



## ADAPTER UN ESAT À L'ÉVOLUTION DU PUBLIC ET AUX CONTRAINTES DE L'ENVIRONNEMENT

Sébastien DEGRAND

2009

*cafdes*



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

Laurence, ma femme qui m'a toujours soutenu, encouragé...et supporté...,

Alexandre, Martin, Margaux et Camille à qui j'espère avoir donné la soif de...,

Mes parents qui m'ont permis d'être ce que je suis,

Dominique RICHARD, pour sa confiance, pour l'envie suscitée et la concrétisation de mon projet,

Sophie DEREGNAUCOURT, Directrice du TAD et Didier MONTREUIL, Directeur Adjoint du TAD pour leur écoute et leurs conseils avisés.

Bénédicte BAYOT, Responsable Qualité et Evaluation Interne de l'APEI de DOUAI,  
Lydie BAILLEUL, Responsable de la Démarche Evaluation Clinique de l'APEI de DOUAI,

Les travailleurs handicapés de l'ESAT de LAMBRES pour la formidable leçon de vie,

Mes compagnons de formation pour toutes les expériences enrichissantes vécues ensemble,

Les intervenants de la formation CAFDES de l'IRTS de Lille, Régis DUMONT et Michèle MAIANI pour leur professionnalisme.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 UNE NECESSAIRE ADAPTATION.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 PREAMBULE .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Généralités sur le handicap .....	3
A) Approche du handicap .....	3
B) Approche de la déficience mentale.....	3
a) Les origines de la déficience mentale sont variées .....	3
b) Mesures de la déficience mentale .....	4
c) Comportements à adopter.....	5
1.1.2 Le public en ESAT .....	6
<b>1.2 L'EVOLUTION DU PUBLIC .....</b>	<b>7</b>
1.2.1 Au niveau national .....	7
A) L'évolution de la population .....	7
a) Notions sur le handicap psychique .....	7
b) Notions sur le « handicap social ».....	8
B) Le vieillissement de la population handicapée .....	9
a) Au sens large .....	9
b) En ESAT.....	10
1.2.2 A l'ESAT de LAMBRES .....	10
A) L'ESAT dans son environnement géographique .....	10
a) Le Nord-Pas de Calais : une région moins favorisée .....	11
b) Le DOUAISIS : Un territoire toujours marqué par son histoire .....	11
c) Un ESAT au cœur d'un bassin fortement défavorisé .....	12
B) A l'ESAT de LAMBRES .....	13
a) La répartition de la population.....	13
b) Les déficiences du psychisme.....	15
c) Une reproduction transgénérationnelle des problématiques .....	16
d) Le vieillissement à l'ESAT.....	16
e) Des problématiques spécifiques .....	18
C) Conclusion : une nécessaire adaptation.....	18

<b>1.3</b>	<b>L'EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF .....</b>	<b>19</b>
1.3.1	Vers l'individualisation de la prise en charge.....	19
A)	Des lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975 ... ..	19
B)	... A la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale.....	20
C)	...Puis à la loi 2005-102 : l'individualisation par la contractualisation.....	22
1.3.2	Les activités de soutien en question.....	23
1.3.3	Face à l'évaluation.....	24
1.3.4	A la mise en place des CPOM.....	25
1.3.5	L'insertion .....	27
1.3.6	La Formation .....	28
<b>1.4</b>	<b>UNE ACTIVITE ECONOMIQUE DE PLUS EN PLUS PREGNANTE .....</b>	<b>30</b>
1.4.1	Les ESAT : des entreprises à part entière.....	30
1.4.2	Des transferts de charges .....	31
A)	Un transfert de charges financières .....	31
a)	Une augmentation demandée des rémunérations .....	31
b)	La prise en charge des dépenses de médecine du travail .....	32
B)	Un transfert de charges administratives .....	32
<b>1.5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>34</b>
<b>2</b>	<b>ETAT DES LIEUX .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1</b>	<b>PRESENTATION .....</b>	<b>35</b>
2.1.1	APEI de DOUAI .....	35
2.1.2	Le Travail Adapté du DOUAISIS .....	35
2.1.3	L'ESAT de LAMBRES .....	35
A)	Des activités économiques diversifiées.....	36
B)	L'organigramme de l'établissement .....	36
C)	Une implantation en zone urbaine .....	37
2.1.4	L'environnement et les partenaires .....	37
<b>2.2</b>	<b>FORCES ET FAIBLESSES .....</b>	<b>39</b>
2.2.1	L'ESAT de LAMBRES au sein de l'APEI de DOUAI .....	39
A)	L'APEI.....	39
a)	Une association structurée.....	39
b)	Une organisation non encore efficiente.....	40
B)	Le Travail Adapté du DOUAISIS.....	41
a)	Un concept prometteur.....	41
b)	Un concept en attente d'appropriation .....	42

