. Mais, ces prestations demandent une grande assurance de soi (vente) ou alors des travaux assez physiques qui correspondent bien à la population de personnes handicapées mentales. Seul le conditionnement sera à développer car il ne représentait jusqu'alors qu'un atelier de moindre importance accueillant les travailleurs « fatigués » des espaces verts.

Comme dans la plupart de ces établissements, le personnel qui a été embauché à l'ESAT en tant que moniteur d'atelier est formé à des métiers manuels comme la maçonnerie, l'entretien des espaces verts, l'horticulture et le conditionnement. Seulement deux moniteurs sur 10 sont formés en tant qu'Éducateur Technique Spécialisé (ETS). Les équipes pluridisciplinaires n'étaient pas très renforcées en matière médicale et paramédicale.

Seuls les CAT qui avaient passé des conventions avec les hôpitaux psychiatriques avaient des personnels plus tournés vers le médical et l'accompagnement psychologique.

Dans l'ESAT dont je parle, le temps imparti à la psychologue (0,25 ETP) et à la psychiatre (0,05 ETP) n'a pas été augmenté depuis le passage de l'ESAT de 45 à 70 travailleurs. Or, la population que nous accueillons maintenant relève de plus en plus de la psychiatrie : c'est un élément qu'il faudra que je prenne en compte afin que nous continuions à respecter notre double mission d'insertion professionnelle et d'accompagnement médico-social personnalisé.

1.2.2 La double mission des ESAT : l'insertion professionnelle et le soutien médico-social

Les missions des ESAT sont encore définies par l'article 167 du Code de l'Action Sociale et des Famille (CASF) au travers de la loi 75-534 du 30 juin 1975 : « les centres d'aide par le travail, comportant ou non un foyer d'hébergement, offrent aux adolescents et adultes handicapés, qui ne peuvent, momentanément ou durablement, travailler ni dans les entreprises ordinaires ni dans un atelier protégé ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile ni exercer une activité professionnelle indépendante, des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, un soutien médico-social et éducatif et un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et leur intégration sociale ».

La circulaire AS 60 du 8 décembre 1978, qui constitue un des seuls textes de référence explicitant la vocation des CAT, fait ressortir la dualité entre les deux fonctions des CAT : une structure médico-sociale chargée d'apporter sécurité et soutien et une structure de mise au travail soumise à des contraintes économiques. Aujourd'hui, depuis la loi du 11 février 2005, il ne reste plus que les CAT (devenus ESAT) dans le champ du travail protégé, alors même que le conseil de l'Europe reconnaissait en 1992 dans sa recommandation n° R(92) 6 : « 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 ». ¹² C'est une reconnaissance de la mission des ESAT comme dispositif alternatif à l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap.

Les missions des ESAT se situent sur deux plans. Un premier plan où elles sont médico-sociales et éducatives : leurs objectifs sont de rendre la personne handicapée plus apte à assurer un travail, plus autonome, plus responsable, et ce par des actions de soutien personnalisées et individualisées. La circulaire 60AS les distingue en deux types :

- Les soutiens de 1^{er} type liés au travail et le plus souvent assurés par l'accompagnement technico-éducatif du moniteur : apprentissage des gestes professionnels, du travail en équipe et parfois au travers d'actions d'alphabétisation ou de formation professionnelle.

¹² 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.

- Les soutiens de 2^{ème} type qui peuvent prendre des formes très variées comme l'accompagnement dans des projets extra-professionnels (sports, culture), dans l'éducation à la vie quotidienne (respect de l'hygiène).

Ces activités sont balisées par la circulaire 60 AS qui prévoit en tout quatre heures hebdomadaires pour 35 heures de travail. Dans l'ESAT dont il est question dans ce mémoire, seuls les premiers sont réalisés par les moniteurs eux-mêmes lors des divers travaux effectués chez nos clients.

Le deuxième plan est la mise au travail : l'usager a une activité professionnelle de production, créatrice d'une valeur ajoutée, redistribuée aux travailleurs handicapés sous forme de rémunération. Il est de plus en plus demandé aux ESAT une efficacité en matière d'insertion des travailleurs handicapés dans le milieu ordinaire (cf. les derniers indicateurs de performance médico-sociaux : voir annexe 1). Actuellement, le taux de réinsertion annuelle est inférieur à 1% notamment parce que les employeurs sont réticents face à l'embauche d'une personne handicapée mais aussi parce que l'instabilité de nos publics ne plaide pas en leur faveur. Par contre, certains travailleurs pourront acquérir des compétences professionnelles et les faire valider au travers de la validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et obtenir ainsi une employabilité supérieure à condition que nous puissions les aider à s'inscrire dans une certaine stabilité.

Il résulte de cette double mission une dualité qui se retrouve même dans les sources de financements de l'établissement.

En effet, d'une part 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 (sous contrôle de la DDASS), sous forme d'une dotation globale (arrêtée par le Préfet) qui sert à financer la partie médico-sociale (BPAS : Budget Principal d'Action Sociale) et d'autre part, les prestations réalisées chez nos clients qui servent à financer le Budget Annexe de Production et de Commercialisation (BAPC). Ce sont les revenus du budget annexe qui financent les rémunérations des travailleurs handicapés pour la partie directe. La dotation globale de fonctionnement actuelle est de 11 737 € (en 2006) à la place alors qu'en 2006 la moyenne nationale s'élevait à 11 597 €. La demande budgétaire de 2007, tenant compte de l'extension des 14 places, le coût à la place devrait diminuer pour n'atteindre plus que 11 243 euros. Mais pour autant, l'ESAT prenant en charge des personnes handicapées psychiques, dont l'accompagnement est plus lourd et la productivité pas forcément très élevée (absences répétées...), le coût à la place doit rester en cohérence.

Ci-après, je joins les deux comptes administratifs de l'ESAT pour l'année 2006 et le budget prévisionnel (BP) médico-social 2007 car lui seul intègre la dernière extension de places. Ces éléments permettent de mieux appréhender la réalité économique de l'ESAT que je dirige.

Tableau n° 1 : Comptes administratifs 2006 et BP médico-social 2007, exprimés en euros

		CA 2006 médico-social	BP 2007 médico-social	CA 2006 commercial
Dépenses	Groupe I : dépenses afférentes à l'exploitation	74 981	90 479	181 663
	Groupe II : dépenses afférentes au personnel	601 801	665 881	628 203
	Groupe III : dépenses afférentes à la structure	90 437	106 625	144 688
	TOTAL dépenses	767 219	862 985	954 554
Produits	Groupe I : Produits de la tarification	657 259	786 985	0
	Groupe II : autres produits relatifs à l'exploitation	68 095	67 292	960 945
	Groupe III : produits financiers et produits non encaissables	8 708	8 708	1 226
	TOTAL produits	734 062	862 985	962 171
Résultat		- 33 157		7 617

Ce tableau permet de voir que le CA de la section médico-sociale est déficitaire en 2006 mais, pour l'essentiel, à cause du départ à la retraite de l'ancien directeur dont les indemnités n'avaient pas été provisionnées. S'y est rajouté une augmentation des charges sociales qui n'étaient pas prévisible lors de l'établissement du budget prévisionnel. Quant au CA commercial, il est excédentaire et pour la première fois de seulement 7 000 €.

Le groupe II du CA commercial est réparti avec 431 437 euros de chiffre d'affaire et 529 508 euros d'aide au poste.

Le chiffre d'affaire sert au paiement d'une partie de la rémunération garantie qui se compose :

- du salaire direct soit 7 % du Salaire Minimum de Croissance (SMIC) dans l'ESAT dont on m'a confié la charge ; la rémunération financée par l'établissement ou le service d'aide par le travail doit être supérieure à 5 % et inférieure ou égale à 20 % du SMIC¹³ pour avoir droit à l'aide au poste maximale.
- de l'aide au poste qui est financée par les crédits d'action sociale de l'État et s'élève à 50 % du SMIC au prorata du temps travaillé.

Pour compléter cette rémunération, le travailleur d'ESAT perçoit un complément d'AAH¹⁴ (Allocation Adulte Handicapé) qui est fonction de ses revenus et est versé soit par la caisse d'allocation familiale soit par la Mutualité Sociale Agricole (MSA) comme c'est le cas dans cet établissement.

Pourtant, actuellement, ce sont les missions économiques de l'ESAT que je dirige qui ont pris une place importante afin de respecter les équilibres financiers, notamment du budget annexe. Ainsi, l'ESAT ne proposait pas forcément des formations adaptées aux personnes qui auraient pu avoir le potentiel d'aller travailler dans le milieu ordinaire : deux personnes ont pu tout de même accéder à des emplois en contrat à durée indéterminé (CDI) en dehors de l'ESAT.

Je constate que ce sont des personnes déficientes mentales qui ont pu accéder à ces postes. En effet, malgré leurs potentialités, les personnes handicapées psychiques intégrées à l'ESAT, sont en difficulté dans leur confrontation avec le monde extérieur et ont besoin d'un cadre rassurant. Pour essayer de les orienter vers le milieu ordinaire, il faudra donc qu'elles se stabilisent à l'ESAT et dans leur vie sociale pour ensuite se sentir suffisamment sécurisées et stables de manière à accepter un emploi dans le milieu ordinaire.

¹³ Le maximum était de 15 % et vient d'être ramené à 20 % par la loi du 11 février 2005 : article 2 du décret 2006-703 du 16 juin 2006.

¹⁴ L'AAH est accordée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées pour une durée de 1 à 5 ans. Financée par l'Etat, elle est versée par la Caisse d'allocations familiales, sous conditions de ressources. Depuis le 1er janvier 2007 et dès que le titulaire de l'AAH perçoit la rémunération garantie versée aux travailleurs handicapés en ESAT, ses revenus d'activité en ESAT sont pris en compte pour le calcul de l'AAH, à l'exception, le cas échéant de la prime d'intéressement à l'excédent d'exploitation que l'ESAT peut décider de lui verser.

1.2.3 Les personnes orientées en ESAT : une capacité au travail réduite

Les établissements ou services d'aide par le travail accueillent des personnes handicapées dont la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH commission qui s'est substituée aux anciennes COTOREP) a évalué que les capacités de travail ne leur permettent, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel :

- ni de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée (ex atelier protégé) ou pour le compte d'un Centre de Distribution de Travail à Domicile (CDTD),
- ni d'exercer une activité professionnelle indépendante. Les ESAT leur offrent des possibilités d'activités diverses à caractère professionnel, ainsi qu'un soutien médico-social et éducatif, en vue de favoriser leur épanouissement personnel et social.

La personne handicapée qui souhaite bénéficier d'une orientation professionnelle doit en faire la demande à la CDAPH en utilisant le formulaire de demande unique. La commission prend une décision provisoire d'orientation. À l'issue de la période d'essai (habituellement de 6 mois mais pouvant être prolongée de 6 mois complémentaires) au sein de l'ESAT, la commission prononce la décision définitive d'admission. La période d'essai peut être réduite ou prolongée selon le cas.

Le décret du 16 juin 2006 prévoit dans son Art. R. 243-3. que « *La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut décider d'orienter vers les établissements et services d'aide par le travail des personnes handicapées dont la capacité de travail est supérieure ou égale au tiers de la capacité normale lorsque leur besoin d'un ou de plusieurs soutiens médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, expressément motivés dans la décision, le justifie et ne peut être satisfait par une orientation vers le marché du travail* ».

C'est ainsi, que seront orientés vers les ESAT, de plus en plus de populations subissant soit un handicap psychique, soit un handicap social.

Ces établissements n'avaient pas forcément été créés pour ce type d'usagers mais bien pour des personnes déficientes mentales.

L'ESAT, dont je suis la directrice, fait bien partie de cette catégorie puisqu'il accueillait, pour l'essentiel des personnes handicapées mentales qui venaient majoritairement d'établissements spécialisés comme les IME ou les ITEP (Institut Educatif Thérapeutique et Pédagogique) et il s'était adapté à ce type de travailleurs.

De fait, le projet d'établissement et le mode d'accompagnement des usagers ne sont plus tout à fait en adéquation avec la population accueillie aujourd'hui à l'ESAT.

Ces dernières années, mon prédécesseur avait mis en place un certain nombre de mesures permettant aux personnes handicapées psychiques de l'ESAT de profiter de conditions particulières : temps partiels, aménagement du temps de travail pour assister à des groupes de parole à l'extérieur de l'établissement, absence autorisée pour les rendez-vous chez le psychiatre assurant le suivi...

Mais, force est de constater que ces adaptations ne sont pas suffisantes car ces personnes sont dans des situations personnelles complexes qui « parasitent » leur accueil au sein de l'ESAT.

1.3 L'EVOLUTION DES POPULATIONS ACCUEILLIES A L'ESAT CES DERNIERES ANNEES

1.3.1 Au départ, une majorité d'handicapés mentaux

Comme l'association gestionnaire de cet ESAT a été créée pour un public de déficients mentaux (comme elle se définit), cet établissement s'était spécialisé dans cette population. Or, les évolutions des politiques publiques en matière de prise en charge de la maladie mentale, notre situation géographique dans une ville de plus de 400 000 habitants (avec un pôle médical spécialisé en psychiatrie important : un CHU et deux cliniques psychiatriques) et la récente définition du handicap incluant clairement le handicap psychique, font que la population que nous accueillons a largement évolué.

Jusqu'à il y a une dizaine d'année, l'ESAT comportait une population relativement homogène avec une grande régularité quant à leur présence au sein de l'établissement. Nos activités se sont donc naturellement tournées vers l'extérieur avec, sur huit ateliers, cinq en espaces verts, un en maçonnerie et un spécialisé dans la rénovation d'appartement et de locaux administratifs (peinture, tapisserie,...). Nous pouvions alors compter sur l'effectif complet des équipes afin de finaliser nos contrats commerciaux.

Effectivement, le handicap mental est un handicap de la compréhension, de la communication et de la décision. Il peut être accompagné ou non de troubles du comportement mais en règle générale, il est stable dans le temps et la personne qui le subit est elle aussi plutôt stable : peu ou pas d'absentéisme, ...

Pourtant, comme l'exprime déjà en 1989 la circulaire émanant du ministre des affaires sociales et rédigée dans le cadre de la refonte des annexes XXIV (destinée aux enfants mais par extension prémisses des futures lois de 2002 et 2005 pour l'ensemble des personnes souffrant de handicap) « *La déficience mentale, ou son niveau, ne peut plus être considérée de manière univoque comme un état définitif, fixé, sur lequel un simple apprentissage, limité*

et adapté, suffirait ». Et aussi « *Le diagnostic médical n'est indicatif que de la cause de la déficience intellectuelle et n'autorise pas à faire l'économie de l'évaluation complexe des capacités cognitives et interactives* ». Dans le temps l'utilisateur déficient mental évolue peu mais, quoiqu'il en soit, il a une constance quant à sa présence à son travail. Celui-ci est, en effet, une réelle reconnaissance de sa participation à la vie sociale : « je fais comme tout un chacun ».

Le tableau ci-après présente les déficiences principales dont étaient atteints les travailleurs handicapés accueillis il y a dix ans (données collectées auprès du médecin psychiatre de l'établissement selon la nomenclature des handicaps de 1989¹⁵) en comparaison à la population de 2006.

Les données sont en pourcentages et non en nombre, puisque l'établissement a eu une extension de 14 places fin 2006.

Tableau n° 2 : Répartition des usagers par déficiences primaires

Déficiences	1996	2006
12 : Retard mental profond	37,8	28,5
13 : Retard mental léger	29,3	19,3
23 : Troubles de la conduite et du comportement	11,8	13,4
24 : Déficience du psychisme en rapport avec des troubles psychiatriques graves	21,1	38,8
TOTAL	56 travailleurs	70 travailleurs

Nous voyons bien que la population d'aujourd'hui est composée de près de 40 % de personnes atteintes de déficiences psychiques alors qu'en 1996 elles ne représentaient que 20 %. Or, nous nous étions adaptés jusque là, et de façon empirique, aux 20 % de personnes atteintes d'un handicap psychique qui pouvaient bénéficier, en fonction de leurs besoins et de leurs pathologies, d'un temps de travail réduit et d'activités à l'intérieur de l'ESAT comme l'horticulture ou le conditionnement. Aujourd'hui, en 2007, je dois mettre en place un accompagnement plus spécifique pour ces personnes qui représentent tout de

¹⁵ Arrêté A.20.12.1984 mod. du 9 janvier 1989 - Nomenclature des déficiences, incapacités et désavantages - B.O. n° 8 du 23 fév. 89 - MENS8950092A

même 28 usagers sur 70 et pour qui j'observe beaucoup d'absentéisme, des hospitalisations fréquentes, parfois un isolement et surtout un mal être constant et un manque de prise en considération de leurs particularités.

Tableau n° 3 : Absentéisme en jours, ramené au prorata de chaque population

	Maladie en %	Congés sans solde en %	Temps partiels	Abandon en nombre
Handicap mental 43 TH	3,4	0,8	2	1
Handicap psychique 27 TH	15,3	4	7	4

D'ailleurs, comme ce que nous leur proposons actuellement ne leur est pas adapté :

- soit elles quittent l'ESAT : turnover important avec un accompagnement qui ne s'inscrit pas dans la durée (moyenne de prise en charge de seulement deux ans pour cette population).
- soit elles sont ré-hospitalisées en hôpital psychiatrique (HP),
- soit elles viennent travailler de moins en moins régulièrement avec un taux d'absentéisme pouvant atteindre 20% dans certains cas.

Les missions de l'ESAT ne sont donc plus remplies pour une partie des usagers et je dois m'employer à y remédier, dans un premier temps en comprenant mieux la population concernée et dans un deuxième temps en leur trouvant des solutions personnalisées.

1.3.2 Depuis 10 ans, une part plus importante des handicapés psychiques

1.3.2.1 Différences entre maladie mentale et handicap psychique

De manière à mieux comprendre ces 40 % de la population accueillie, je dois la caractériser et pour cela établir en quoi elle est très différente des personnes en situation de handicap mental.

Certains auteurs comme G. ZRIBI et J. SARFATY qui disent que « *sans nier la légitimité clinique de ces deux notions de handicap mental et de handicap psychique, on constate que certaines caractéristiques peuvent être communes, comme les difficultés importantes de compréhension et d'adaptation ou les troubles graves de la personnalité et de comportement. La différence est qu'elles n'apparaissent pas dans les mêmes proportions*

*dans l'un et l'autre cas : un handicap mental prévalent avec troubles de la personnalité et un handicap psychique avec évolution déficitaire ».*¹⁶

Mais, cette approche peut être réaliste quand il s'agit seulement de la mise au travail mais plus lorsque l'on considère le projet de vie avec les difficultés de socialisation que rencontrent les personnes atteintes d'un handicap psychique : je ne parle pas là d'isolement mais bien de repli sur soi, de peur de l'autre et d'enfermement.

En tout premier lieu, j'aimerais lever une ambiguïté entre maladie mentale et handicap psychique et en cela je vais m'appuyer sur les travaux menés par le réseau GALAXIE (65 bd Côte Blatin à Clermont Ferrand).¹⁷

« *La maladie mentale est caractérisée par toute perturbation des fonctions mentales et, par conséquent, des comportements qu'elle commande* ». (Source : Handiformation Auvergne).