C)	Des forces en devenir .....	42
2.2.2	L'ESAT de LAMBRES.....	42
A)	Face aux outils de la loi 2002-2 .....	42
a)	Des outils existants.....	42
b)	Des outils à réactualiser .....	43
c)	Conclusion .....	43
B)	D'un point de vue financier .....	43
a)	Un Budget Principal d'Activité Sociale chroniquement déficitaire. ....	43
b)	Un secteur économique en développement.....	45
C)	Son organisation.....	46
a)	Une équipe pluridisciplinaire .....	46
b)	Une équipe en décalage.....	47
c)	Conclusion .....	49
D)	Les activités économiques .....	49
a)	Des activités en réorganisation.....	49
b)	Une activité à restructurer .....	50
c)	Un service à professionnaliser, du stade artisanal au stade industriel.....	50
E)	La prise en charge éducative .....	50
a)	Une organisation au service de la prise en charge.....	50
b)	Mais une organisation à repenser.....	52
c)	Un besoin d'accompagnement .....	53
2.2.3	L'environnement et les partenaires de l'ESAT .....	53
A)	S'intégrer à l'environnement .....	53
a)	De nombreux partenaires économiques.....	53
b)	Et éducatifs.....	53
c)	La gestion de la liste d'attente .....	54
d)	Les opportunités offertes par le PRIAC et le schéma départemental.....	55
B)	Un partenariat à développer .....	56
C)	Conclusion .....	56
<b>2.3</b>	<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>57</b>
2.3.1	Quelles adaptations pour demain ? .....	57
A)	Pour développer la formation et l'insertion .....	57
B)	Pour faire face au vieillissement .....	57
C)	Pour faire face à la parentalité .....	58
D)	Pour faire face à l'hétérogénéité des publics.....	58
E)	Un développement économique.....	59

2.3.2	Des problématiques supplémentaires .....	59
A)	Revoir l'organisation .....	60
B)	Une perte de sens.....	60
2.3.3	Conclusion.....	61
<b>3</b>	<b>PLAN D' ACTIONS.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1</b>	<b>REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT – REDONNER DU SENS ET DES VALEURS.....</b>	<b>62</b>
3.1.1	Refonder le projet d'établissement.....	62
3.1.2	Profiter de la présence d'un consultant pour guider.....	63
3.1.3	Créer un livret d'accueil à destination des professionnels.....	64
3.1.4	Créer du lien entre le service médico-social et le service économique.....	65
3.1.5	L'activité économique support à certaines activités de soutien.....	66
3.1.6	Développer la formation .....	66
3.1.7	Développer une dynamique d'insertion .....	67
A)	Ouvrir les travailleurs handicapés à cette possibilité.....	67
B)	Ouvrir les professionnels aux dispositifs d'insertion.....	67
<b>3.2</b>	<b>TROUVER DE NOUVEAUX MARCHES, RESTRUCTURER LES ACTIVITES ET LES ATELIERS .....</b>	<b>68</b>
3.2.1	Créer un service commercial.....	68
3.2.2	Créer un service « Gestion des stocks - logistique » .....	69
3.2.3	Créer d'un pôle Méthode.....	70
3.2.4	Développer les activités existantes .....	72
A)	L'atelier mécano soudure.....	72
B)	L'atelier repassage retouches.....	72
C)	Les produits propres.....	73
D)	Les prestations extérieures .....	74
3.2.5	Développer de nouvelles activités .....	74
A)	Créer une activité bâtiment second œuvre .....	74
B)	Intégrer la cuisine centrale à l'ESAT .....	75
<b>3.3</b>	<b>SAISIR LES OPPORTUNITES OFFERTES PAR LE PRIAC.....</b>	<b>76</b>
3.3.1	Modifier l'agrément.....	76
3.3.2	Renforcer l'organigramme .....	77
3.3.3	Consolider le budget.....	79
A)	Des investissements complémentaires.....	79
B)	Un budget renforcé .....	79