La maladie mentale peut être appréhendée sous des angles divers :

- Du côté de la psychiatrie, les maladies mentales sont connues, caractérisées et classifiées. Même si elles ne sont pas guéries, elles sont tout au moins soignées, voire stabilisées. Leurs évolutions sont en général prévisibles et leurs manifestations sont plutôt contenues. Ces constats se fondent sur la forte évolution scientifique menée à la fois dans les domaines des traitements, de la génétique, de la neuropsychologie et des connaissances psychopathologiques. C'est à partir d'un diagnostic que le secteur psychiatrique élabore et met en œuvre un projet de soins (traitement, accompagnement...).
- Pour les acteurs de l'insertion professionnelle, la maladie est vécue comme une difficulté à appréhender le fonctionnement de la personne : « comme on ne sait pas décoder, à partir de notre cadre de référence, le comportement paraît bizarre, donc atypique et imprévisible... ». Il leur est aussi difficile d'admettre, comme dans toute maladie chronique, que la stabilisation n'est pas définitivement acquise, qu'il n'y a pas au sens strict de guérison, qu'un risque de rechute est donc possible. Et enfin il faut comprendre que le processus d'apprentissage est altéré et ne fonctionne plus par accumulations successives de capacités.
- Sur le plan général l'état des connaissances de la maladie mentale ne laisse pas escompter à priori de guérison. Les effets de cette maladie ont souvent un caractère chronique et évolutif qui en rendent leur gestion difficile. Il existe aussi des symptômes résiduels, qui persistent malgré les traitements, et d'autres provoqués par les

¹⁶ ZRIBI G. et SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*. Rennes : ENSP Editions, 2003, p. 18.

¹⁷ Les informations sur le réseau Galaxie sont disponibles sur www.reseau-galaxie.fr

traitements eux-mêmes (effets secondaires). L'ensemble de ces symptômes limite l'insertion. Les caractéristiques et les contraintes de notre organisation sociale sont aussi des freins à l'insertion. Les personnes soignées pour maladie mentale restent très sensibles à toute modification de leur accompagnement.

L'ensemble de ces éléments a des conséquences en terme de désavantages et d'incapacités et produit une situation de handicap.

Ce handicap psychique ne doit pas être confondu avec la maladie elle-même. En effet, la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, adoptée à l'assemblée mondiale de la santé en mai 2001¹⁸, présente le handicap comme le résultat de l'interaction des caractéristiques de santé des facteurs personnels d'un individu, d'une part, et des facteurs environnementaux d'autre part. Il s'agit donc des conséquences de la maladie mentale, des conséquences fonctionnelles, sociales, cognitives... dans une situation donnée.

Les différents champs du handicap psychique peuvent être établis ainsi :

- Le champ cognitif qui concerne le repérage spatio-temporel, la concentration et la mobilisation de l'attention...
- Le champ des habiletés sociales qui sont les liens et repères sociaux, la mobilisation des savoir-être et des habiletés comportementales, la gestion de l'hygiène de vie, les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.
- Le champ des habiletés professionnelles qui touchent la vitesse d'exécution, la mobilisation des savoir-faire, l'endurance, les habiletés fonctionnelles et décisionnelles.
- Le champ de l'identité personnelle qui est une construction dynamique de l'unité de la conscience de soi au travers de relations intersubjectives, des communications du langage et des expériences sociales¹⁹.

Dans l'établissement dont je suis la directrice, l'ensemble de ces définitions nous permet de mettre en lumière les 28 personnes venant du secteur de la psychiatrie, en terme d'accompagnement professionnel mais surtout d'insertion sociale.

Pour eux, le travail n'est pas une fin en soi mais bien un des moyens mis à leur disposition pour sortir d'un isolement certain dans lequel la maladie mentale les maintient.

Le tableau ci-dessous établi une analyse des priorités de l'ensemble des travailleurs de l'ESAT en opposition des deux groupes : les personnes en situation de handicap psychique

¹⁸ OMS. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de santé. Genève : OMS. 2001

¹⁹ R. DORON, F. PAROT. Dictionnaire de psychologie. PUF, 2007.

et celles en situation de handicap mental. Ces éléments ont été recueillis auprès de tous les travailleurs lors de la récente mise en place du contrat d'aide et de soutien et de la formalisation de leur projet individuel.

Tableau n° 4 : Besoins et attentes en fonction des bénéficiaires

Bénéficiaires	Besoins	Attentes
Handicapés mentaux	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Des rythmes de travail adaptés et individualisés ✓ Des soutiens spécifiques dans les actes de vie quotidienne ✓ Un travail autour du maintien des acquis ✓ Une aide pour accompagner leur vieillissement ✓ Parfois faire un stage dans un autre ESAT... pour voir ✓ Gagner sa vie 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Rester à l'ESAT ✓ Ne jamais être inoccupés à l'atelier ✓ Aller chez des clients ✓ Conserver le statut de travailleur ✓ Etre mieux rémunéré
Handicapés psychiques	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Trouver à l'ESAT des conditions de travail adaptées à la poursuite d'une activité professionnelle ✓ « Ne pas rester devant la télé à griller des cigarettes » ✓ Se réinsérer socialement et professionnellement ✓ Le travail peut avoir une vertu thérapeutique ✓ Travailler c'est accéder aux signes de la normalité ✓ Aide au passage entre le monde de la maladie et celui du travail 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouvoir « poser sa valise » tout en bénéficiant d'un accompagnement adapté ✓ Ne pas passer toute sa vie en ESAT ✓ Reprendre une formation de préférence diplômante ✓ Bénéficier d'un détachement en entreprise une fois stabilisé

C'est bien leur maladie et surtout ses effets qui les mettent en situation de handicap même si leur niveau intellectuel est bon, leurs capacités irréfutables et leur potentiel travail excellent. Pourtant, il leur est impossible de s'inscrire normalement dans la vie quotidienne de par leur fatigabilité (prise de psychotropes ou autres traitements neuroleptiques, enfermement psychique dans la maladie qui ne laisse plus de place à la réflexion...).

C'est à force d'essais, d'allées et venues entre le domicile (indépendant ou en famille) et le lieu de travail, de prise en compte de leur maladie et du suivi médical nécessaire, de dialogue entre l'ensemble des structures qui les accompagnent, qu'un réel projet de vie peut être mis en place afin de soulager la souffrance qui est la leur.

1.3.2.2 Les raisons qui prévalent à l'augmentation du nombre de personnes reconnues handicapées psychiques dans notre ESAT

Comme je l'ai précisé antérieurement, la progression de la population venant du secteur psychiatrique ne cesse d'augmenter pour plusieurs raisons que je me propose d'inventorier. La décentralisation du secteur psychiatrique depuis a été mise en place il y a 30 ans et un bref historique sur le secteur sanitaire psychiatrique me paraît nécessaire pour expliquer, en partie l'accroissement du nombre de personnes handicapées psychiques que nous retrouvons dans le milieu protégé du travail. Depuis la libération (2^{ème} guerre mondiale), les institutions psychiatriques ont connu une profonde rénovation, en particulier depuis la « politique de secteur » et le développement des alternatives à l'hôpital. Pour rappel, la circulaire n° 340 du 15 mars 1960 indiquait que « le principe essentiel de l'organisation de lutte contre les maladies mentales » doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie et que l'hospitalisation « ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement qui a commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure ». Pourtant, l'hôpital reste au centre du dispositif pour les patients qui ne peuvent pas, d'emblée, être replacés dans le milieu social ordinaire²⁰. Cette désinstitutionalisation qui s'est alors mise en place a été rendue possible, notamment, grâce à « *la sensibilité à l'expérience concentrationnaire et aux droits de l'homme, un regard critique sur l'hospitalisation psychiatrique, l'avènement des psychotropes, l'émergence de mouvements de consommateurs usagers et la contrainte budgétaire* »²¹.

De 1950 à 1990, le nombre de lits d'hospitalisation complète est passé de 120 000 à 60 000 pour n'atteindre plus que 46 500 en 2004 (39 391 en milieu public et 7 751 en établissement privés non lucratif²²).

²⁰ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2006 (2^{ème} édition), p. 4.

²¹ Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM). *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* ENSP : 2005, p. 9.

²² DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). *Les établissements de santé en 2004*. Etudes et résultats n° 456, décembre 2005, p. 7.

En résumé, le mouvement de sectorisation et les progrès réalisés dans le domaine des traitements médicamenteux se sont traduits par une dé-hospitalisation et une participation à la vie sociale des personnes qui autrefois étaient maintenues dans des structures de soins. Celles-ci s'adressent aujourd'hui souvent aux acteurs de l'intervention sociale qui ne sont pas toujours au fait des problématiques liées à la maladie mentale.

L'augmentation du nombre de personnes atteintes par la maladie mentale est réelle puisqu'en France, elle touche près de 4 millions de personnes dont 1,8 millions en âge d'exercer un métier, quel que soit le milieu socio professionnel. Elle atteint principalement le jeune adulte, puis la personne mature, notamment à partir de 60 ans, dans une courbe croissant rapidement avec l'âge. Un foyer sur 4 est donc concerné et on pense qu'à l'horizon 2020 ce sera une personne sur 4 qui présentera un épisode pathologique dans sa vie psychique²³. En France, 600 000 familles, d'après le livre blanc des partenaires de Santé Mentale²⁴ sont touchées par le handicap psychique et 90% des malades vivent dans la cité.

Aussi, le handicap psychique est enfin réaffirmé par la loi du 11/02/05 dans son terme revendiqué depuis de nombreuses années par l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM). En 1975, dans la loi d'orientation au profit des personnes handicapées, il n'est fait nulle allusion aux personnes handicapées psychiques. Tout au plus, cette loi évoque-elle les « malades mentaux », mais en termes restrictifs : « *les CAT ne peuvent accueillir plus de 20 % de malades mentaux* ». Son article 46 qui envisageait la création de structures spécifiques pour malades mentaux n'a jamais vu de décret d'application²⁵. A l'époque les personnes souffrant de troubles psychiques étaient considérées que comme des malades et ne pouvaient pas, à ce titre, bénéficier des structures accueillant des personnes handicapées.

Il aura fallu attendre le XXIème siècle pour que ceux qui étaient considérés comme « fous » ne soient plus rejetés par la cité et soient reconnus comme souffrant d'un handicap au même titre qu'une personne atteinte de handicap mental ou physique.

Pour finir, le nombre de places d'ESAT a augmenté ces dernières années que ce soit dans le secteur de Montpellier ou au niveau national : 100 000 places sont offertes en France grâce aux ESAT et 8 000 supplémentaires sont créées actuellement (3 000 pour 2005 et

²³ Dossier de presse des deuxièmes rencontres des partenaires de la santé mentale à Paris. 16 mars 2006, p. 2.

²⁴ SANTE MENTALE France. Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Paris : Editions de Santé, 2001, p. 12.

²⁵ BAPTISTE R., *Reconnaître le handicap psychique*. Lyon : Chronique sociale, 2005, p. 146.

2 500 entre 2006 et 2007)²⁶. Dans l'Hérault dix sept ESAT représentaient environ 1 000 places en 2000 à 1 217 (pour 1 253 personnes accompagnées) en 2005. En 2006, 23 places ont été créées et il était question de 76 pour 2007.²⁷ Ainsi, les listes d'attente se sont résorbées. De plus, au vue de la scolarisation en milieu ordinaire d'un plus grand nombre d'enfants handicapés, il y a une diminution du nombre de jeunes venant des IME et IMPRO car ils sont très souvent orientés vers des structures de prise en charge plus lourde (ATO ou SACAT). Effectivement, les établissements d'enseignement spécialisé accueillent plus d'enfants avec des troubles complexes comme l'autisme et pour qui la mise au travail n'est pas une priorité. Ainsi, la majorité des candidatures que nous recevons émanent de personnes en situation de handicap psychique. Ceci est d'autant plus vrai, que la récente extension de notre ESAT de 14 places s'est réalisée dans ce contexte.

Cette situation n'est pas unique dans la ville de Montpellier, puisque les quatre autres ESAT rencontrent les mêmes difficultés. D'ailleurs, le récent PRIAC Languedoc-Roussillon déposé le 26 juin 2007 en Préfecture de Région fait état d'une programmation prévisionnelle d'une extension en 2007 d'un ESAT situé au nord de Montpellier, afin d'accueillir 20 personnes souffrant d'un handicap psychique et de la création d'un ESAT de 50 places pour une population similaire.

Il est nécessaire de s'attarder sur les différences fondamentales qui existent entre le handicap mental et le handicap psychique :

- « du côté du handicap psychique, les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives, tandis que du côté du handicap mental, la déficience est toujours présente,
- du côté du handicap psychique, les soins restent très importants, tandis que du côté du handicap mental, ils peuvent être marginaux,
- et surtout, du côté du handicap psychique, la variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements incessants.

²⁶ Circulaire DGAS/3B n° 2005-196 du 18 avril 2005 relative à la campagne budgétaire 2005 des établissements et services d'aide par le travail (chapitre 46-35, article 30) au sens de l'article L312-a) du CASF.

²⁷ *Rapport d'orientation budgétaire pour 2007, relatif aux établissements et services d'aide par le travail, financés par l'Etat.* DDASS de l'Hérault dans un courrier du 3 avril 2007.

Ces derniers peuvent épuiser les meilleures volontés. Du côté du handicap mental, la fixité des incapacités est, à priori, plus compatible avec des solutions durables »²⁸.

1.3.3 Aujourd'hui, la nécessaire mise en place d'un projet de vie différent pour les travailleurs handicapés psychiques de l'ESAT

Il résulte de cette situation de handicap psychique une grande souffrance que vivent les personnes qui le subissent. Les mots du Livre Blanc pour le décrire sont : « *la maladie psychique est une agression fondamentale pour l'être humain. Mais ici, 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 surmontable de la maladie réside dans le caractère excessif, absolu et interminable des manifestations de ces dépendances* »²⁹.

En résumé, le trouble psychique « *affecte plus particulièrement les capacités relationnelles et, par conséquent, un des problèmes majeurs de cette population est l'isolement* »³⁰.

La description précédente des troubles, qui occasionnent le handicap psychique, nous prouve qu'il faut aller plus loin que la loi 2002-2. Celle-ci nous impose le projet individuel qui doit permettre, en ce qui concerne l'ESAT, de maintenir à minima les acquis mais le but théorique étant de tendre vers la sortie en milieu ordinaire de travail.

Il ne s'agit donc pas seulement de performances ou de capacités professionnelles mais bien de parcours de vie ou comme le préconise la loi du 11 février 2005 d'un réel projet de vie qui devra prendre en compte, comme l'explique le rapport n° 2005-03 du conseil économique et social³¹ :

- un parcours chaotique, en dent de scie : le parcours d'insertion des personnes n'est jamais linéaire. Des rechutes sont possibles, dues à la maladie elle-même, aggravée par une confrontation trop dure avec les réalités du monde du travail ou par des

²⁸ Santé Mentale France. Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, associations d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Propositions faites lors des réunions de juin 2001, p. 12

²⁹ Ibid. p. 4

³⁰ Ibid. p 11

³¹ Conseil Economique et Social Régional Rhône-Alpes. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. Rapport n° 2005-03. Assemblée plénière du Conseil Economique et Social du mercredi 19 janvier 2005, p. 9.

difficultés extraprofessionnelles insuffisamment résolues (logement, difficultés à organiser le quotidien...).

- Des allées et venues entre milieu ordinaire et milieu protégé : difficiles à prévoir, ils sont compliqués à organiser en raison de l'instabilité liée à la maladie durant laquelle des périodes de rémission alternent avec des périodes de rechute.
- Un isolement lié parfois au trouble lui-même et aux difficultés de la personne.
- Des conséquences sur l'entourage : d'une manière générale, toute situation de handicap bouleverse les équilibres familiaux et oblige à réorganiser la vie quotidienne. Dans le cas du handicap psychique, dans la durée, la maladie introduit des relations complexes entre la personne et son entourage. Ses spécificités, la grande variété des situations et la grande variabilité de chacune d'elles, supposent des ajustements constants de la part de l'entourage ; elles ont des conséquences tant sur les soignants que sur les aidants familiaux : inquiétude, épuisement, souffrance psychique...

Ses caractéristiques distinguent des autres formes de handicap, le handicap psychique ; il appelle de ce fait des réponses spécifiques et adaptées.

Il faut inscrire la personne dans un système de soins, d'accompagnement social, d'autonomisation, de choix à accomplir tant au niveau du travail que de son projet de vie, et en cela, un établissement comme l'ESAT que je dirige ne peut pas prendre en charge seul, cette globalité.

Pour toutes ces raisons, il me semble impératif de revoir, au moins pour partie, notre mode de prise en charge des travailleurs qui était jusqu'à présent, comme je le disais précédemment, centré essentiellement sur le travail.

Seulement, comme je peux le constater, les personnes en situation de handicap psychique ont, au moins dans un premier temps, besoin de se sentir « sécurisées » tant dans l'accompagnement social que dans un travail dont le lieu, les modalités, les tâches à accomplir sont identifiés et bien cadrés.

Je devrai réinventer un mode d'accompagnement tant au niveau du protocole d'admission (rencontre jusqu'à présent avec les seuls directeur et psychologue), que du lieu d'accueil quotidien qui pourra être autre que l'atelier pour une réunion rapide afin de rassurer la personne, ou bien du réaménagement des temps de repas et de vestiaires qui jusqu'à présent imposent une promiscuité difficilement supportable aux personnes souffrant d'un handicap psychique. Il résulte de ces manquements une montée d'agressivité générale car

la cohabitation entre les deux population n'est pas toujours bien perçue par l'ensemble des travailleurs.

Comme je l'ai déjà évoqué, il résulte de cette inadéquation de notre réponse à l'accompagnement de ces personnes un absentéisme important, des rechutes, des abandons (rares sont celles qui restent plus de deux ans).

Or, comme cette population est de plus en plus présente dans notre établissement, et ce de façon irrémédiable, je dois impérativement transformer peu ou prou l'ESAT de façon à mieux les accompagner et donc à remplir les missions qui nous sont confiées.

Je devrai réaliser cette mutation en mettant en exergue ce que dit le plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité (mai 2003)³², « *les personnes handicapées psychiques sont à la fois malades et en situation de handicap... Pour ces personnes, la maladie mentale et le handicap sont inséparables. Par contre les professionnels et services susceptibles d'intervenir dans ces deux domaines pour apporter une aide sont le plus souvent différents* ».

Pour cela, l'ESAT ne peut pas aider seul et durablement, cette population à s'inscrire dans la cité comme tout un chacun.

Je devrai aller chercher les compétences où elles se trouvent afin de mutualiser les moyens soit dans d'autres secteurs comme le sanitaire (les personnes handicapées psychiques nécessitant une constance dans les soins), mais aussi en ouvrant l'ESAT aux partenaires qui accompagnent également ces personnes (service de l'emploi, service sociaux, familles...)

Comme le dit J.P. Escaffre dans son théorème, « *je constate que pour un degré d'état de santé donné, la probabilité d'hospitalisation d'un individu est inversement proportionnelle à la capacité de soutien de son réseau social* »³³.

C'est en rassurant les personnes atteintes de handicap psychique que nous pourrons réaliser correctement nos missions : un ESAT est une institution sociale destinée à des handicapés peu productifs qui peuvent bénéficier de soutiens psychosociaux.

³² UNAFAM. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. Mai 2003, p. 1.

³³ ESCAFFRE J.P. Réseaux sociaux et prise en charge hospitalière, *Cahiers de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*, 1988, n° 2, p. 40.

Nous trouvons, dans le schéma départemental de l'Hérault, 2005-2009, des personnes adultes handicapées p. 36 : « *La prise en compte de la dimension de santé mentale dans les établissements et services pour personnes handicapées est également problématique. En effet, la population accueillie dans ces structures présente de manière très habituelle des problèmes psychiques qui peuvent dérouter, voire mettre les équipes en difficulté sérieuse. La faible médicalisation des établissements et services en interne et la difficulté (parfois l'impossibilité) d'accès rapide à un praticien, à l'externe, peuvent aboutir à des situations dommageables pour l'utilisateur lui-même, pour les autres et pour l'équilibre institutionnel. C'est ainsi que toute la chaîne sanitaire, sociale et médico-sociale doit être articulée de manière souple, réactive et coordonnée* ».