3.4	Intéresser les travailleurs handicapés.....	80
3.5	CONCLUSION.....	80
	Conclusion.....	81

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH :	<b>A</b> llocation <b>A</b> dulte <b>H</b> andicapé
AGEFIPH :	<b>A</b> ssociation de <b>G</b> Estion du <b>F</b> onds pour l' <b>I</b> nsertion <b>P</b> rofessionnelle des <b>H</b> andicapés
AMP :	<b>A</b> ide <b>M</b> édico- <b>P</b> sychologique
ANDICAT :	<b>A</b> ssociation <b>N</b> ationale des <b>D</b> irecteurs et <b>C</b> adres d' <b>E</b> SAT
ANESM :	<b>A</b> gence <b>N</b> ationale de l' <b>E</b> valuation et de la qualité des établissements et <b>S</b> ervices sociaux et <b>M</b> édico-sociaux
APEI :	<b>A</b> ssociation de <b>P</b> arents et Amis de <b>P</b> ersonnes <b>D</b> éficientes <b>I</b> ntellectuelles
ASP :	<b>A</b> gence de <b>S</b> ervice et de <b>P</b> aielement
AVAD :	<b>A</b> gir <b>V</b> aloriser <b>A</b> nticiper <b>D</b> évelopper
BAPC :	<b>B</b> udget <b>A</b> nnexe de <b>P</b> roduction et de <b>C</b> ommercialisation
BEP :	<b>B</b> revet d' <b>E</b> tudes <b>P</b> rofessionnelles
BPAS :	<b>B</b> udget <b>P</b> rincipal d' <b>A</b> ctivité <b>S</b> ociale
CAP :	<b>C</b> ertificat d' <b>E</b> tudes <b>P</b> rofessionnelles
CAT :	<b>C</b> entre d' <b>A</b> ide par le <b>T</b> ravail
CCN66 :	<b>C</b> onvention <b>C</b> ollective <b>N</b> ationale du 15 mars 19 <b>66</b>
CDAPH :	<b>C</b> ommission <b>D</b> épartementale des <b>D</b> roits et de l' <b>A</b> utonomie des <b>P</b> ersonnes <b>H</b> andicapées
CDES :	<b>C</b> ommission <b>D</b> épartementale de l' <b>E</b> ducation <b>S</b> pécialisée
CIF :	<b>C</b> lassification <b>I</b> nternationale du <b>F</b> onctionnement, du handicap et de la santé
CNASEA :	<b>C</b> entre <b>N</b> ational pour l' <b>A</b> ménagement des <b>S</b> tructures des <b>E</b> xploitations <b>A</b> gricoles
CNRS :	<b>C</b> entre <b>N</b> ational de la <b>R</b> echerche <b>S</b> cientifique
COTOREP :	<b>C</b> ommission <b>T</b> echnique d' <b>O</b> rientation et de <b>R</b> eclassement <b>P</b> rofessionnel
CPOM :	<b>C</b> ontrat <b>P</b> luriannuel d' <b>O</b> bjectifs et de <b>M</b> oyens
CQFMA :	<b>C</b> ertificat de <b>Q</b> ualification aux <b>F</b> onctions de <b>M</b> oniteur d' <b>A</b> telier
CREAI :	<b>C</b> entre <b>R</b> égional pour l' <b>E</b> nfance et l' <b>A</b> dolescence <b>I</b> nadaptées
CROSMS	<b>C</b> omité <b>R</b> égional d' <b>O</b> rganisation <b>S</b> ociale et <b>M</b> édico- <b>S</b> ociale
CSAF :	<b>C</b> ode de l' <b>A</b> ction <b>S</b> ociale et des <b>F</b> amilles
CSAT :	<b>C</b> ontrat de <b>S</b> outien et d' <b>A</b> ide par le <b>T</b> ravail
CVS :	<b>C</b> onseil de <b>V</b> ie <b>S</b> ociale
DDASS :	<b>D</b> irection <b>D</b> épartementale des <b>A</b> ffaires <b>S</b> anitaires et <b>S</b> ociales
DGF :	<b>D</b> otation <b>G</b> lobale de <b>F</b> onctionnement
DRASS :	<b>D</b> irection <b>R</b> égionales des <b>A</b> ffaires <b>S</b> anitaires et <b>S</b> ociales