Une des priorités départementales au niveau médico-social pourrait être la mise en réseau des établissements et services qui aident les personnes handicapées psychiques à s'inclure dans la société. Ce réseau pourrait être investi par les organes de soins que sont les hôpitaux et les cliniques psychiatriques et ainsi chacun amènerait « sa pierre à l'édifice » en fonction de ses compétences et de ses attributions. Ce travail de collaboration nous obligera à une remise en question tant de nos modes d'accompagnement que des solutions que nous apportons aux travailleurs de l'ESAT en situation de handicap psychique.

2 - LE RESEAU, UN ENJEU POUR ALLER PLUS LOIN DANS L'ACCOMPAGNEMENT

Les pratiques professionnelles de l'ESAT sont remises en cause par cette population car elle modifie notre environnement institutionnel et notre mode d'accompagnement (qui devra être assoupli). Nos liens étaient établis depuis longtemps, au travers des personnes handicapées mentales, pour lesquelles nous rencontrons régulièrement les foyers d'hébergement, les services d'accompagnement à la vie sociale et parfois la famille. Or, comme l'exemple que je prends ci-dessous avec la représentation schématique³⁴ de ce qu'est la schizophrénie et ce qu'implique cette maladie, les personnes en situation de handicap psychique nécessitent un traitement plus large de leurs difficultés.

Schéma 2 : quels traitements pour la schizophrénie



Le traitement doit allier trois actions conjointes : chimiothérapie (neuroleptiques), psychothérapie et réhabilitation psychosociale (cf. schéma). « Un large consensus éthique

³⁴ LALONDE P. *Qu'est ce que la schizophrénie ?* MD et coll. Gaëtan Morin éditeur. Disponibilité : <http://www.schizophrénie.qc.ca/FR/Infos/index.html>

existe sur les objectifs de la prise en charge qui doit lutter contre l'évolution naturelle de la maladie, et ainsi éviter à ces personnes : la mort psychique, conséquence des symptômes négatifs, l'errance, les actes antisociaux, la désinsertion, conséquences des symptômes positifs, et l'exclusion sociale radicale, conséquences des difficultés relationnelles. »³⁵

Il est bien question de créer du lien autour de ses personnes atteintes d'un handicap psychique qui, sans un tel dispositif, s'isole de plus en plus pour arriver même à la rupture avec leurs proches (dit réseau primaire). L'enjeu du travail social est bien sa capacité à maintenir et à renforcer un entourage protecteur pour la personne, que ses acquis se situent dans les relations primaires ou dans la mise en œuvre de dispositifs secondaires.

2.1 LE RESEAU ET L'IMPLICATION DES PARTENAIRES

Quel que soit le système de collaboration que je dois mettre en place, je vais m'appuyer sur ce que dit Marcel JAEGER ³⁶ « *il est essentiel que les dispositifs psychiatriques, sociaux, médico-sociaux avancent vers des modes de coopération qui tiennent compte, par delà leurs logiques propres, de la réalité complexe et instable des besoins des personnes en difficulté* ».

On parle beaucoup de réseaux de soins qui eux trouvent un cadre légal au travers des ordonnances d'avril 1996. Rendus obligatoires, ces réseaux ont pour finalité première de rechercher la rationalisation du système de santé français.

Pour ce qui est des réseaux médico-sociaux, ils sont informels, rarement « répertoriés » et connus. Je vais en faire une description de manière à mieux les appréhender, connaître leurs objectifs et voir comment ils s'inscrivent dans le champ médico-social.

2.1.1 Réseau et partenariat : des différences majeures

Il me paraît important de faire la distinction entre ces deux termes de manière à mieux expliquer le choix du réseau. En effet, dans le secteur social et médico-social ils sont souvent considérés comme synonymes : nous parlons de réseau de partenaires.

Je vais d'abord commencer par expliciter le sens du mot partenariat qui est un arrangement dans le cadre duquel des gens travaillent ensemble à la réalisation d'un projet commun. Il a pour objectifs :

- « *l'économie et la multiplication des ressources* ;

³⁵ BESANCON M.N. *On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux*. Paris. Editions de l'Atelier, 2007, p.164.

³⁶ JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social*. 2^{ème} ed. Paris : Dunod, 2006, p. 4.

- *la pertinence des réponses et leur efficacité sur le terrain ;*
- *la transversalité des pratiques et le décloisonnement des compétences ;*
- *l'innovation sociale ;*
- *la régulation des pouvoirs sur le terrain ;*
- *le contrôle en amont ou en aval par l'autorité politique ou administrative. »³⁷*

Constitué par les institutions sociales ou médico-sociales, le partenariat ne tire pas son existence des individus mais des fonctions à remplir, il s'agit de fournir un service particulier, les relations sont déterminées par des normes précises.

Le partenariat se définit par la mise en place de conventions ou de contrats, signés entre un organisme financeur, ou des organismes privés comme des associations. Ils comportent des objectifs précis et un système d'évaluation annoncé.

Le terme de partenariat est plus restrictif que celui de réseau. Celui-ci implique plus d'interlocuteurs et surtout n'est pas construit pour les institutions ou services... mais bien autour d'un usager.

L'étymologie du mot réseau renvoie au mot latin « rétis », traduit par filet soit un « ouvrage formé d'un entrelacement de fils ». Si autant d'activités humaines se prévalent d'utiliser des réseaux (informatiques, électrique, sanguins...) c'est simplement parce que le réseau se révèle être indissociable du vivant qui exige en permanence des flux, des échanges.

Dans le secteur médico-social, on peut reprendre ce terme de filet par un maillage sur lequel la personne handicapée psychique peut s'appuyer afin d'être actrice de son projet de vie.

Le principe du réseau repose sur une logique de bon sens et sur un vieil adage qui dit que « l'union fait la force » avec de l'entraide et du partage.

« *Le réseau se fonde sur quelques principes :*

- *La personne au centre de l'action pour une adaptation des réponses au plus près de ses choix et de son intérêt ;*
- *Des volontés d'acteurs qui cherchent à coopérer ensemble ;*
- *La mutualisation des ressources et des compétences dans une même finalité ;*
- *La souplesse d'intervention en réponse à la complexité des besoins et à la fluidité des territoires ;*
- *Le réseau n'est jamais acquis. Il est en construction permanente, en perpétuel mouvement. »³⁸*

³⁷ LEFEVRE P. Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales. 2^e ed. Paris : Dunod, 2003, p. 57.

³⁸ Ibid. p. 60.

Pascal GALLAND, Médecin coordinateur du réseau Ville-Hôpital du Centre Hospitalier de Béziers dit du réseau (en se référant à l'expérience acquise par le réseau médico-social de Béziers) : « *Il est évident que pour qu'un réseau fonctionne correctement, il est nécessaire qu'y participent tous les acteurs des différents champs concernés. Cependant, pour travailler ensemble, ces différents professionnels doivent avoir en commun des objectifs clairs tels que la volonté d'aider les usagers, d'être à leur écoute, de respecter leur dignité, leur individualité, leur droit à la confidentialité. Cela fonde un ensemble de valeurs qu'il est nécessaire de préciser et que chaque professionnel doit partager. Ces valeurs forment un socle, une référence éthique, les fondations d'un accord collectif pour travailler ensemble dans la même direction.* »³⁹

Les auteurs qui s'inspirent de « l'approche réseau » insistent sur la flexibilité induite par le fonctionnement non hiérarchisé et non centralisé.

Parfois, la notion de réseau est donc pertinente mais il ne faut pas la confondre avec une de ses fonctions : le support social. La pratique montre des oscillations dans le recours au soignant qui coïncide avec le recours à d'autres réseaux. Il ne s'agit pas de créer un réseau « totalisant » prenant en charge tous les aspects de la vie des usagers. L'intervention psychothérapeutique vise à aider la personne à définir progressivement ses besoins, ses projets et ses désirs. Les Travaux de M. Sassolas (psychiatre à Lyon)⁴⁰ montrent qu'il y a une distinction entre la fonction soignante et la place du social et qu'il s'agit bien de permettre à l'utilisateur de retrouver une place et non de se substituer à lui en induisant une dépendance.

Pour ce psychiatre, la notion de réseau renvoie à deux aspects qui ont parfois tendance à se superposer :

- les divers lieux et personnes avec lesquels le patient et l'équipe soignante entretiennent des relations.
- Les liens sociaux avec d'autres groupes ou associations qu'une personne peut trouver à titre de soutien.

Les personnes handicapées psychiques prises en charge dans l'ESAT, ont quasiment toutes un suivi psychiatrique soit en ambulatoire (CMP), soit par des psychiatres libéraux. Toutefois, pour ceux qui ne sont pas dans ce cas, il nous faut essayer de faire en sorte qu'un accompagnement psychiatrique soit mis en place car l'ESAT n'est pas un lieu de soin.

³⁹ Actes des 4^{ème} et 5^{ème} journées d'études de l'Association Biterroise pour l'Accès au Droit (ABAD). "Accès à la dignité, accès au(x) droit(s), accès à la justice : bilans et perspectives" 26 et 27 octobre 2000.

⁴⁰ SASSOLAS M. Les Portes du soin en Psychiatrie. Paris : Erès, 2002.

Pour aider au mieux ces personnes en situation de handicap psychique, nous devons travailler en collaboration avec les différentes équipes qui les accompagnent.

En résumé, je peux dire que le réseau représente l'ensemble des interventions conduites en faveur des personnes en difficulté afin de leur permettre l'accès, le maintien, voire le retour à une situation considérée comme étant susceptibles de leur offrir les meilleures garanties de sécurité, de mieux-être, d'autonomie et de développement personnel. Il ne faut pas oublier que pour être efficace, le réseau doit s'appuyer sur la mobilisation des ressources du bénéficiaire et de son environnement qui sont des facteurs clef dans la capacité de l'utilisateur à être acteur de son propre devenir.

Le réseau, souvent informel, doit être créé pour répondre à des besoins précis et mis en place par des individus. Il vise à partager des ressources et n'a pas pour prétention de couvrir tout un territoire mais apparaît souvent comme un substitut aux appareils défaillants.

Pour construire du lien social il est indispensable de créer des espaces communs d'échanges, de paroles, de rencontres et de relations. C'est une des compétences importantes qui nous est aujourd'hui demandée par les pouvoirs publics.

C'est donc bien parce qu'il y a un manque dans notre prise en charge des personnes handicapées psychiques qu'il faut que je travaille en réseau pour satisfaire les demandes, implicites ou explicites, qui nous sont faites par les travailleurs.

Sur ces bases, je vais présenter les structures essentielles à la mise en place d'un réel projet de vie pour ces personnes atteintes d'un handicap psychique de manière à mieux les connaître pour mettre en place le réseau.

2.1.2 Les établissements et services pouvant être impliqués dans le réseau

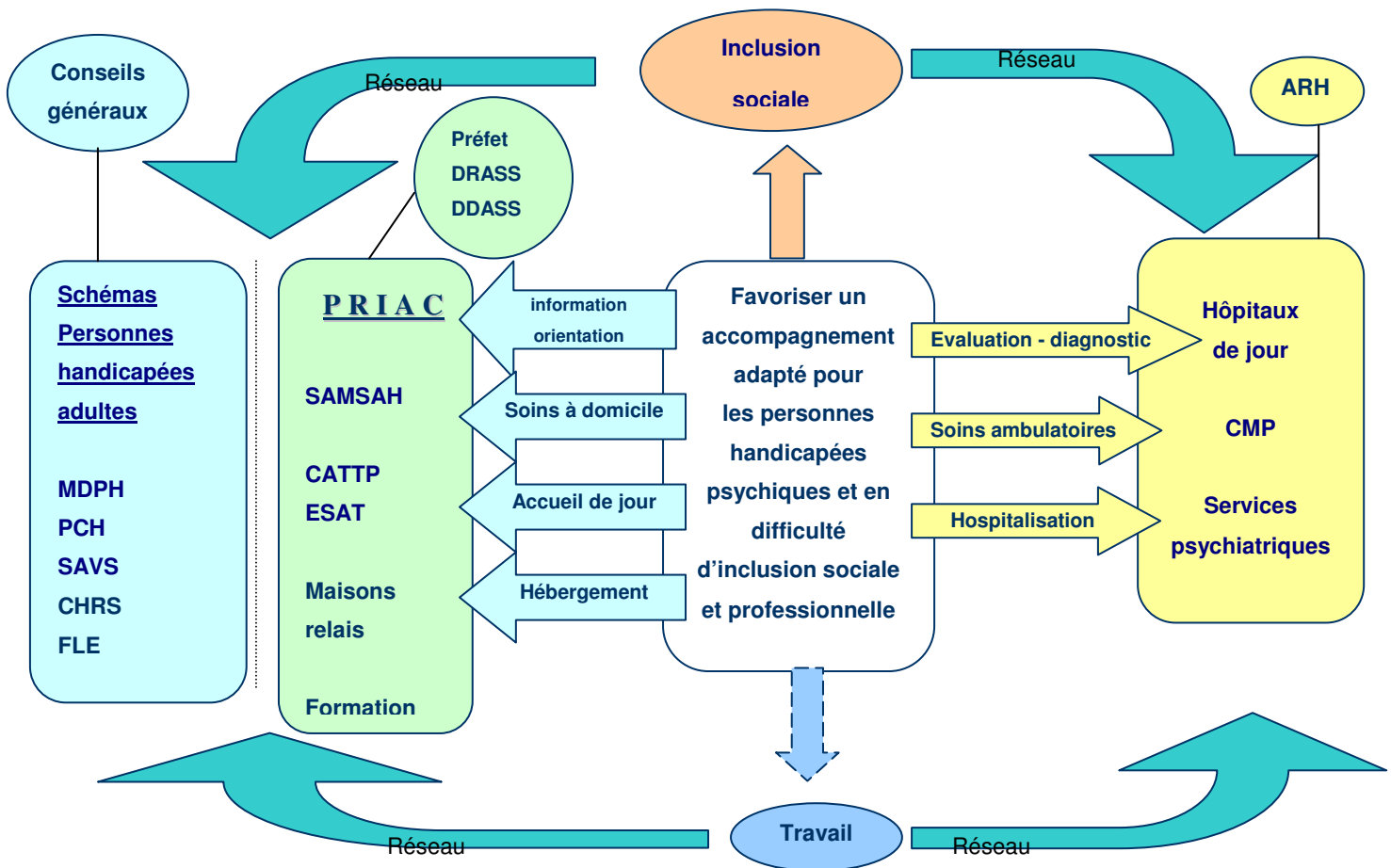
L'ensemble des organisations gravitant autour des personnes handicapées psychiques peuvent à un moment ou à un autre être appelées à participer au réseau. Le réseau étant, par définition quelque chose de mobile et de non défini les acteurs ne sont pas identiques et fluctuent en fonction de la personne à accompagner.

Directrice de l'ESAT, je constate que la vie des personnes en situation de handicap psychiques est un équilibre instable : le travail ne peut fonctionner que si l'hébergement, le suivi social, le soin, l'entourage ou la famille ne défont pas.

C'est pour cela que le réseau peut comporter aussi bien les organismes de curatelles (UDAF, GERANTO SUD), la MDPH, l'hôpital psychiatrique, les SAVS, les SAMSAH, les

CMP, CATTP, les structures d'hébergement, les GEM (ou club), les associations de parents comme l'UNAFAM voire les maisons relais (initiées par la Circulaire DGAS/SDA n° 2002-595 du 10 décembre 2002 qui sont « destinées à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire »).

Schéma 3 : Un réseau possible à l'accompagnement de la personne handicapée psychique travaillant en ESAT



Dans ce schéma, on voit que le bénéficiaire de chaque structure reste acteur de son projet de vie même si pour atteindre ces objectifs il nécessitera un accompagnement dans un ensemble de structures qui, elles, doivent toujours rester en lien.

Je vais décliner l'ensemble des partenaires que nous pourrons retrouver lors de la mise en place des réseaux : cette liste n'est pas exhaustive puisque, comme je le disais, le réseau n'est pas figé.

La Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) : depuis 2006 une MDPH est installée dans chaque département et devient le lieu unique d'accueil, d'orientation et de reconnaissance des droits pour les personnes handicapées et leurs familles. Elles sont mises en place et animées par le conseil général, elles associent : le conseil général, les services de l'État, les organismes de protection sociale et les associations représentant les personnes handicapées. Elles constituent un réseau local d'accès à tous les droits, prestations et aides, qu'ils soient antérieurs ou créés par la loi du 11 février 2005.

La MDPH met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire chargée notamment :

- d'évaluer les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie,
- de proposer un plan personnalisé de compensation du handicap.

La maison départementale avait pour mission d'assurer l'aide nécessaire à la personne handicapée et à sa famille pour formuler son projet de vie. L'équipe pluridisciplinaire réunit des professionnels ayant des compétences médicales ou paramédicales (orthophoniste, par exemple) et dans les domaines tels que la psychologie, le travail social, la formation scolaire et universitaire, l'emploi et la formation professionnelle.

Sa composition devrait donc permettre d'évaluer les besoins de compensation du handicap, quelle que soit la nature de la demande et le handicap. Elle peut varier en fonction des particularités de la situation des personnes handicapées.

C'est le premier maillon de la chaîne à partir du moment où la personne handicapée psychique sort du secteur strict du soin.

Par contre, à l'heure actuelle, la MDPH est surtout un partenaire pour aider à la construction du projet de vie par l'orientation que donne la CDAPH. Pour qu'elle devienne efficiente au niveau de l'aide aux personnes il faudra, entre autre, plus de moyens financiers et surtout une volonté politique. Le rapport d'information du Sénateur Paul Blanc déposé au Sénat le 3 juillet 2007 fait état de ces difficultés.

L'hôpital psychiatrique lui-même peut être associé dans des logiques réseau car certaines personnes handicapées psychiques, avant même de quitter définitivement l'hôpital peuvent continuer à y être hébergées la nuit tout en venant travailler à l'ESAT en journée. En plus, comme je le disais précédemment, il découle des politiques publiques sanitaires la diminution des lits de psychiatrie avec la promotion d'une alternative à l'hospitalisation comme un atout majeur dès les années 60. La circulaire du 15 mars 1960 a inauguré officiellement la sectorisation.

Les Centres Médico-Psychologique (CMP) qui découlent de cette sectorisation sont des établissements publics rattachés à un hôpital psychiatrique qui regroupent des spécialistes et proposent une offre de soins psychiatriques pris en charge par la sécurité sociale. Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales et des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Contrairement aux praticiens libéraux, les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la sécurité sociale. Les CMP sont en charge d'un secteur géographique déterminé ; ils sont rattachés à un hôpital public. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.

Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) sont un des moyens du dispositif « santé mentale » mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Ils consistent à proposer aux patients des actions de soutien et de thérapie de groupe visant à maintenir, ou à favoriser, une existence autonome (arrêté du 14 mars 1986).

Sous l'autorité du praticien, des membres de l'équipe pluridisciplinaire de secteur (psychologue, psychomotricien, infirmiers..) organisent des activités à visée thérapeutique qui s'appuient entre autres sur la musique, la peinture, l'expression corporelle, le théâtre. Elles favorisent par le biais de ces médiations, les approches relationnelles, la communication, l'affirmation de soi. Ce ne sont pas, à priori, des structures de remise au travail, mais certains ateliers thérapeutiques ont cet objectif et peuvent ainsi passer des conventions avec des ESAT.

Le CATTP propose ses activités en séquences d'une demi-journée dans lesquelles se présentent les patients en fonction du projet thérapeutique défini avec eux. Chaque individu peut avoir des temps de présence variables mais les horaires d'ouverture ne sont que du lundi au vendredi ce qui rend les fins de semaine difficiles pour certains usagers.

Les Services d'Accompagnement Médico-sociaux pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ont été institués, comme les SAVS, par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005. Ce sont des structures innovantes. Ils proposent un accompagnement renforcé en soins par rapport aux services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et se présentent comme une nouvelle alternative à l'institution pour une catégorie de personnes qui, jusque-là, n'avaient pas accès au milieu ouvert.

Ce sont encore des structures récentes mais qui devraient se développer car bien souvent, les personnes en grande difficulté sociale nécessitent des soins : psychiatriques, dentaires, de médecine générale.

Les SAMSAH ont un financement conjoint département et caisse d'assurance maladie pour la partie soins.

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ont pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale.

Pour cela, elles bénéficient d'aide éducative et d'activités d'insertion professionnelles.

Lorsque la personne est admise son séjour est en principe de 6 mois. Cette durée peut être renouvelée : la demande est à effectuer, auprès du préfet, par le directeur du centre avec un exposé des motifs. Le renouvellement doit être motivé par un projet d'insertion.

Les Foyers Logement Eclaté (FLE) sont des foyers où les personnes accueillies sont suffisamment autonomes pour occuper seules ou à plusieurs résidents un appartement en ville. En parallèle, il y a un accompagnement à la vie sociale avec des activités qui peuvent être proposées, soit en journée pour ceux qui ne travaillent pas, soit en soirées pour les autres. Ce sont des structures ouvertes 7j/7 avec au moins une permanence le week-end.

Pour y entrer, le résident doit avoir obtenu une orientation CDAPH. Sur Montpellier les listes d'attente sont importantes malgré l'extension, en 2007, de deux structures une pour 12 places et l'autre pour 30.

Les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) découlent de la loi du 11 février 2005 avec le décret 2005-223 du 11 mars 2005. Ils ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire, universitaire ou professionnel et en facilitant l'accès des personnes handicapées à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Leur mission est d'assister et d'accompagner des personnes fragiles dans tout ou partie des actes essentiels à l'existence ainsi qu'une prise en charge sociale en milieu ouvert. Ils n'ont pas pour vocation d'aider exclusivement les personnes travaillant en ESAT, mais leur appui nous est très important lorsque cette structure est déjà en place, lors de l'arrivée du travailleur dans notre établissement.

Quand ce n'est pas le cas, nous essayons toujours d'aider la personne de manière à ce qu'elle puisse intégrer un des SAVS de la ville et ce en fonction de la pathologie repérée.

Dans le cadre d'accompagnement des personnes handicapées psychiques, le SAVS est primordial car il permet d'avoir du lien social en dehors du travail.

Les Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) ont été prévus par la loi du 11 février 2005 et affinés par la circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupements d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques. Les GEM ont pour objectifs d'aider à rompre l'isolement, de restaurer et de maintenir les liens sociaux, de redonner confiance en soi. Ils offrent un accueil convivial dans de larges plages horaires, permettent l'écoute, l'échange, l'information et l'aide mutuelle, le choix et l'organisation d'activités culturelles et de loisirs.

Je reviendrai ultérieurement sur ces récents dispositifs que sont les GEM car ils feront partie des structures clefs pour la mise en place du réseau.

Ce que je retiens de l'ensemble de ces établissements est, pour l'essentiel, leur pluridisciplinarité et la possibilité d'envisager l'ensemble des points nécessaires à la mise en place d'un projet de vie pour inscrire les personnes en situation de handicap psychique dans la cité. Mais pour ce faire il faut impérativement que tous les acteurs se connaissent et sachent ce que chacun d'eux peut apporter au réseau dans un objectif commun : l'accompagnement personnalisé du bénéficiaire.

2.1.3 La communication et la pluridisciplinarité, clefs de voûte d'un réseau qui fonctionne

« Un réseau n'a de sens que s'il est le lieu de communication et de collaboration entre les acteurs hétérogènes. Il doit être marqué par le caractère non hiérarchique des relations entre ses membres. Il faut pour cela qu'il y ait un projet commun et des bénéfices pour chacun. Ce peut-être une recherche d'efficacité mais aussi une volonté de réduire les sources d'incertitude auxquelles chacun est confronté »⁴¹.

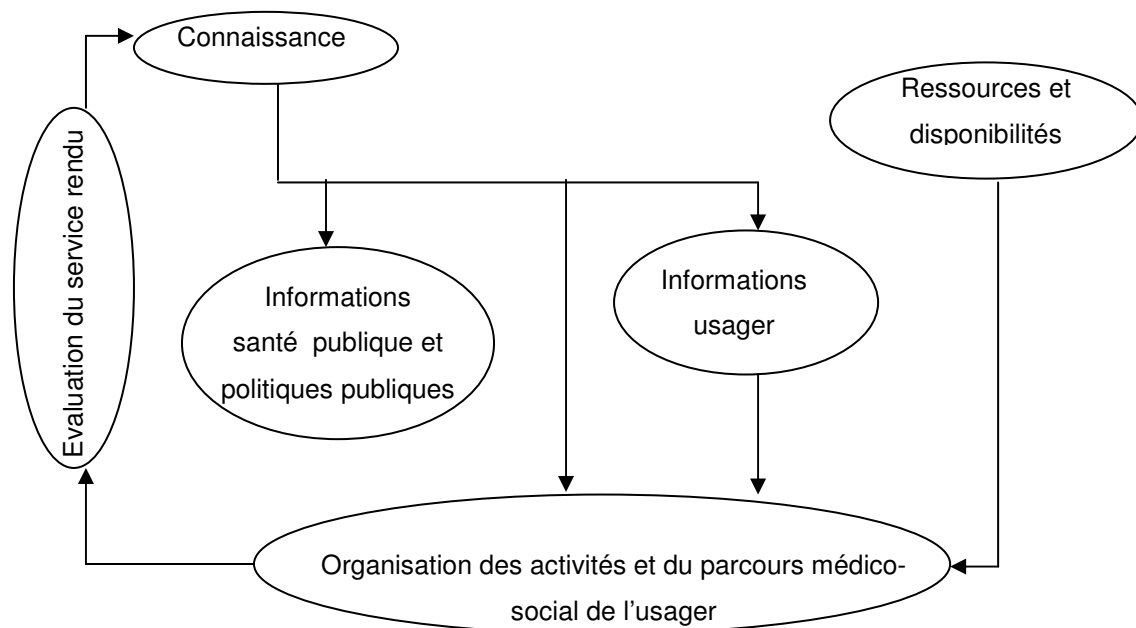
Le lien avec l'approche globale est évident : cette approche, au bénéfice de la personne, ne fonctionne que si les modes de communication et les échanges entre professionnels occupant des fonctions et des métiers différents, se font sur un plan d'égalité et de complémentarité.

L'accompagnement d'un de nos travailleurs qui nécessite des interventions multiples s'appuie sur la connaissance du rôle et du cadre de travail des autres partenaires. Chacun doit être capable de comprendre et d'expliquer clairement ce que l'autre peut ou ne peut pas

⁴¹ VILLEZ M. *Quelles sont les modalités organisationnelles nécessaires pour que les différents acteurs s'inscrivent et collaborent à la prise en charge avec un traitement de substitution aux opiacées, au bénéfice des patients et dans la continuité des soins ?* Texte pour la conférence de consensus sur les traitements de substitution aux opiacées, FFA-ANAES – 2004.

faire. Il ne suffit pas d'additionner des personnes pour que les compétences de chacun soient reconnues et soient complémentaires. Cela exige un travail et un effort d'élaboration commune, des objectifs que l'on se donne, mais aussi un partage des cultures et des pratiques professionnelles respectives.

Pour l'établissement d'un projet de vie impliquant tous les partenaires, il est nécessaire que le partage des informations soit respecté de manière à ce qu'il n'y ait pas d'actions qui se recoupent mais aussi pour que le bénéficiaire n'ait pas la sensation de redire en permanence les mêmes choses. L'ensemble des informations qui peuvent être gérées par le réseau médico-social peut être résumé par le schéma suivant :



(Ce schéma s'inspire de celui réalisé par le Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) pour l'évaluation des réseaux de santé.)

En plus de toutes les informations qui seront nécessaires à l'accompagnement de l'utilisateur, la pluridisciplinarité est impérative, tant dans chaque établissement participant au réseau que dans le réseau lui-même de par ce que chacun amène. En effet, l'insertion sociale ne commence pas lorsque le soin est terminé. Le médical ne peut pas « prescrire » du social ou du psychothérapeutique, et, inversement, le médical ne peut pas être le simple prestataire de services des autres acteurs. Nous sommes bien dans un système de travail en réseau sans hiérarchie pyramidale où un partenaire ou participant au réseau serait compétent et les autres de simples exécutants, et non dans un système où chacun poursuit sa logique indépendamment des autres.

Mais, une des dérives possible au réseau, est qu'en recherchant l'efficacité on développe « une forme abusive de contrôle social sur l'utilisateur, par le partage d'informations convergentes et la mise en œuvre d'actions concertées. Les mailles du réseau peuvent se

resserrer dangereusement, l'utilisation non contrôlée des réseaux secondaires comporte le risque de générer un quadrillage social à l'encontre des libertés individuelles. L'association de l'utilisateur à la définition comme à l'évaluation de l'impact des actions est ici essentielle »⁴².

Tout en tenant compte de l'utilisateur, nous avons dans ce domaine de travail en réseau une large place pour l'innovation et l'expérimentation pour créer des dispositifs de nature à instaurer une interactivité permanente entre les approches psychosociales et médicales.

La notion d'équipe pluridisciplinaire n'est plus forcément suffisante pour répondre à ce besoin de créativité. La médecine devra accepter plus clairement de ne pas avoir l'exclusivité de l'action thérapeutique pour instaurer des relations nouvelles avec les autres structures participant à l'accompagnement de la personne en situation de handicap psychique. L'ESAT aussi, doit accepter de ne pas pouvoir couvrir tous les besoins de cette personne et donc de faire appel plus systématiquement aux services compétents. On voit bien que chaque élément de la vie de ces personnes interfère directement sur les autres : le travail sur son équilibre psychique, sa vie sociale et affective sur son travail, la maladie mentale sur l'ensemble...

2.2 UNE DOUBLE OPPORTUNITE : LE SANITAIRE ET LE SOCIAL

Le cœur du problème se situe bien lorsque la personne handicapée psychique n'est pas sur son lieu de travail, soit parce qu'elle est à temps partiel, soit qu'elle ne parvient pas à venir travailler. D'une part elle se pense en situation d'échec car elle s'est trouvée en incapacité de venir à l'ESAT, elle entre alors à nouveau dans la spirale d'isolement et de culpabilisation. D'autre part, l'ESAT rencontre ou risque de rencontrer de grosses difficultés pour équilibrer son budget commercial puisqu'il ne peut pas remplir correctement ses contrats (respect des délais...). Effectivement, il est très difficile pour la structure de gérer des temps partiels que ce soit en terme d'organisation de travail ou d'organisation matérielle (places dans les vestiaires non extensibles, temps des repas, traitement des dossiers par le secrétariat, nombre de places limitées dans les véhicules pour aller sur les chantiers...). Ceci est d'autant plus vrai que le financement du budget par dotation globale se base encore sur le nombre de places octroyées et non pas sur le nombre de personnes accueillies.

⁴² DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques de l'intervention sociale*. Paris : Dunod. 2006, p. 31.

2.2.1 Des savoir-faire diversifiés

Comme je viens de l'expliquer, chacun des prestataires de services du réseau doit préciser et faire connaître aux autres ses possibilités et ses objectifs de manière à être plus rigoureux dans les procédures d'orientation des personnes qui demandent de l'aide et qui, non seulement sont désemparées par ce qu'elles vivent, mais sont de plus perdues devant la complexité des dispositifs d'aide. Cette mise en connexion des intervenants devrait aboutir à ce qu'il n'y ait pas d'actions inutilement redondantes ou qui se gênent mutuellement.

L'ensemble de ces structures ou groupes n'intervient pas de la même façon auprès de la personne.

Si je considère l'angle du soin psychiatrique, je peux dire qu'en France, l'organisation actuelle de la psychiatrie reste fondée sur trois éléments principaux : l'hôpital, le secteur et la médecine de ville dont le financement est assuré par le budget de l'assurance maladie.

Depuis plusieurs années, on a fait croire aux patients psychiatriques qu'il suffisait qu'ils prennent un traitement médicamenteux pour aller mieux. Ce type de traitement est même encouragé par certains psychiatres. Il y a dans la psychiatrie un courant qui monte et qui tend à dire que tout est biologique, prévient Yves Froger psychiatre libéral à Lorient et secrétaire général du Syndicat des psychiatres d'exercice privé. Si le patient souffre d'un trouble psychique, c'est à cause d'un déficit neuronal ou cérébral. La personne en tant que sujet est mise de côté. On est en train d'aborder la psychiatrie uniquement sous l'angle de la science et des médicaments.⁴³

« Pourtant, c'est grâce à l'avènement de traitements efficaces que les aliénés qui étaient exclus de la société et passaient la majeure partie de leur vie dans des asiles, où ils trouvaient gîte et soins, peuvent revenir dans la communauté. Ceci n'est pas sans soulever d'importantes questions.

Les patients psychiatriques sont-ils tous intégrables dans la société ?

La communauté est-elle prête à les accueillir ?

Quelle est la qualité de vie de ces malades en dehors de l'hôpital ? Quelles institutions de soins ou médico-sociales faut-il développer pour favoriser leur insertion ? »⁴⁴

De plus, le nombre de psychiatres est en baisse que ce soit dans le secteur public ou privé : 1 500 postes de psychiatres vacants dans le public et sur les 13 200⁴⁵ praticiens environ en

⁴³ BEGUE B. Psychiatres au bord de la crise de nerfs. *Viva Magazine*. Décembre 2004.

⁴⁴ PAIAZZOIO J., JUIERET J.M., DE MAXIMY B. *De la relation entre maladie mentale, travail et insertion*. Janvier 2001. Disponible : www.medspe.com

⁴⁵ *Psychiatrie et santé mentale*. 2005-2008

exercice (dont 47% travaillent dans le privé), on estime qu'il en restera à peine 8 000 dans quinze ans à cause des départs à la retraite et du numerus clausus qui limite le nombre de professionnels formés.

En conséquence, le manque de moyens en personnel, en matériel et en financement fait que le secteur psychiatrique ne peut plus rester isolé.

« Il est clair, qu'il faut en finir avec la confusion ancestrale qui irrigue (ou assèche ?) la psychiatrie publique et qui lui fait croire qu'elle est toujours seule en charge, comme aux temps asilaires, en même temps du soin et de la totalité de la prise en charge sociale des personnes qui s'adressent à elle.

Dans la perspective évolutive actuelle des soins en santé mentale elle est bien incapable de continuer à assumer cette double responsabilité. Il faut qu'elle se recentre sur ses missions de soins et insiste sur le partage collégial des missions car elle est trop souvent repliée sur ses chapelles théoriques et ses « vérités », qui ne seraient pas partageables. »⁴⁶

Les professionnels de la psychiatrie doivent alors, après élaboration de projets de soin personnalisés, passer progressivement la main aux acteurs sociaux et médico-sociaux de façon plus ou moins complète en fonction des personnes.

La diversification des modalités de soins sectoriels de psychiatrie, avec le développement des prises en charge ambulatoires (et des séjours en hospitalisation de plus en plus courts), pose différemment la place de la personne handicapée psychique dans la société, et la positionne, désormais, résolument au sein de la Cité.⁴⁷

Ce retour dans la cité ne peut pas être une fin en soi et demande un réentrainement de la personne à la vie sociale, que ce soit au niveau de son quotidien ou à celui d'un réentrainement à l'accomplissement d'un travail.

Du point de vue de l'angle médico-social, la transition peut-être facilitée par un accompagnement psychiatrique à l'intérieur même des structures médico-sociale bien que la présence des psychiatres dans ces établissements reste faible. Actuellement 7 000 psychiatres, travaillant en moyenne 2 à 3 demi-journées par semaine, soit 2 000 équivalents temps plein (0,02 ETP par usager), prennent en charge 100 000 personnes. Mais cette prise en charge médicale reste, comme nous venons de le voir, insuffisante à la socialisation des personnes atteintes d'un handicap psychique.

En effet, comme le rappelle le président de UNAFAM du département de la Seine-Saint-Denis, il n'est pas rare qu'après les premières bouffées délirantes, qui conduisent

⁴⁶ PIEL E., ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission : 2001, p. 83.

⁴⁷ Délégation ANCREAI Ile-de-France. Groupe 5 : Le handicap psychique. Compte-rendu de la séance du 27 mars 2006.

généralement à une hospitalisation psychiatrique, la personne reprenne une vie normale, tente de se réadapter à son environnement et oublie cet épisode difficile. Mais les rechutes vont le plus souvent jaloner le parcours de vie de ces personnes, qui prennent contact avec le secteur psychiatrique au moment des crises, pour se mettre de nouveau à distance par la suite. Cette attitude à l'égard de la maladie et des soins est spécifique à la schizophrénie, « *le meilleur moyen de devenir normal après des bouffées délirantes étant d'oublier qu'on a été fou* »⁴⁸. Cette période de déni dure souvent une quinzaine d'années, au cours de laquelle la maladie s'aggrave et compromet la vie quotidienne et sociale de ces personnes ainsi que celles de leurs familles. Or ces personnes arrivent difficilement à garder un travail dans le milieu ordinaire, malgré une efficacité intellectuelle souvent performante, et s'adaptent difficilement à des structures de travail protégé conçues pour des personnes présentant une déficience intellectuelle. La vie dans un logement personnel est souvent problématique et nécessite un accompagnement médico-social pour gérer l'entretien du logement, les courses, les repas mais aussi les relations avec le voisinage.

Faute de modes de logement et de travail adaptés, une partie des personnes présentant un handicap psychique vivent chez leurs parents, souvent seuls et éprouvés face aux troubles et à la souffrance de leur enfant. En l'absence du soutien familial, les risques d'exclusion de ces personnes sont importants : errance, conduite addictive ou délictueuse.

C'est bien dans cette articulation que je dois inscrire l'ESAT, dont j'ai la responsabilité depuis bientôt un an, de manière à donner d'une part une meilleure image du travail protégé (souvent les handicapés psychiques n'ont pas fait le deuil d'une scolarité réussie, d'un cursus classique) et d'autre part de manière à les aider à accéder à un emploi, même si celui-ci leur paraît dévalorisant. Pour se faire, il est primordial d'être appuyé par l'ensemble des partenaires sociaux, médicaux, médico-sociaux et familiaux. Effectivement, une des caractéristiques du handicap psychique est la difficulté à surmonter l'échec. C'est la raison pour laquelle les structures visant à permettre le retour à l'emploi des personnes handicapées psychiques doivent être conçues dans une gradation de mesures afin de contourner les situations d'échec et d'éviter les ruptures de prise en charge.

Pour pouvoir bénéficier d'une vie autonome et citoyenne, le logement et l'emploi constituent deux domaines déterminants. Afin que la vie dans la cité ne se traduise pas par un isolement social ou un enfermement à domicile, la personne présentant des troubles psychiques doit pouvoir tisser des liens avec son environnement sans être stigmatisée : elle a souvent honte de l'image que leur renvoie notre société, celle de personnes folles et déficientes, où les diplômes acquis par le passé n'ont plus de valeur.

⁴⁸ Propos d'un psychiatre du groupe de travail ANCREIA Ile-de-France.

Or, quel que soit le lieu de la pratique professionnelle, le travail est associé à l'idée de normalité, c'est une activité identificatoire, dans le sens d'une recherche d'un milieu et d'une activité qui soient agents et témoins d'une modification du sujet en voie de guérison, mais souvent réduite à sa seule référence à un statut social : un salaire qui ouvre à la consommation. Ce salaire, parce qu'il permet de réussir socialement, de fonder une famille, est un gage d'autonomie. Parce qu'il rythme l'existence et ordonne le temps, le travail donne accès au temps libre et aux loisirs : sans travail, pas de temps libre et pas de temps de repos car pas de fatigue. Le travail est le lieu privilégié des rencontres sociales, il est source de relations, sociales et affectives. Autant de connotations positives, source de revalorisation narcissique, ainsi attachée à la notion de travail.⁴⁹

D'ailleurs le plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 » rappelle que « *la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées officialise, pour ceux qui se sont déjà engagés dans cette voie, ou encourage, la diversification des missions des établissements et services d'aide par le travail et leur adaptation aux besoins particuliers et évolutifs des travailleurs qu'il accueillent (mise à disposition d'entreprises, entretien des connaissances, maintien des acquis scolaires, formation professionnelle, actions éducatives d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale)* ». Par ailleurs, la loi crée un dispositif d'appui bénéficiant à la fois aux travailleurs handicapés qui quittent l'ESAT et à leur employeur, l'ESAT réalisant lui-même cet appui et s'engageant à reprendre son ancien travailleur en cas d'échec.

Ainsi, je dois rechercher cette intégration des personnes atteintes de troubles psychiques qui sont accompagnées dans l'ESAT que je dirige.

Au vu des éléments précédents, il serait présomptueux de ma part, de penser que l'ESAT peut seul aider à la réussite de cette intégration sociale. En effet, les journées réalisées à l'ESAT ne font que huit heures par jour (7 h de travail et 1 h de repas) voire même moins en cas de temps partiel.

L'intégration dans la cité passe donc par un projet de vie construit conjointement avec tous les acteurs qui accompagnent la personne souffrant de troubles psychiques.

⁴⁹ PAIAZZOIO J., JUIERET J.M., DE MAXIMY B. De la relation entre maladie mentale, travail et insertion. *Synapse*. Juin 2001, n° 177. Disponibilité : www.medspe.com

2.2.2 Des allées et venues plus aisées : entre sanitaire, médico-social et social

Prendre en charge globalement une personne ne signifie pas vouloir solutionner simultanément tous ses problèmes. D'ailleurs, la problématique des personnes en situation de handicap psychique se découpe difficilement. Elle forme un tout. Mais elle a, comme nous l'avons vu, différentes dimensions et aspects qui doivent souvent être abordés distinctement. Par exemple, un problème de logement devra être solutionné avant même de vouloir intégrer une structure de travail et une fois le logement trouvé ce sera peut être l'inverse qui se passera.

Parfois, surtout quand il s'agit de personnes handicapées psychiques, la stabilisation est longue à obtenir et le bénéficiaire oscille entre soins, travail, accompagnement social, maladie... et cette spirale peut durer.

A l'ESAT, quand les travailleurs ne sont pas encore stabilisés pour s'inscrire dans la durée, à savoir mener une vie classique de salarié astreint à des horaires, à des congés payés de cinq semaines seulement, nous sommes désarmés.

Aujourd'hui, lorsque la personne handicapée psychique est en incapacité de travail temporaire, que ce soit pour maladie ou pour absentéisme car elle a du mal, pour différentes raisons, à venir régulièrement à l'ESAT, nous avons seulement deux possibilités. D'une part sa démission avec toute la charge affective que cela peut procurer : nouvel échec, souvent plus de suivi médico-social... D'autre part un arrêt maladie soit avec une hospitalisation soit en restant à son domicile avec bien souvent pour elle une rupture de lien social et pour l'ESAT un « manque à gagner » puisque nous maintenons le salaire en cas de maladie (subrogation).

Nous savons que les six premiers mois dans l'emploi constituent une phase critique, tant le taux de rupture constaté est important :

- dans les trois premiers jours, du fait d'une confrontation trop brutale avec la réalité du monde du travail et des tensions générées par le niveau d'exigences techniques et relationnelles requis dans une activité professionnelle même si celle-ci s'effectue en milieu protégé,
- après trois mois : voyant sa situation s'améliorer, le travailleur décide d'arrêter les traitements médicamenteux ; les rechutes sont alors fréquentes. Ou parfois, il décide de quitter l'ESAT dans l'espoir de revenir vers le milieu ordinaire de travail,
- à six mois : l'enthousiasme lié au retour à la vie sociale et professionnelle fait souvent place à la déception et au découragement. Le travail n'apporte pas toujours le résultat escompté : salaire à la hauteur des ambitions, relations sociales toujours difficiles, promiscuité...

Il est primordial de permettre la possibilité au travailleur de réaliser des allées et venues entre les différentes structures de manière à ce qu'il ne se sente pas « piégé » dans un système de retour à l'emploi définitif et qui plus est en milieu protégé.

Il faudrait pouvoir mettre en place un temps d'adaptation en réalisant un parcours de transition entre la période d'hospitalisation et la réelle insertion professionnelle de manière à faciliter le passage du monde de l'assistance au monde de l'autonomie.

L'ESAT peut alors avoir toute sa place dans ce schéma à condition de pouvoir organiser des temps de réadaptation en partenariat avec d'autres structures comme les SAVS, les CATTP.

La dynamique du réseau prend ici tout son sens car elle permet de suivre tous les aspects de la vie d'une personne atteinte d'un handicap psychique.

Quand une personne est dans une phase nécessitant des soins, nous pourrions ainsi le réorienter vers l'équipe médicale qui la suivait habituellement.

Par exemple, un jour SR vient le matin avec des coupures réalisées en automutilation sur tous les avants bras et son moniteur m'interpelle immédiatement. Pour lui, travailler passe avant tout et naturellement il est venu, comme d'habitude, prendre son poste de travail. Or, l'ESAT n'est pas suffisamment structuré pour les soins (pour rappel les 0,05 ETP de psychiatre et 0,25 ETP de psychologue), j'ai alors immédiatement interpellé le service d'accompagnement à la vie sociale qui le suit et le psychiatre de manière à mettre en place très rapidement les soins dont il avait besoin même si lui, tenait à travailler avant tout. Quand il sortira, il retrouvera sa place dans son équipe afin continuer sa lente reconstruction.

Grâce aux liens qui se sont tissés autour de SR tout en respectant ses choix, en cinq mois de présence dans l'ESAT, je peux intervenir plus aisément dès que l'équipe sent qu'il y a un problème. Le SAVS, qui est une émanation de l'APAJH, est situé près de notre établissement et permet donc à SR de se sentir en confiance et dans un cadre balisé par les trois institutions (le SAVS, la clinique psychiatrique et l'ESAT).

Les personnes accompagnées de la sorte ont donc plusieurs lieux qu'elles peuvent investir de manière à éviter un isolement certain.

Ces accompagnements « à la carte » ne sont réalisables que quand les équipes ont l'habitude de travailler ensemble sur des projets communs.

Dans le cas présenté, le travail en réseau se résume juste à une communication d'informations et à adresser la personne au bon service au bon moment. Mais, dans les cas les plus classiques, il s'agira de travailler avec des usagers qui n'ont aucun repère en dehors de leur lieu de travail et de leur thérapeute et qui bien souvent sont socialement très isolés. Il est alors primordial pour eux de trouver des appuis sur lesquels s'appuyer en dehors des heures de travail : SAVS, GEM... voire des structures traditionnelles comme les Maisons

pour tous ou autres structures sportives et culturelles. Mais comme je le disais antérieurement, pour rencontrer ces services il est nécessaire qu'ils en aient connaissance que ce soit à travers nous, la MDPH, ... ou autre.

2.2.3 Des financements diversifiés : entre département, Etat et assurance maladie

J'ai cité les structures avec lesquelles nous aurons à travailler lors de la mise en place du réseau et d'ores et déjà je peux dire qu'elles ont toutes des financements différents en fonction de leur vocation. En effet, les structures d'accompagnement de l'utilisateur ont pour organismes financeurs plus particulièrement le département comme les structures d'hébergement mais l'ESAT et les GEM ont des financements d'Etat et les soins sont pris en compte par l'assurance maladie qu'ils soient réalisés à l'hôpital ou dans un CMP.

La loi handicap du 11 février 2005 pose le principe du « droit à compensation » : « *la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* ». Ce principe vise à permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne en prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie, exprimés dans son « projet de vie ». Les financements des prestations correspondantes (aides humaines, matérielles, orientations professionnelles) se font au travers de la CNSA⁵⁰ (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) que ce soit par décentralisation au niveau du département ou directement par l'Etat. De manière à mieux connaître les besoins des populations fragiles et à répondre à leur demande, certains outils ont été mis en place récemment. Je vais donc les analyser séparément.

En ce qui concerne les financements d'Etat, le PRIAC (programme interdépartemental d'accompagnement des personnes handicapées et de la perte d'autonomie) est un outil créé « pour mieux identifier et inscrire dans le temps, les priorités de financement au niveau régional ». Les PRIAC permettent à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de répartir les financements entre les régions. Ils déterminent les priorités de financements des créations, extensions et transformations des établissements et services médico-sociaux relevant de la compétence tarifaire de l'Etat, c'est-à-dire comme nous les ESAT.

⁵⁰ La CNSA est un établissement public administratif national sous la tutelle des ministères en charge des personnes âgées et des personnes handicapées et du Budget. En 2006, ses 14,11 milliards d'euros de ressources proviennent des crédits de l'Assurance maladie, de la solidarité nationale - 100% de la Contribution de solidarité pour l'autonomie (Journée nationale de solidarité) et 0,1% de la Contribution sociale généralisée (CSG) - et des contributions des caisses d'assurance vieillesse.

Le PRIAC du Languedoc-Roussillon établi en date du 1er juin 2007 et couvrant la période 2007-2011 donne comme priorités interdépartementales au niveau de l'accompagnement en milieu ordinaire de vie, « sur le secteur du handicap psychique, d'augmenter le nombre de places. D'ailleurs les DDASS ont programmé sur tous les territoires la création ou l'extension de structures dédiées à cette population en difficulté (SAMSAH) »⁵¹. Sur le département de l'Hérault, création d'un SAMSAH pour la déficience psychique à l'horizon 2010 (21 places). Pour l'instant ces structures ne sont développées que pour les traumatisés crâniens.

Ce schéma est donc assez restrictif, ce qui risque de signifier qu'aucune autre mesure nouvelle ne sera prise en compte. Je devrai donc élaborer mon projet à moyens constants ou tout au moins en faisant en sorte de ne pas faire augmenter mon budget de façon trop conséquente.

En parallèle, le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération (du Languedoc-Roussillon) qui est piloté par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il intéresse les travaux du schéma départemental des personnes handicapées dans la mesure où il traite, entre autres, des soins de suite, de la rééducation et de la réadaptation fonctionnelle, de la psychiatrie et de la santé mentale.

Le SROS III Languedoc-Roussillon fixé pour la période 2006-2010, se réfère aux quatre priorités nationales qui sont de développer les services d'accompagnements, les clubs (ou GEM), l'accès au logement ou à l'hébergement adapté et le travail protégé⁵².

Il précise bien que « l'amélioration des filières de soins passe par la continuité de la prise en charge entre la médecine de ville, le secteur sanitaire hospitalier et le secteur médico-social et doit être renforcée pour mieux soigner et à moindre coût ».

Pour les financements départementaux, le schéma départemental de l'Hérault pour les personnes handicapées adultes reprend ces mêmes thèmes et prévoit : la création de 50 places en services d'accompagnement soit par extension soit par création, l'assouplissement des prises en charge et leur adaptation au projet de vie de la personne, la gestion et le

⁵¹ Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie. 2007-2011. Languedoc-Roussillon, p. 5.

⁵² ARH Languedoc-Roussillon. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération du Languedoc-Roussillon*. Mars 2006, p. 86.

fonctionnement de la MDPH, et surtout le décloisonnement des problématiques du travail et de l'activité.

C'est ce point qui intéressera particulièrement mon projet car jusqu'à présent l'activité occupationnelle est financée par le département et le travail protégé par l'Etat comme cela se passe pour les SACAT (Section Annexe de CAT). Le schéma département précise comme objectif d' « introduire, pour les personnes handicapées en situation de travail protégé, la souplesse et des passerelles entre dispositifs et structures, permettant la transition du monde du travail protégé vers des activités plus occupationnelles »⁵³ qui dans le cadre de personnes handicapées psychiques pourrait s'orienter vers la mise en place de groupes de parole par exemple.

Et pour finir, les financements de l'assurance maladie qui prennent en compte le volet soins des SAMSAH, des CMP ou tout simplement des structures hospitalières. Dans un établissement comme l'ESAT que je dirige, le temps extrêmement limité d'intervention du psychiatre sur l'établissement ne permet pas une réelle prise en charge des usagers. De ce fait ses interventions directes auprès des usagers sont restreintes. Par contre, nos usagers peuvent bénéficier des soins qui leur sont nécessaires si le réseau sait les orienter dans les structures adéquates.

L'intérêt de ces sources de financements distinctes, est de pouvoir glisser d'un système à l'autre pour un meilleur accompagnement de la personne handicapée psychique tout au long de son parcours de vie.

2.3 UNE AIDE A L'INCLUSION SOCIALE

Nous avons vu que ce qui est le plus difficile à construire pour les personnes atteintes d'un handicap psychique est le lien social. Toutes les sources de financement que j'ai citées et les moyens mis en œuvre pour adapter les structures médico-sociales à cette population sont donc une opportunité pour notre projet de mise en réseau.

Le département de l'Hérault ne fait pas partie des départements pilotes comme le Rhône par exemple qui a déjà mis en place un certain nombre de balisages pour aider les personnes en situation de handicap psychique dès leur sortie de l'hospitalisation. Le schéma départemental souligne que la pratique de conventionnement entre établissements sociaux

⁵³ Schéma départemental 2005-2009 d'organisation sociale et médico-sociale en direction des personnes adultes handicapés, p. 87.

et médico-sociaux d'une part et secteurs de psychiatrie d'autre part, n'est pas encore très répandue dans le département de l'Hérault.

2.3.1 Le travail, vecteur de lien social pour un meilleur équilibre de la personne

Notre participation au projet de vie de la personne handicapée psychique se situe bien dans le cadre, avant toute chose, du travail. En amont de l'intégration au sein de l'ESAT, il faudra déjà travailler en collaboration avec les services de soins et d'accompagnement à la vie sociale de manière à mieux connaître la position de l'utilisateur sur le travail. Bien qu'aujourd'hui on reconnaisse au travail un attribut majeur du lien social, certaines personnes préfèrent encore rester dans des activités ou du soin plus sécurisants.

Voici pourtant quatre arguments de poids de cette reconnaissance du travail comme vecteur social :

- 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.
- 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 coopérations par opposition avec d'autres lieux privés (famille...).

La mise au travail constitue alors un enjeu important pour tester les possibilités réelles d'insertion professionnelle. Elle peut revêtir des formes diverses : stages en entreprise, organismes de transition (LIFT : lieu d'insertion par la formation et le travail), utilisation des outils du travail protégé comme moyen d'accès au milieu ordinaire ; elle peut aussi s'appuyer sur des unités de réentraînement pour renforcer les compétences psychosociales de la personne, réacquérir les capacités de base d'employabilité.

Les structures sont de plus en plus sollicitées pour l'accompagnement et le maintien dans l'emploi. Or, il ne suffit pas de favoriser l'accès à l'emploi ; encore faut-il éviter les ruptures ou les décrochages liés aux évolutions de la maladie. L'objectif est de veiller à la stabilité psychique de la personne, de l'étayer dans ses démarches d'insertion, d'assurer le lien avec les intervenants extérieurs et favoriser le passage de relais.

Quelles que soient les actions que je vais mettre en œuvre pour accompagner de façon efficace et efficiente les travailleurs en situation de handicap psychique je dois à tout prix faire en sorte que :

- Les liens avec les soins soient maintenus : consultations, psychothérapie, fréquentation d'un hôpital de jour ou d'un CMP.
- Les contacts avec l'environnement social de l'usager soient entretenus et développés, voire consolidés, pour fixer les repaires nécessaires à sa stabilité, en s'appuyant sur les structures locales et en renforçant le lien social avec les habitants pour le « *mieux vivre ensemble* ». ⁵⁴

D'autre part, les activités culturelles et sportives et les loisirs sont également facteur de réintégration ; ils aident les personnes handicapées psychiques à retrouver une utilité sociale, à rompre leur isolement et à sortir de la chronicité de la pathologie.

C'est dans cette perspective là que je vais mieux expliciter ce que sont les GEM, qui me semblent, pour ma part, une grande amélioration dans la prise en charge globale des travailleurs handicapés psychiques que nous accompagnons.

2.3.2 Les Groupements d'Entraide Mutuelle

Sur Montpellier, quatre se sont créés entre fin 2006 et mi 2007 à l'initiative des professionnels et des associations de parents notamment l'UNAFAM, avec des financements de l'Etat et sous contrôle de la DDASS.

Ce sont des lieux collectifs animés par des professionnels qui ont pour objectif de contribuer à une meilleure insertion dans la vie sociale notamment pour un public fragilisé par des troubles psychiques. Ils se situent dans des lieux qui font plutôt penser à un café philo avec la possibilité de s'isoler pour de la lecture par exemple. Ils sont ouverts en journée de 14h à 20h y compris le samedi et parfois le dimanche pour des sorties exceptionnelles. Le créateur de l'un d'entre eux, par ailleurs directeur d'un SAVS spécialisé dans le handicap psychique, m'expliquait qu'il tenait à cette organisation de ne quasiment rien programmer le dimanche pour conserver la place de ce jour là pour les relations familiales ou amicales même si cela est très difficile pour ces populations. D'ailleurs, dans le cadre du SAVS, un certain travail est réalisé de manière à réactiver le réseau primaire (la famille, les relations amicales...) du bénéficiaire qui s'est très souvent dégradé au fil du temps et des hospitalisations.

Ces GEM 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.

⁵⁴ Avis du Conseil économique et social de la région Rhône-Alpes. Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle. Assemblée plénière du conseil économique et social régional du 19 janvier 2005.

Ils ont aussi la particularité de ne pas nécessiter de passage en Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) pour leur autorisation de fonctionnement et sont directement financés par les fonds dédiés par la CNSA à leur création. Le plan de Santé Mentale prévoit la création de 200 à 300 d'entre eux pour un coût estimé à 20 millions d'euros.

Ils sont destinés à des personnes qu'une altération de santé met en difficulté d'insertion sociale, qu'elles se considèrent ou non comme étant en situation de handicap et qu'elles aient ou non choisi de faire reconnaître leur handicap (l'orientation CDAPH n'est pas nécessaire). La participation à ces groupes est seulement conditionnée par une adhésion.

Ces GEM sont au service de leurs usagers à plusieurs titres et permettent :

- la lutte contre l'isolement qui constitue un enjeu majeur du projet,
- la liberté des adhérents d'aller et venir et la possibilité de prendre eux-mêmes les décisions les concernant, en même temps que la fragilité particulière liée aux troubles psychiques,
- les liens avec l'environnement social et culturel qui demandent souvent un travail de préparation, en raison des préjugés concernant les personnes souffrant de troubles psychiques,
- la relation avec les soignants, le positionnement du groupe d'entraide et ses liens avec les institutions et services de santé mentale ou médico-sociaux doivent être très clairement définis.

Il me paraît alors opportun, que dans le cadre des activités de 2nd type que nous devons pratiquer à l'ESAT, certains usagers puissent les réaliser non plus en interne comme actuellement, mais dans un GEM ou un tout autre lieu que les moyens matériels permettraient : salle informatique déjà équipée, troupe de théâtre...

2.3.3 Les liens institutionnels : favoriser un suivi en dehors de l'ESAT

Actuellement notre procédure d'entrée à l'ESAT n'est ni formalisée ni structurée ce qui fait que certaines personnes, à partir du moment où elles ont l'orientation « essai en ESAT ou travail en ESAT », ont été admises sans se préoccuper de leur accompagnement à l'extérieur de l'ESAT.

Il en résulte, aux premières difficultés repérées telles que des absences non justifiées, des périodes avec des mises en danger un vide autour de la personne. Nous ne savons pas très

bien vers qui l'orienter puisque bien souvent, la seule possibilité que nous ayons est celle du psychothérapeute qui la suit pour le soin.

Nous devons donc faire en sorte que la personne ne soit pas livrée à elle même dès sa sortie de l'ESAT vers 16h30 : les soirées sont longues pour des personnes qui n'arrivent pas à s'inscrire dans une vie en société.

C'est pour cette raison, qu'il est plus rassurant pour notre structure, que la personne en situation de handicap psychique soit déjà accompagnée par un service d'accompagnement à la vie sociale ou un foyer (quel que soit le type) avant son entrée dans l'ESAT.

Si ce n'est pas le cas, nous essayons de les inscrire dans une démarche de demande à intégrer un de ces services. Parfois le parcours est long car non seulement il faut, le plus souvent, demander une nouvelle orientation à la CDAPH, mais en plus les listes d'attente peuvent être saturées.

C'est bien pour essayer de résoudre les difficultés sociales des personnes handicapées psychiques, la nécessité de soins, des problématiques de plus en plus complexes et croisées, un temps de travail souvent partiel de ces usagers... que je dois inscrire l'ESAT que je dirige dans un réseau. Cette démarche permettra non seulement d'acquérir des compétences complémentaires mais aussi d'améliorer le service rendu à ce public.

3 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT EVOLUE AFIN DE PRENDRE EN COMPTE LE RESEAU AU SERVICE DE L'USAGER EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE

La création d'un dispositif documentaire pyramidal, conforme aux exigences d'un système de management de la qualité, conduit à reconsidérer le contenu et les modalités d'élaboration du projet d'établissement et de service. Avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant le code de l'action sociale et médico-sociale, le projet d'établissement perd son caractère d'écrit exclusif au service de la communication interne et externe. Les documents officiels comme le livret d'accueil, le règlement de fonctionnement mais surtout le manuel de procédures, indispensable à la démarche d'évaluation interne ou externe, modifient l'environnement documentaire. Ce changement a un double impact :

- Il autorise un projet plus synthétique dans son contenu.
- Il permet un processus d'écriture simplifié.

Aujourd'hui, son élaboration est avant tout de la responsabilité de la direction, mais je pense que je dois conserver son utilité dans le management participatif d'autant plus que nous ouvrons notre établissement vers un mode de travail en réseau ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

En effet, c'est le projet d'établissement qui permet de clarifier l'offre de service de l'établissement en mettant en avant les personnes accueillies (caractéristiques et besoins), le processus d'accompagnement social et médico-social et en intégrant la notion de réseau médico-social avec la mise en place de conventions, de groupements de coopération.

Ce projet devra être établi sans oublier les propos d'Henri Jacques STICKER qui indique que *« chaque fois que l'on peut accompagner une personne en difficulté, et ici une personne subissant le poids d'une infirmité, à vivre et cheminer dans le milieu où elle habite, dans le milieu où elle travaille, dans le milieu où elle se cultive et se distrait, on doit pouvoir trouver les services adéquats [...]. Il convient de fixer des objectifs précis aux services dont nous parlons : ils doivent être centrés sur la personne et surtout sur ce que l'on appellera faute de mieux son parcours : le moment où elle se trouve et les besoins du moment pour qu'elle franchisse un pas vers l'intégration parmi les autres [...]. Ce qui veut dire qu'il faut des interlocuteurs publics résolus, patients et souples »*.⁵⁵

C'est pour toutes ses raisons qu'il me paraît important que le projet d'établissement soit retravaillé en équipe car il permet de s'appuyer sur la pluralité des compétences mais aussi

⁵⁵ STIKER H.J. *Pour le débat démocratique : la question du handicap*. Paris : CTNERHI, 2000, p. 28.

de rassurer et donc d'accompagner le changement que produira invariablement la nouvelle organisation qui en découlera.

Aussi, pour l'équipe, il va falloir apprendre à travailler avec d'autres personnes qui jusqu'alors n'interféraient pas forcément dans notre accompagnement.

Je vais reprendre une citation de Jean-Marie Miramon qui écrit « *l'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement place le changement au cœur de la vie d'une organisation. Transformations et ruptures mettent constamment à l'épreuve nos pratiques quotidiennes, notre conception de l'organisation et jusqu'à notre perception du secteur médico-social* ». ⁵⁶

C'est bien cette adaptation nécessaire qui m'interpelle pour que non seulement l'ESAT évolue en tant qu'organisation mais surtout qu'il puisse prendre enfin en considération ces personnes en situation de handicap psychique qui nécessitent un accompagnement particulier.

Avant même de proposer mon projet de « tissage d'un réseau » je dois m'assurer que l'association gestionnaire de l'ESAT prendra bien en compte les nouveaux éléments que sont la survenue d'une population de plus en plus différente de celle de départ. Ensuite, je regarderai en interne quelles sont les forces et les faiblesses pour la réalisation de ce projet. Pour finir, je proposerai des outils pour son évaluation.

3.1 CONNAITRE ET FAIRE CONNAITRE LES SPECIFICITES DES PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES

Le réseau doit permettre d'apporter une réponse globale et cohérente aux problèmes posés par l'accompagnement des personnes handicapées psychiques.

Ses objectifs sont à la fois d'aider en interne à une remise en question de ses pratiques professionnelles par la confrontation à des idées nouvelles, d'accompagner la personne avec un double regard sanitaire et médico-social et de « fluidifier » le parcours, c'est-à-dire d'assurer une prise en charge en continu de la personne, d'éviter les ruptures en favorisant les passages de relais entre les acteurs concernés et en mettant en lien soins et insertions, soignants et travailleurs sociaux.

Il permettra aussi de travailler à la mise en place d'outils communs : il s'agit d'avoir un recul suffisant permettant une vision globale des différents types de parcours et faisant apparaître

⁵⁶ MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 1996, p. 81.

les problématiques rencontrées (qui sont de plus en plus complexes), les réponses apportées ou non encore fournies.

Pour finir, il sera important d'évaluer les actions menées en commun pour connaître leur finalité.

De manière à s'inscrire dans un tel réseau, je devrai avant tout « rénover » notre projet d'établissement et le mettre en adéquation avec un nouveau mode d'accompagnement plus souple et plus diversifié sans oublier les nouvelles exigences financières qui nous sont demandées au travers du décret du 16 juin 2006, avec entre autres, la mise en place de la subrogation en cas de maladie : moins il y a d'absence pour maladie, mieux je pourrai répondre aux obligations qui sont les miennes en terme d'équilibre du BAPC. Ceci est d'autant plus vrai que ma marge de manœuvre est réduite puisque le budget annexe ne dégagera que peu d'excédent et risque donc d'être grevé par cette prise en charge financière complémentaire.

3.1.1 La nécessité de repenser les valeurs institutionnelles

Jusqu'à présent, notre association était plutôt orientée vers l'accueil des enfants et adultes handicapés mentaux qui, nous l'avons vu, sont une population stable dans le temps avec peu d'absence et une grande régularité dans le travail.

Mais, aujourd'hui, l'IME de l'association ainsi que les foyers d'hébergement reçoivent autant d'usagers présentant des structures autistiques ou des troubles du comportement liés à des maladies mentales, que des personnes déficientes mentales.

Le but de notre association est d'attester, de faire connaître et de défendre les droits de la personne handicapée mentale et psychique. Il n'est plus question aujourd'hui de clivage entre ces deux populations même si l'association, dans son titre, porte encore le terme d' « aide aux déficients mentaux ».

Les valeurs de l'association portent bien sur la reconnaissance du handicap mental et psychique et donc une reconnaissance de l'identité, de la personnalité et des compétences des deux populations.

L'association garantit et favorise l'expression de la dignité, de la responsabilité et du libre choix des personnes, le développement de leur identité et de la qualité de leur vie. L'action vise à accroître les potentiels et aptitudes de communication et de socialisation par l'éducation, la formation et toute forme d'aide et de soutien susceptible de mobiliser la personne dans le respect de sa dignité, de sa volonté, et en lien avec sa famille.

La logique institutionnelle veut que le projet associatif induise le projet d'établissement et lui donne les axes principaux pour la population accueillie, les modes de prise en charge... Mais, le projet associatif global doit répondre aux besoins des usagers. Or, c'est bien la direction des établissements qui constate l'évolution de ces besoins puisque c'est elle qui est en lien direct avec la population. Je dois alors, faire remonter vers l'association ces constats de changement afin de déclencher une rénovation du projet associatif général.

L'objectif final est l'intégration, " l'inclusion " sociale de la personne handicapée : qu'elle communique, participe et se sente parfaitement à l'aise au sein de notre société.

Il est nécessaire de toujours garder en mémoire qu'une personne handicapée est en droit d'avoir, à âge égal, une vie similaire à celle d'une personne dite normale.

C'est dans cet esprit qu'au cours des dernières années, une prise de conscience s'est opérée. À l'image des pays nordiques on évoque de plus en plus le principe de non discrimination : pour que les travailleurs handicapés trouvent un emploi, il n'y a pas lieu de créer des emplois réservés ou une obligation d'emploi (discrimination positive). Mais il faut que les employeurs considèrent comme normal de les recruter au même titre que les valides dès lors qu'ils possèdent les compétences requises (non discrimination). De plus en plus d'enfants handicapés sont scolarisés (non sans mal) dans les écoles communales. Une désinstitutionnalisation s'amorce et nous devons y participer.

Comme l'ont déjà fait l'Association des paralysés de France, il faut moderniser notre projet associatif pour que l'utilisateur handicapé accueilli dans nos structures soit « acteur et citoyen ».

Dans ces conditions, la prise en charge dans notre établissement peut être une alternative à des hospitalisations longues si nous avons la possibilité de développer des relations privilégiées avec le secteur psychiatrique.

Le projet d'établissement devra constituer, quant à lui, une réponse appropriée au projet de l'association et aux missions, et il participera à l'évolution du projet associatif. Il représentera une référence pour les personnes accompagnées, pour les équipes, les familles et les partenaires. Il devra s'élaborer en conformité aux obligations légales et réglementaires, et son évaluation impliquera la participation et l'intégration du point de vue des différents acteurs internes et externes

Notre projet d'établissement devra donc évoluer vers l'ouverture de l'ESAT sur le monde extérieur et ne plus se voir que comme un maillon d'une filière avec pour objectif l'insertion professionnelle des personnes handicapées. J'entends par filière une succession d'actions menées les unes après les autres par des acteurs différents mais sans retour possible

comme une course de relais. En effet, depuis longtemps les actions menées par l'ESAT sont restées cloisonnées dans ses spécificités.

Aujourd'hui le système de réseau :

- propose la rencontre sur les mêmes préoccupations,
- offre l'accès à des sources d'information multiples,
- ouvre à la mutualisation des moyens,
- suggère un enrichissement mutuel par l'échange, le partage d'expériences et de réflexions,
- induit la reconnaissance de sa pratique, de son expertise, de son identité,
- garantit la valorisation des initiatives, de l'innovation et de la diversité.

Cette évolution vers le réseau va donc bouleverser l'organisation actuelle de l'ESAT qui était plutôt pyramidale avec peu d'initiative laissée à chacun et centrée sur son fonctionnement.

En effet, nous allons passer d'une logique de mission à une logique de projet soit d'un système hiérarchisé vers un système démocratique et concerté qui créera en interne une culture et une pratique commune du mode réseau : approche globale, partage de la connaissance, évaluation participative.

Mon objectif premier est d'améliorer l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique tout en améliorant nos pratiques professionnelles et l'efficacité de notre équipe pluridisciplinaire. Ce contexte d'amélioration de la qualité passant par l'évaluation de nos pratiques accordera une attention particulière à la bientraitance. Je reviendrai ultérieurement sur ce point.

Tout d'abord, de manière à mieux accompagner les travailleurs en situation de handicap psychique, mon attention de directrice doit se porter sur l'équipe de professionnels dans son approche de la prise en charge des usagers. Par ailleurs il me semble nécessaire sur un autre plan de l'étoffer.

Dans ce cadre, je propose la mise en place d'un poste de coordinateur, non pas du réseau lui-même, mais en interne de manière à ce que cette personne ait une formation plus poussée sur la connaissance des personnes en situation de handicap psychique et puisse ainsi leur assurer l'accueil particulier qui leur est nécessaire.

3.1.2 Une équipe pluridisciplinaire remodelée et « renouvelée »

Ce sont les pôles soins et médico-sociaux que je souhaite voir évoluer. En effet, les effectifs en personnels sont insuffisants pour mener un travail adapté de suivi et notamment des personnes handicapées psychiques. Comme je le disais en première partie, l'ESAT que je dirige était essentiellement tourné vers la mise au travail et la production.

Cette nouvelle fonction de coordinateur, au sein de l'équipe pluridisciplinaire de l'ESAT, pourra permettre :

- de mettre en place tout le relationnel réseau nécessaire à son bon fonctionnement que ce soit en amont ou en aval de l'arrivée d'un nouvel usager,
- d'aider à la sortie des travailleurs accueillis à l'ESAT et stabilisés, qui pourraient obtenir un poste dans le milieu ordinaire, avec notamment une aide que pourrait apporter l'unité de remobilisation⁵⁷,
- au quotidien, d'accueillir tous les matins l'ensemble des travailleurs qui le souhaiteraient de manière à exprimer leurs craintes, leurs appréhensions, leurs difficultés et ce, sous forme de groupes de parole. Les locaux le permettent aisément puisqu'une salle est dédiée à l'accueil des travailleurs mais reste vide à partir de 8h30.

Pour ce poste, je souhaite recruter un ou une assistant(e) social(e) (AS) car leur formation est axée sur l'intervention auprès des personnes, des familles, des groupes pour améliorer les conditions de vie et prévenir les difficultés sociales et médico-sociales, économiques, culturelles. Il ou elle aura les possibilités de travailler tant en interne qu'en externe.

Son temps de travail sera réparti avec des plages horaires (qui restent à définir) passées dans l'établissement à aider les personnes en situation de handicap psychique à définir leur projet de vie en adéquation avec un projet professionnel déjà mis en place avec les moniteurs d'atelier. Pour les temps de travail passés à l'extérieur les missions seront de faciliter l'inclusion de l'utilisateur dans la cité en mettant en place tous les liens sociaux qui lui seront nécessaires : GEM, FLE, SAVS, maisons pour tous ou de quartier, sport adapté (ou non), projet de vacances...

⁵⁷ L'unité de remobilisation de l'Hérault est gérée par l'Association Pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH) de l'Hérault et a pour finalité la redynamisation socio-professionnelle de personnes handicapées psychiques et éloignées de l'emploi.

De plus, lors de la mise en place de « groupes de parole » qui pourraient avoir lieu une fois par semaine, pour un temps ne dépassant pas 1h30, l'assistant(e) social(e) sera un appui et un relai pour la psychologue en charge de les animer. Ce temps de 1h30 m'a été communiqué par la psychologue et la psychiatre comme pouvant être en adéquation avec la capacité d'attention que peut développer une personne en situation de handicap psychique. De plus, je souhaite valoriser quantitativement le travail de suivi qu'apportent les postes de psychologue et de psychiatre. Par exemple, les 7 heures mensuelles octroyées à la psychiatre ne laissent le temps que pour l'établissement des certificats médicaux lors des renouvellement CDAPH, une réunion de coordination sur deux (le temps de réunion est de 1h50 par semaine) et seulement quelques relations téléphoniques avec des confrères qui suivent les travailleurs à l'extérieur.

Je souhaite qu'elle participe non seulement à toutes les admissions, au moins celles des personnes en situation de handicap psychique, mais aussi qu'elle puisse réaliser un état des lieux de suivi psychiatrique avec chaque usager de manière à nous aider à la coordination des soins avec nos partenaires extérieurs.

Il me semble alors indispensable de promouvoir ses compétences et savoirs qui doivent servir tant aux usagers en situation de handicap psychique qu'à l'équipe pluridisciplinaire.

De ce fait, je vais prévoir plus de temps pour la psychiatre qui reste le lien essentiel entre les structures médicales psychiatriques (CMP, hôpital) et l'ESAT puisque les dossiers médicaux sont encore « partagés » bien souvent entre les seuls médecins. Un temps de 0.25 ETP pourra permettre, en plus, d'intervenir comme « formatrice » en interne mais aussi en externe dans des formations croisées avec les acteurs du réseau. J'entends par « formations croisées », des formations dont les participants peuvent provenir de l'ensemble des partenaires du réseau avec des thèmes choisis en interne et un formateur étant salarié d'un des membres du réseau. Il est évident, que pourront aussi intervenir comme formateur les personnes ressources des autres membres du réseau : directeurs, infirmiers,...

Le temps imparti à la psychologue sera lui aussi augmenté de manière à ce qu'elle puisse mettre en place un groupe de parole hebdomadaire. Aussi, comme elle participe à l'ensemble des admissions, à des suivis avec certains usagers réticents à la mise en place d'un suivi extérieur : les termes de psychologue, psychiatre, suivi thérapeutique... font peur et la confiance reste un des éléments essentiel pour un travail de qualité (quelqu'un que l'on côtoie au quotidien rassure). En plus, au même titre que la psychiatre, elle pourra être un élément important pour la mise en place des formations internes au réseau.

J'ai établi les effectifs de l'ESAT lors de mon arrivée, avec déjà un directeur à un ETP, et les effectifs qui découleront de la mise en place de ce projet en faveur de l'accompagnement des travailleurs en situation de handicap psychique.

Tableau n° 5 : Effectifs de l'ESAT avant et après le projet

Catégories	Départ en retraite	ETP avant	ETP après	Ecart
Direction/Encadrement				
Directeur		1	1	0
Adjoint Technique		1	1	0
Total 1		2	2	0
Administration/Gestion				
Secrétaire		1	1	0
Moniteur Principal	2008	1	0	- 1
Total 2		2	1	- 1
Médical/paramédical				
Psychiatre	2008	0,05	0,25	+ 0,20
Psychologue		0,25	1	+ 0,75
Total 3		0,30	1,25	+ 0,95
Socio-éducatif				
Assistant(e) social(e)		0	1	+ 1
Moniteur d'atelier	Deux en	10	10	0
Total 4	2009 et un en 2010	10	11	+ 1
Services généraux				
Agent de service (ASI)	Un 0,50 part	1	1	0
Total 5	en 2010	1	1	0
TOTAL GENERAL		15,30	16,25	+ 0,95

Au travers de ce tableau, il est possible de voir le rééquilibrage que je réalise entre la partie médico-sociale et l'entreprise. En effet, le moniteur principal avait pour fonction principale l'établissement des devis en espaces verts et le suivi du matériel et l'adjoint technique officiait sur certains points comme un chef de service : suivi des renouvellement CDAPH, recherche d'entreprises pour le placement en convention de détachement...

La réorganisation de l'ESAT permettra à chacun de retrouver la place de sa fonction. A cette occasion, j'établirai, avec l'aide de l'ensemble des salariés, les fiches de poste qui ne sont pas encore mise en place.

Je vais maintenant chiffrer l'ensemble des mouvements de personnels et le proposer tout d'abord à l'association puis à l'organisme de contrôle et de tarification, la DDASS.

3.1.3 Obtenir des financements pérennes et partagés

Le surcoût de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique sera négocié avec l'Inspecteur de la DDASS en tenant compte des futurs départs à la retraite, soit du Glissement Vieillesse Technicité (GVT). En 2008, le moniteur principal part à la retraite et comme je le disais précédemment il ne sera pas remplacé.

Je ne vais pas demander la signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) car selon la circulaire DGAS/SD5B n° 2007-111 du 26 mars 2007, relative aux problématiques afférentes à la mise en œuvre de la pluriannualité budgétaire et à la dotation globalisée commune à plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux dans le cadre d'un contrat d'objectifs et de moyens, il est difficile de la réaliser pour un seul établissement. Par contre, le décret 2003-1010 du 22 octobre 2003 relatif à la gestion budgétaire, comptable et financière, et aux modalités de financements et de tarification des établissements sociaux et médico-sociaux comporte dans son article 38 qui prévoit la possibilité de la pluri annualité des budgets notamment pour :

- « Assurer une reconduction, actualisé chaque année selon les règles permanentes, de ressources allouées lors d'un exercice antérieur ;
- Garantir la prise en charge, sur plusieurs années, des surcoûts résultant d'un programme d'investissement ou d'une restructuration de l'établissement ou du service ;
- Etager sur plusieurs années l'alignement des ressources de l'établissement ou du service sur celles des équipements comparables ; ... »

Le projet que je vais proposer touchera la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) de manière à rééquilibrer, sous trois ans, la masse salariale de l'ESAT. Dans mon programme de restructuration, je vais inclure aussi la formation complémentaire des personnels à la connaissance de la population des personnes handicapées psychiques. Ces surcoûts seront lissés sur la période considérée. L'ESAT que je dirige est sous la convention 1966 (Convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées) : j'utilise les

rémunérations en fonction des grilles des annexes 5, 6 et 10 et des accords pour les médecins spécialistes qui lui correspondent.

Tableau n° 6 : Etude des écarts points en fonction des départs et des embauches

Années : départs ou embauches	Départs		Embauches		Moindres coûts ou surcoûts
	Coef pour 1 ETP	Points/an	Coef pour 1 ETP	Points/an	
2008					
Départ du moniteur principal	782	9384			- 9 384
Embauche d' une AS			434	5 208	+ 5 208
Embauche 0,25 ETP psychologue			800	2 400	+ 2 400
Embauche 0,25 ETP psychiatre et départ du psychiatre actuel pour 0,05 ETP	1687,4	1 012,44	1207,4	3 622,2	+ 3 622,2 - 1 012,44
TOTAL 2008					+ 832,76
2009					
Départ d'1 moniteur d'atelier	652	7 824	411	4 932	- 2 892
Départ d'1 moniteur d'atelier	652	7 824	411	4 932	- 2892
AS arrivée en 2008			447	5 364	+ 5 364
Psychiatre de 2008			1 207,4	2 897,76	+ 2 897,76
Psychologue de 2008			800	2 400	+ 2 400
Départ moniteur principal 2008	782	9 384			- 9 384
TOTAL 2009					- 4 506,24
2010					
Départ 0,5 ETP d'ASI	445	5 340	341	4 092	- 1 248
Départ d'1 moniteur d'atelier	652	7 824	411	4 932	- 2 892
Départ moniteur principal 2008	782	9 384			- 9 384
AS arrivée en 2008			447	5 364	+ 5 364
Psychiatre de 2008			1 207,4	2 897,76	+ 2 897,76
Psychologue de 2008			800	2 400	+ 2 400
TOTAL 2010					- 2 976,24

L'ensemble des personnels partant à la retraite n'avaient pas été embauchés lors de la création de l'ESAT mais bien avant dans la structure IME. D'ailleurs, ils bénéficient encore des congés trimestriels comme s'ils travaillaient dans une structure pour l'enfance.

Le tableau précédent montre bien que grâce à la GPEC, il est possible de modifier l'équipe pluridisciplinaire sans que cela ne nécessite l'augmentation de notre dotation globale. La première année il y aura un déficit d'environ 5 000 euros (833 points X 3,67 euros la prévision de point 2008 + les charges patronales).

En 2009, le fait de ne pas remplacer le moniteur principal parti en 2008, nous fait réaliser une grosse économie qui pourra servir, pour partie, à la mise en place de formations complémentaires, notre Plan Annuel d'Utilisation des Fonds de formation (PAUF) étant insuffisant pour des grosses opérations de formation.

Comme je le disais précédemment, ces formations viendront aider à la meilleure compréhension des personnes handicapées psychiques mais pourront aussi être mises à profit pour la mise en place de l'évaluation interne.

Pour le budget 2008, c'est ce projet que je soumettrai au Conseil d'Administration de l'Association gestionnaire de l'ESAT que je dirige.

Au-delà de la proposition du budget 2008, je m'engage à ce que l'ESAT puisse servir de plateforme pour aider à l'évaluation des personnes en situation de handicap psychique qui souhaitent intégrer ou réintégrer une activité professionnelle et nécessitent au départ d'intégrer le milieu protégé de travail. Pour l'instant, seules les Evaluation en Milieu de Travail (EMT) sont à la disposition des professionnels comme CAP emploi⁵⁸ pour établir un diagnostic. Or, pour les usagers souffrant de handicap psychique, cette évaluation qui ne peut durer que 15 jours est insuffisante compte-tenu de leurs problématiques : peur de l'étiquette handicap, besoin de repères... Nous verrons plus loin, que dans le cadre du réseau il faudra mettre en place un parcours coordonné avec la possibilité d'aller et venir entre les soins, la vie sociale, le travail en milieu protégé ou en milieu ordinaire.

Mon projet tel que présenté, reprend les politiques publiques en faveur des personnes en situation de handicap psychique que ce soit le schéma départemental de l'Hérault, que le

⁵⁸ CAP emploi a pour vocation d'agir efficacement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées dans le milieu ordinaire. Le réseau national des Cap Emploi est composé de 118 organismes, définis par la loi du 11 Février 2005, comme des "Organismes de Placement Spécialisés" (OPS).

PRIAC Languedoc Roussillon, ou le Plan Santé Mentale ... qui prônent l'inclusion de ces personnes dans la cité. L'activité professionnelle permet une partie de cette inclusion en valorisant la personne. En effet, « *l'emploi rémunéré ne répond pas seulement à des besoins pratiques en augmentant l'indépendance économique, il a aussi une fonction thérapeutique, car il développe l'estime de soi et stimule le fonctionnement global* »⁵⁹.

En parallèle, j'inclurai dans ces objectifs de qualité de la prise en charge, la formation continue des travailleurs handicapés qui pourrait entre autre passer par la valorisation de leurs acquis au travers d'une VAE. En cela, l'arrêté du 6 juillet 2007 « fixant la base de compensation par l'Etat de la participation des établissements et services d'aide par le travail au financement de la formation professionnelle continue » pourra nous aider à financer une partie de celle-ci. L'article 1 de cet arrêté précise que la compensation par l'Etat « est égale à un montant correspondant au double de la contribution acquittée par l'établissement ou le service d'aide par le travail pour chaque travailleur handicapé sur la part de rémunération garantie qu'il finance ». Cela permettra surtout d'amorcer une dynamique qui jusqu'à présent n'existe pas dans l'établissement.

Ainsi, l'ESAT pourra aider la personne handicapée à sortir du milieu protégé pour accéder au milieu ordinaire de travail et ce d'autant plus que cette dernière sera formée.

Il est maintenant possible, depuis le décret 2007-874, de conclure une convention d'accompagnement avec toute entreprise employant un travailleur handicapé de sa structure que ce soit en contrat à durée déterminée (CDD), en contrat d'accompagnement vers l'emploi (CAE) ou en contrat initiative emploi (CIE).

En dehors de ces propositions budgétaires et d'utilisation des excédents de la partie commerciale pour la formation des personnes handicapées (aidé de la contribution de l'Etat), je n'exclus pas, à terme la possibilité de signer un CPOM avec pour partenaire le SAVS avec qui nous travaillons depuis déjà longtemps (avant même la mise en place du réseau). Cette configuration très ambitieuse, permettrait de lisser nos coûts de fonctionnement et surtout, permettrait une transversalité des financements mis à la disposition non plus d'un type d'établissement mais bien des besoins d'une population, les personnes en situation de handicap psychique. Interviendraient alors, pour la signature de ce CPOM, le Conseil Général et la DDASS.

⁵⁹ Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MANASM). *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* Edition de l'Ecole de la Santé Publique (ENSP). 2005. p. 71

Ce travail de collaboration, officialisé au travers de ce contrat permettra d'aller plus loin dans le travail en réseau et dans la diversification des moyens de prise en charge. D'ailleurs, la récente instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 portant sur « la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale » met en avant « ces nouvelles méthodes dynamiques d'organisation que sont la contractualisation, la coopération et les réseaux en disant qu'ils constituent un cadre rénové de l'action, à fort potentiel, reposant sur la responsabilisation et l'adhésion des acteurs »⁶⁰. Dans la même instruction il est dit que « les nouvelles législations mettent toutes l'accent sur le thème de la proximité à l'utilisateur, le « panier » de services, la prise en charge et l'accompagnement individualisés, la continuité et la diversification de la réponse sociale ou médico-sociale, le maintien en milieu de vie ordinaire ».

3.2 CONSOLIDER LE RESEAU POUR UNE MEILLEURE QUALITE DE SERVICE

3.2.1 Diversifier l'offre au regard des besoins spécifiques et établissement du projet personnalisé

Ces nouvelles politiques publiques vont toutes dans le sens de la citoyenneté, de l'inclusion, de l'individualisation et de la transversalité des prises en charges : l'utilisateur est acteur de son projet.

Le rapport Charzat dans ses recommandations concernant la participation à la vie professionnelle, souligne le fait que la reprise du travail ne constitue pas forcément l'objectif ultime mais un moyen, s'il est possible, de retrouver une identité : « *l'important est d'accompagner la personne dans un processus d'élaboration d'un projet qui puisse lui apporter un mieux-être et un enrichissement moral, ainsi qu'une meilleure position sociale, quelle que soit l'issue : emploi en milieu ordinaire, ou en milieu protégé, ou renoncement au projet de travail par d'autres formes de participation sociale.* »⁶¹

La première action pour favoriser la réinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique, est d'arriver à les aider à respecter des horaires car bien souvent les traitements les rendent peu efficaces notamment le matin. Il faut alors leur proposer, au

⁶⁰ TREGAT J.J. Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 portant sur « la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale », p. 2.

⁶¹ CHARZAT M. *Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées*. Mars 2002, p. 44.

moins au départ, un aménagement du temps de travail sachant que le but, à terme, sera d'arriver à un temps complet.

Nous allons mettre en place, avec l'aide de nos partenaires, des accompagnements à la carte en fonction de la problématique de la personne. Une procédure d'admission devra être élaborée avec :

- la demande d'un dossier complet avec entre autre les suivis psychiatriques existants,
- l'entretien avec la directrice, le coordinateur, la psychologue, le moniteur d'atelier et la psychologue. Ces entretiens ont pour objectif de faire connaissance, de présenter les différentes activités et plus largement de présenter notre projet d'établissement avec l'organisation de la vie dans notre établissement. Il permet aussi, de voir, au préalable, la motivation de la personne pour reprendre une activité professionnelle,
- la visite découverte des différents ateliers,

Si la candidature nous semble recevable, il sera nécessaire de faire le point avec l'ensemble des services l'accompagnant déjà, si c'est le cas, ou au moins la famille si cela est possible.

Je prononce l'admission pour une période d'essai de 6 mois et le candidat reçoit par courrier la date de son recrutement. Par contre, au lieu d'intégrer successivement tous les ateliers, il a la possibilité d'en choisir un, de préférence sur site, s'il désire bénéficier des rencontres quotidiennes avec le coordinateur.

Une fois intégré à l'ESAT, il sera plus facile d'accompagner l'utilisateur vers la mise en place de son projet personnalisé en cohérence avec son projet de vie qui, lui, devrait être établi en amont par la MDPH.

Il ne faut pas oublier ce que disent J.F. Bauduret et M. Jaeger : « "L'utilisateur objet de droit" est convié par le législateur à devenir "utilisateur sujet de droit", sa citoyenneté s'appuyant désormais sur un trépied : information sur ses droits fondamentaux – information sur le contenu de sa prise en charge – participation à l'élaboration de celle-ci »⁶².

Ce projet personnalisé est défini comme la conception créative et la mise en œuvre pratique d'objectifs spécifiques et concertés, en vue de répondre aux besoins de l'utilisateur, dans les différents aspects de sa prise en charge. C'est là que la personne en situation de handicap psychique pourra participer activement à l'élaboration de son planning de travail en fonction de ses besoins thérapeutiques ou personnels. S'il bénéficie alors d'un temps partiel nous

⁶² BAUDURET J.F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*. Paris : Dunod, 2002. p. 104.

pourrons mettre en place avec le coordinateur un accompagnement spécifique que nous pourrions proposer à un de nos partenaires GEM ou foyer d'hébergement.

L'objectif de l'ESAT est double : faire en sorte que la personne en situation de handicap psychique qui ne travaille qu'à temps partiel ne se retrouve pas en difficulté sociale quand elle n'est pas à l'ESAT et éviter à celui-ci la multiplication des temps partiels et des temps d'hospitalisation qui coûtent cher.

L'offre de service que nous proposons actuellement à nos travailleurs pourra être élargie non seulement en s'appuyant sur nos ressources antérieures et nouvelles mais aussi sur celles que proposent les partenaires au réseau à savoir :

- la mise en place de groupes de paroles,
- la réunion quotidienne à l'arrivée à l'ESAT pour ceux qui en ressentent le besoin,
- la mise en place plus régulière de conventions de mise à disposition de travailleurs d'ESAT dans les entreprises publiques et privées,
- la mise en place d'actions de formation professionnelle notamment sous la forme de VAE,
- la possibilité d'activités de 2^{ème} type réalisées dans d'autres structures médico-sociales et non plus seulement en interne...

La trame de ces projets personnalisés sera mise en place avec l'ensemble des personnels de l'ESAT lors de groupes de travail afin de définir les éléments qui nous seront nécessaires lors de l'établissement de ce projet (anamnèse, actes de la vie quotidienne, comportement social, hygiène, capacités professionnelles...). En fonction des thématiques qui ressortiront du croisement du travail réalisé par chaque groupe (avec deux réunions de deux heures pour trois groupes), un dossier sera établi pour chaque travailleur avec sa participation active. Avec l'aide de son moniteur référent, il contribuera activement à l'élaboration de son projet personnalisé qui sera composé de ses souhaits en matière d'avancement professionnel (quels apprentissages, quelle formation...), de ses besoins en soins et de l'intégration dans la vie sociale (loisirs, groupes de parole...).

Ce projet sera annexé au contrat d'aide et de soutien et renouvelé au moins une fois par an de manière à vérifier non seulement sa mise en œuvre mais aussi les écarts entre les deux périodes.

Ce n'est qu'à ce moment là, qu'il sera possible d'interpeler les partenaires du réseau nécessaires à la mise en œuvre des divers projets personnalisés : les GEM pour ce qui est du domaine du loisir et du culturel, les FLE pour des activités d'apprentissage à l'informatique, l'Association Nationale pour la Formation des Adultes (AFPA), pour les

formations professionnelles, les CMP, structures médicales pour l'accompagnement dans les soins...

Pour que l'ensemble des partenaires, des usagers et de leurs familles connaissent et comprennent cette démarche réseau, nous mettrons en place un outil de communication qui nous permettra aussi de travailler sur les objectifs que nous nous fixons.

3.2.2 Une charte commune pour faire connaître les objectifs du réseau

Pour qu'un réseau fonctionne bien, une des premières actions à mener est de faire une réunion avec l'ensemble des acteurs qui pourront potentiellement y entrer. Ainsi, il sera possible de connaître les missions de chacun et de mettre en place les objectifs communs que nous formaliserons sous la forme d'une charte commune permettant de les préciser.

Le Réseau Handicap Psychique de l'Isère a déjà établi une charte que je pourrais proposer à nos partenaires :

Charte d'un réseau sanitaire et médico-social concourant à l'insertion sociale et/ou professionnelle des personnes adultes handicapées psychiques de l'Isère.

- Mission du réseau : contribuer à l'insertion sociale et/ou professionnelle d'un public nécessitant une démarche spécifique (les personnes handicapées psychiques). Les acteurs membres du réseau ont des compétences complémentaires susceptibles d'apporter les réponses adéquates à une prise en charge globale de la personne dans son parcours d'insertion.
- Public concerné : il s'agit de personnes adultes atteintes d'une pathologie mentale avérée, c'est à dire diagnostiquée et confirmée, dont les antécédents et le pronostic laissent à penser qu'il s'agira d'une maladie à longue évolution et qui pourront développer des capacités d'autonomie et de (re) socialisation grâce à un accompagnement adapté nécessitant des interventions sanitaires et sociales complémentaires.
- Rappel de la spécificité de ce public : les manifestations de la maladie mentale supposent des modalités de prise en charge adaptée, prenant en compte : l'évolution fluctuante de l'état de santé (comportant des « allers et retours » entre les différentes étapes du parcours d'insertion ainsi que des ruptures parfois longues), la personne dans sa globalité (santé, social, professionnel), ses capacités sociales et/ou professionnelles mobilisables. Sans oublier la place du réseau primaire qu'il ne faut pas négliger.

L'intérêt de cette charte est de poser en préambule certains jalons de manière à ce que l'ensemble des partenaires et de leur environnement aient les mêmes bases fondamentales.

Ensuite, il sera important que chaque structure partie prenante du réseau connaisse, autant que faire ce peut, l'ensemble des autres. En ce qui concerne l'ESAT, notre coordinateur mettra en place le calendrier des visites par les autres membres du réseau avec comme participants pour l'ESAT un moniteur d'atelier volontaire, la psychologue, la psychiatre et moi-même.

Ces visites permettront de mieux visualiser l'ensemble des ateliers que nous proposons et de mieux appréhender tous les modes de prise en charge qui sont à la disposition des travailleurs handicapés en fonction de leurs compétences et de leur comportement, jusqu'à l'intégration graduelle en milieu ordinaire.

D'autre part, une réunion mensuelle du réseau sera programmée en essayant, si les locaux le permettent, de tourner sur l'ensemble des établissements de manière à créer une dynamique d'échanges.

Un thème sera préalablement proposé pour la réunion suivante, thème qui pourra aussi bien porter sur une pathologie, que sur les modalités à notre disposition pour l'intégration professionnelle des personnes handicapées (loi du 30 juin 1987 et loi du 11 février 2005)... Ces thématiques pourront être choisies en fonction de la demande des salariés, de problèmes soulevés par les usagers (au travers des Conseils à la Vie Sociale de chaque structure ou de façon plus individuelles), de l'actualité,... Un des thèmes qui pourrait être prioritairement traité est la bientraitance car elle se situe à l'articulation des bonnes pratiques professionnelles, de l'évaluation interne, du respect de la personne et de la citoyenneté.

3.2.3 La bientraitance, un terme fédérateur

Il me semble important de discuter de ce problème car il est commun à toutes les institutions et, du fait de la mise en réseau, nos comportements et pratiques professionnelles vont être vus sous des angles différents. Ainsi, ce sujet fort de sens et de fondements va nous permettre de mieux nous connaître en réalisant un travail de collaboration.

Aujourd'hui, les politiques publiques mettent en avant la solidarité nationale et l'intégration pour renforcer la cohésion sociale. Le gouvernement s'est engagé à mener une action énergique en faveur des victimes de toute forme d'exclusion. La nouvelle orientation de la politique du handicap, repose sur le changement de regard, la non-discrimination, la priorité donnée à l'intégration des personnes en milieu ordinaire, le droit à compensation et la participation des citoyens handicapés à la vie de la cité.

« Le plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance » a été mis en place le 14 mars 2007 par le Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Dans ce plan d'action 10 mesures concrètes sont prévues sous deux axes principaux :

- Le développement d'une culture de bientraitance dans les établissements,
- Le renforcement de la lutte contre la maltraitance,

Pour toutes ces raisons, nous travaillerons, en interne et avec l'appui du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) de l'association, à la mise en place d'un protocole de bientraitance. Comme le prévoit le plan, là aussi, des actions de formation seront nécessaires pour aider « les personnels à faire évoluer leurs comportements pour améliorer la qualité de vie des usagers »⁶³

J'établirai des groupes de travail qui pourront l'un définir la maltraitance et établir une liste d'actes maltraitants, l'autre, élaborer des outils servant à la détection et au suivi de la maltraitance avec la mise en place d'une grille d'observation et le dernier aura en charge le support et la diffusion de l'information sur la bientraitance (charte par exemple).

Ce premier travail sur ce thème de la bientraitance nous permettra, comme à l'ensemble de nos partenaires dans le réseau de se remettre en question quant à la manière dont nous appréhendons le projet de vie d'un travailleur en situation de handicap psychique.

3.3 METTRE EN PLACE UN « PARCOURS DE TRANSITION » COORDONNE PAR LE RESEAU

3.3.1 Elaborer un protocole d'intégration au réseau

Concevoir un réseau comme la volonté de différents professionnels à travailler ensemble est insuffisant car leurs engagements ne reflètent que la volonté de quelques individus. Comment pérenniser un réseau s'il repose sur l'engagement de personnes qui sont amenées à changer ou être remplacées au gré de leurs carrières ? De plus, comme nous l'avons vu précédemment, les personnes en situation de handicap psychique sont très sensibles aux changements et si nous n'y prêtons pas attention, ces changements peuvent être vécus comme maltraitants.

⁶³ *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance.* Mars 2007, p. 4.

Il est donc indispensable que les acteurs du réseau soient les représentants de l'engagement des établissements et services qui les missionnent, que ce soit dans les secteurs associatifs, institutionnels, publics ou privés. De cette manière, l'engagement des structures et des institutions est le garant d'une continuité et d'une stabilité nécessaire au fonctionnement du réseau et au respect des besoins de l'utilisateur. Ceci est un véritable enjeu notamment dans une grande ville comme Montpellier où la taille des institutions dilue l'impact des actions individuelles.

Une étape importante du développement d'un réseau est sa coordination c'est d'ailleurs pour cette raison que j'ai nommé, en interne un coordinateur non pas du réseau mais pour qu'il fasse le lien entre les autres structures et la nôtre.

3.3.2 Etablir des allers/venues balisés entre chaque établissement du réseau

Comme je l'ai déjà expliqué ultérieurement, le handicap psychique est notamment issu de pathologies évolutives et se caractérise par sa grande variabilité et une logique de trajectoire (et non de structure). Il s'agit bien de mettre en place une transversalité des prises en charge et non pas d'accompagnement à l'intérieur d'une même filière. Il est donc essentiel que soient réévalués les déficits et les potentialités des personnes en situation de handicap psychique ce qui passe par son plan d'accompagnement (« de compensation » au sens de la loi du 11 février 2005), après chaque échec ou rupture de trajectoire.

Il faudra, avec l'aide de la MDPH redéfinir en permanence les besoins des personnes que nous accueillons à l'ESAT et pouvoir faire un accompagnement à la carte tout en conservant le lien :

- un peu plus de travail quand la personne est bien stabilisée : temps complet. L'augmentation du temps de travail doit se faire graduellement afin de bien évaluer la tolérance de l'utilisateur à ce nouveau stress. Un temps complet peut s'avérer, à la longue, néfaste car il expose la personne à la fatigue et au stress ce qui peut l'obliger à quitter son emploi ;
- plus de soins à l'inverse ou une hospitalisation avec autorisation de sorties ;
- plus d'accompagnement social quand la personne n'a pas de domicile ou est en famille avec souvent de grosses difficultés relationnelles ou se trouve très isolé pour les actes essentiels à la vie quotidienne ;
- Un peu plus d'activités hors ESAT (GEM...) quand la personne a du mal à concilier traitement, travail, cadre...

C'est dans ce cadre là que les termes de « parcours coordonné » prennent tout leur sens puisque grâce au réseau, à l'établissement d'un projet de vie et à l'individualisation des prises en charge chaque trajectoire sera différente.

La mise en place de tels accompagnements sera au préalable assez complexe car elle demandera beaucoup de souplesse de la part de l'ensemble des acteurs au réseau. Pour exemple, le temps qui est nécessaire à l'obtention d'une orientation CDAPH pour un essai en ESAT : six mois. Il faudra se poser la question de savoir si la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ne serait pas suffisante pour qu'ils puissent aller d'une structure travail ordinaire vers travail protégé et ce à condition qu'un accompagnement adéquat soit mis en place? Ces allées-venues s'établiront en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution dans le temps : la flexibilité des systèmes et des procédures est impérative pour accompagner cet handicap tout en conservant un cadre qui reste, pour cette population, très structurant.

3.3.3 Coordonner un parcours personnalisé

Au-delà du projet de vie et du projet personnalisé propre à l'ESAT (annexé au contrat d'aide et de soutien), le réseau devra aider à la mise en place d'un parcours coordonné qui est encore moins figé que les précédents.

En effet, comme le dit Pierre Vidal-Naquet « *une maladie dont les manifestations sont imprévisibles, et qui s'exprime sur un mode discret, ne peut générer que des parcours de vie singuliers. (...) Dans ce cadre, compenser le handicap nous conduit à trouver les portes, les ouvrir en douceur, faire visiter l'appartement, être plâtrier, plombier, électricien, refermer les portes le cas échéant.* »⁶⁴.

Pour « visiter cet appartement » il est plus aisé de le faire à plusieurs car ainsi aucun détail n'est oublié et la personne le choisit en toute connaissance de cause.

Pour le professionnel qui accompagne alors la personne handicapée psychique, en l'occurrence, pour l'ESAT, le coordinateur, il devra se situer au carrefour des diverses demandes et orienter l'utilisateur vers les bons interlocuteurs et au bon moment.

C'est tout un travail de confiance avec le bénéficiaire qui devra se mettre en place de manière à ce que la fin du parcours soit le travail en milieu ordinaire tout en conservant quelques appuis dans le secteur médico-social.

Cette confiance pourra s'établir grâce à la mise en place d'un seul référent qui suivra la personne handicapée psychique tout au long de cet itinéraire.

⁶⁴ VIDAL-NAQUET P. *Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle*. Enquête auprès du réseau galaxie, Mai 2003, p. 5

Le ré-entraînement à la vie active est une phase très délicate qui demande beaucoup de savoir-faire et de soutien car si pour une personne dite « normale » le travail apporte l'autonomie, pour qu'une personne handicapée psychique (re)travaille, elle doit d'abord retrouver son autonomie physique et psychologique.

Même si la personne a déjà connu des expériences professionnelles, il faudra, bien souvent, qu'elle réapprenne les règles de base de la vie active et collective (respect des horaires, des autres, des consignes, des outils...). Pour que ce ré-entraînement fonctionne je devrai participer à sa réussite en fournissant, pour la partie travail protégé, un lieu conçu à cet effet, des activités professionnelles qui permettent d'entretenir une relation de proximité avec la clientèle (favorable à la restauration d'une image de soi positive).

Avec l'aide des membres du réseau, mais réalisés en interne, je mettrai en place des entretiens de suivi qui permettront de baliser le parcours des travailleurs en terme d'objectifs. Ils seront faits trimestriellement avec le travailleur, le coordinateur et le moniteur d'atelier. Cet entretien servira à mesurer le chemin parcouru que ce soit en terme d'évolution positive, négative ou de stabilisation des acquis. Le rôle de cet entretien sera de confronter les différents avis face à la réalité du travail : expérimentation vécue par l'usager et les observations faites par le moniteur. Le coordinateur repèrera alors les éléments positifs qui serviront de points d'appui à des projets nouveaux que ce soit en terme d'horaires ou de travail en entreprise (convention de détachement de travailleur ou contrat aidé). Les éléments parasites seront aussi repérés et pourront être travaillés avec l'ensemble des partenaires afin qu'ils ne fassent plus obstacle à la progression dans le parcours.

C'est lors de cette phase de transition de (ré)adaptation au travail, que des formations professionnelles pourront être proposées afin de consolider les acquis du travailleur mais aussi de le rassurer dans ses capacités.

Grâce à ce travail, qui peut durer plusieurs mois mais sans pour autant s'éterniser (le but étant de ne pas « garder » la personne en situation de handicap psychique trop longtemps), la (ré)acquisition de capacités productives et une plus grande confiance en soi pourront permettre d'envisager de continuer le parcours en milieu ordinaire de travail.

A ce stade là, c'est une autre stratégie de soutien qui devra être mise en place de manière à ce que le nouvel entourage de la personne en situation de handicap psychique puisse l'aider dans son travail au quotidien : horaire personnalisé, former un tuteur au sein de l'entreprise...

Cette personne devra alors bénéficier d'une aide à l'insertion d'une part parce qu'elle aura besoin d'un appui lors de ce nouveau changement de cadre et d'autre part parce que les entreprises ne sont pas toujours enclines à embaucher des personnes ayant des troubles

psychiques. Il serait alors nécessaires de les rassurer en assurant un accompagnement de l'usager.

Ainsi, il pourra être possible de maintenir dans l'emploi des personnes souffrant de handicap psychique.

D'ailleurs, le Conseil Général de l'Isère, dans son schéma d'organisation sociale et médico-sociale a validé des propositions en avril 2005 allant dans le sens de l'accès à l'emploi de la personne handicapée et son suivi, d'une articulation du travail protégé vers le milieu ordinaire et d'une identification des besoins transversaux communs à la réalisation des parcours d'insertion⁶⁵.

Je pense qu'il sera possible qu'une telle démarche puisse être discuté dans notre département, dans le cadre d'un programme départemental d'insertion des travailleurs handicapés. Ceci permettrait l'élargissement des offres d'accompagnement dans un souci, et de transversalité, et de parcours personnalisé en fonction de l'état de santé des personnes en situation de handicap psychique et de l'évolution de leurs besoins.

⁶⁵ COTEC/12 04 05/ Groupe de travail « le travail des personnes handicapées ». Schéma d'organisation sociale et médico-sociale. Conseil Général de l'Isère / DDTEFP.

CONCLUSION

Tout au long de ce mémoire, je me suis employée, en tant que directrice d'ESAT à adapter notre structure à une nouvelle population : les personnes en situation de handicap psychique. Les politiques publiques s'imprégnant de plus en plus des politiques européennes, nous allons vers l'inclusion des personnes handicapées : ceci est vrai pour la scolarisation des enfants handicapés, pour le maintien à domicile des personnes âgées et pour les personnes souffrant de maladie mentale... A terme, seules les personnes pouvant représenter un risque pour la société ou pour elles-mêmes resteront en institution.

La reconnaissance officielle par la loi « pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » est une étape décisive pour les personnes handicapées psychiques. Mais l'avenir est à construire. Comment nous, professionnels, les associations, les pouvoirs publics, vont-ils unir leurs efforts pour réussir une politique de réinsertion ambitieuse, c'est-à-dire à la hauteur des besoins ?

C'est cette question qui m'a préoccupée tout au long de cet écrit pour essayer d'apporter une solution possible pour que ces usagers puissent intégrer un ESAT sans qu'il n'y ait stigmatisation due à leur maladie, inquiétude du personnel, des autres usagers et surtout crainte de leur part d'un « enfermement » sans possibilité de retour ou d'accès vers le milieu ordinaire.

En interne, une des priorités d'un ESAT est bien d'amener la personne qui entre dans la structure, quel que soit son âge, son handicap... vers le milieu ordinaire et de lui fournir un milieu dans lequel elle se sente en confiance et en sécurité. En cela, toutes les actions pouvant converger vers ces résultats doivent pouvoir être mises en œuvre.

C'est pour cette raison, de manière à aller plus loin que pour le projet qui m'a préoccupée, tout au long de cet écrit, qu'il il serait souhaitable de permettre à l'ESAT de mettre en place un nouveau programme qui consisterait en une unité de réentraînement (travail et vie sociale) puis à la création d'une unité de travail type « sans le mur ». Ce dispositif permettrait, aux personnes en situation de handicap psychique de ne pas devoir passer obligatoirement par l'ESAT (lieu d'accueil) pour accéder à un emploi protégé au sens de la prise en charge médico-sociale : moins de stigmatisation, de crainte de la promiscuité de

l'autre en tant que malade... Comme le fait notamment le groupe Messidor⁶⁶, la multiplication de l'offre des modes de prise en charge permet à chacun un itinéraire personnalisé.

Pour ce qui est de l'externe, c'est-à-dire du réseau, même s'il reste encore des zones d'ombre, d'incertitude il faut continuer ce travail de partenariat et le généraliser. Le réseau ne se décrète pas : il se construit au fil du temps et des rencontres.

Mais plus il y a, comme pour nous, des modes de prise en charge diversifiées, plus il y a de chance pour les personnes en situation de handicap psychique de pouvoir s' « inclure » plus aisément dans la société. Le concept de l'association loi 1901 « Les Invités au Festin » créée en 1990 est bien de lutter contre la solitude et l'exclusion des personnes souffrant de difficultés psychologiques et/ou sociales, en créant des espaces d'accueil, de rencontre et de vie entre exclus et inclus, hors de tout rapport aidant/aidé. Les lieux d'accueil de jour peuvent avoir le statut de GEM et les lieux de vie celui de maisons relais. Pour l'instant, rien n'existe encore dans notre département qui reprenne ces modes d'accompagnement.

C'est bien pour cela, que le réseau ébauché dans le contexte précité doit se fortifier pour devenir lui-même porteur de projets afin de favoriser l'inclusion, le plus rapidement possible, des personnes en situation de handicap psychique qui sont de plus en plus nombreuses à vivre dans la cité.

⁶⁶ Messidor est une association gestionnaire d'établissements de Travail Protégé en Région Rhône Alpes.

Bibliographie

Ouvrages classés par ordre alphabétique de noms d'auteur

- BAPTISTE R. *Reconnaître le handicap psychique*. Lyon : Chronique sociale, 2005. 165 p.
- BAUDURET J.F., JAEGER M. *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*. Paris : Dunod, 2002. 322 p.
- BEGUE B. Psychiatres au bord de la crise de nerfs. *Viva Magazine*. Décembre 2004.
- BESANCON M.N. *On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux*. Paris. Editions de l'Atelier, 2007. 227 p.
- CHARZAT M. *Rapport à Mme Ségolène Royal Ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Personnes Handicapées*. Mars 2002. 138 p.
- Conseil Economique et Social Régional Rhône-Alpes. *Handicap psychique et insertion sociale et professionnelle*. Rapport n° 2005-03. Assemblée plénière du Conseil Economique et Social du mercredi 19 janvier 2005. 45 p.
- CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et Inadaptations). *Le handicap en chiffres*. Février 2004. 77 p. Disponibilité : <http://www.sante.gouv.fr/drees/handicap/handicap.pdf>
- DORON R., PAROT F. *Dictionnaire de psychologie*. PUF, 2007. 756 p.
- DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). *Les établissements de santé en 2004*. Etudes et résultats n° 456, décembre 2005. 12 p.
- DUMOULIN P., DUMONT R., BROSS N. *Travailler en réseau : méthodes et pratiques de l'intervention sociale*. Paris : Dunod, 2006. 238 p.
- ESCAFFRE J.P. Réseaux sociaux et prise en charge hospitalière, *Cahiers de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*, 1988, n° 2.
- JAEGER M. *L'articulation du sanitaire et du social, Travail social et psychiatrie*. Paris : Dunod, 2006 (2^{ème} édition). 166 p.
- LALONDE P. *Qu'est ce que la schizophrénie?* MD et coll. Gaëtan Morin éditeur. Disponibilité : <http://www.schizophrénie.qc.ca/FR/Infos/index.html>
- LE DANTEC J. *Entre travail et handicap*. Travail et handicap, *Empan*, n° 55, Erès, septembre 2004, pp. 73-80.
- LEFEVRE P. *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*. 2^o ed. Paris : Dunod, 2003. 404 p.
- LE ROY C. Travail en milieu ordinaire. Attentes et représentations. *Revue Pratiques en Santé mentale*. 2005. n°4, pp. 4-9. Disponibilité : www.cnam.fr/handicap/documentation.

Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes Agées, aux Personnes Handicapées et à la Famille. *Plan de développement de la bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance*. Mars 2007. 30 p.

MIRAMON J.M. *Manager le changement dans l'action sociale*. Rennes : ENSP, 2006. 128 p.

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MANASM). *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* Edition de l'Ecole de la Santé Publique (ENSP). 2005. 93 p.

MNASM (Mission nationale d'appui en santé mentale). *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?* Rennes : ENSP, 2005. 93 p.

OMS (Organisation Mondiale de la Santé). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de santé*. Genève : OMS. 2001.

PAIAZZOIO J., JUIERET J.M., DE MAXIMY B. De la relation entre maladie mentale, travail et insertion. *Synapse*. Juin 2001, n° 177. Disponibilité : www.medspe.com

PIEL E., ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport de mission : 2001. 92 p.

PINERO M. Panser et repenser la psychiatrie. *Viva Magazine*, 23 octobre 2006. Disponibilité : <http://www.viva.presse.fr>.

Psychiatrie et santé mentale. 2005-2008. 98 p.

SANTE MENTALE FRANCE. Le livre blanc des partenaires de Santé Mentale France, association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité. Paris : Editions de Santé, 2001. 31 p.

SASSOLAS M. *Les Portes du soin en Psychiatrie*. Paris : Erès, 2002. 244 p.

STIKER H.J. *Corps Infirmes et sociétés*. Aubier Montaigne, 1992. 252 p.

STIKER H.J. *Pour le débat démocratique : la question du handicap*. Paris : CTNERHI. 2000. 160 p.

TREOGAT J.J. Instruction ministérielle n° DGAS/5D/2007/309 du 3 août 2007 portant sur « la mise en œuvre des groupements de coopération sociale et médico-sociale ». 49 p.

UNAFAM. *Plan pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans la cité*. Mai 2003. 14 p.

VIDAL-NAQUET P. *Maladie mentale, handicap psychique et insertion professionnelle*. Enquête auprès du réseau galaxie, Mai 2003.

ZRIBI G. et SARFATY J. *Handicapés mentaux et psychiques vers de nouveaux droits*. Rennes : ENSP Editions, 2003. 127 p.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Les derniers indicateurs médico-sociaux appliqués aux ESAT

Les derniers indicateurs de performance liés aux ESAT sont :

- Part en % de la rémunération directe (y compris complément de rémunération) dans la rémunération totale des travailleurs handicapés en ESAT,
- Nombre de conventions de mise à disposition de travailleurs d'ESAT conclues dans l'année rapportées au nombre d'entrée en ESAT de l'année,
- Nombre de conventions de mise à disposition par rapport au nombre de travailleurs handicapés de l'ESAT concerné,
- Nombre de travailleurs handicapés partant en milieu ordinaire.