DREES :	Direction de la <b>R</b> echerche, des <b>E</b> tudes, de l' <b>E</b> valuation et des <b>S</b> tatistiques
EA :	Entreprise <b>A</b> daptée
EHPAD :	Etablissement d' <b>H</b> ébergement pour <b>P</b> ersonnes <b>A</b> gées <b>D</b> épendantes
ESAT :	Etablissement et <b>S</b> ervices d' <b>A</b> ide par le <b>T</b> ravail
ETP :	Equivalent <b>T</b> emps <b>P</b> lein
FAM :	Foyer d' <b>A</b> ccueil <b>M</b> édicalisé
FEGAPEI :	Fédération nationale des Associations Gestionnaires de Parents et amis Employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales
FIPHFP :	Fonds pour l' <b>I</b> nsertion des <b>P</b> ersonnes <b>H</b> andicapées dans la <b>F</b> onction <b>P</b> ublique
GPEC :	<b>G</b> estion <b>P</b> révisionnelle des <b>E</b> mplois et des <b>C</b> ompétences
IGAS :	Inspection <b>G</b> énérale des <b>A</b> ffaires <b>S</b> ociales
IME :	Institut <b>M</b> édico- <b>E</b> ducatif
INSEE :	Institut <b>N</b> ational de la <b>S</b> tatistique et des <b>E</b> tudes <b>E</b> conomiques
ISO :	Organisation Internationale de Normalisation
MAS :	<b>M</b> aison d' <b>A</b> ccueil <b>S</b> pécialisée
MDPH :	<b>M</b> aison <b>D</b> épartementale des <b>P</b> ersonnes <b>H</b> andicapées
OMS :	<b>O</b> rganisation <b>M</b> ondiale de la <b>S</b> anté
OPCA :	<b>O</b> rganisme <b>P</b> aritaire <b>C</b> ollecteur <b>A</b> gréé
PAUF :	<b>P</b> lan <b>A</b> nnuel d' <b>U</b> tilisation des <b>F</b> onds
PP :	<b>P</b> ersonne <b>P</b> hysique
PRIAC :	<b>P</b> Rogramme <b>I</b> nterdépartemental d' <b>A</b> Ccompagnement du handicap et de la perte d'autonomie
QI :	<b>Q</b> uotient <b>I</b> ntellectuel
RBPP :	<b>R</b> eccommandations des <b>B</b> onnes <b>P</b> ratiques <b>P</b> rofessionnelles
RH :	<b>R</b> essources <b>H</b> umaines
SAP :	<b>S</b> ervice d' <b>A</b> ccompagnement à la <b>P</b> arentalité
SAVS :	<b>S</b> ervice d' <b>A</b> ccompagnement à la <b>V</b> ie <b>S</b> ociale
SESSAD :	<b>S</b> ervices d' <b>E</b> ducation <b>S</b> péciale et de <b>S</b> oins à <b>D</b> omicile
SISEP :	<b>S</b> ervice d' <b>I</b> nsertion <b>S</b> ociale <b>E</b> t <b>P</b> rofessionnelle
SMIC :	<b>S</b> alaire <b>M</b> inimum <b>I</b> nterprofessionnel de <b>C</b> roissance
TAD :	<b>T</b> ravail <b>A</b> dapté du <b>D</b> ouaisis
TH :	<b>T</b> ravailleur <b>H</b> andicapé
UNAPEI :	<b>U</b> nion <b>N</b> ationale des <b>A</b> ssociations de <b>P</b> arents d' <b>E</b> nfants <b>I</b> nadaptés
UNIFAF :	Fonds d'Assurance Formation de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale

VA : **V**aleur **A**jsoutée  
VAE : **V**alidation des **A**cquis et de l'**E**xpérience  
VISA : **V**ivre **I**ntégrer **S**ans **A**ttendre

## Introduction

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975 a constitué un tournant dans les politiques en faveur des personnes handicapées, la loi relative aux institutions sociales et médico-sociale 75-535 viendra, elle, définir le principe des institutions médico-sociales. Peu après, en 1978, la circulaire 60 AS précisera la vocation des CAT et leur double finalité.

27 ans après, la loi du 2 janvier 2002 rompt avec la logique d'organisation d'établissement et passe à une logique de service à l'utilisateur et de mise en œuvre et de respect de ses droits.

L'histoire s'accélère ensuite.

Depuis lors, ce sont près de 100 lois, décrets et directives qui sont venus préciser les missions d'un E.S.A.T. et éclairer le contexte de son fonctionnement.

Parallèlement, la médecine a évolué, la connaissance de la déficience, les mentalités et les populations accueillies en E.S.A.T. ont évolué : de nouvelles problématiques sont apparues, vieillissement, troubles du psychisme,...

Tout responsable d'un E.S.A.T. doit aujourd'hui questionner son fonctionnement face à ces données.

Directeur adjoint de l'E.S.A.T. de LAMBRES depuis 18 mois, j'ai pu constater cette nécessité. Cette approche m'a été facilitée par la certification ISO 9001 tant sur le versant économique que sur le versant médico-social et par la démarche d'évaluation interne.

J'en suis aujourd'hui persuadé : Il faut « adapter l'organisation de l'établissement à l'évolution du public et aux contraintes de l'environnement ».

Pour ce faire, je m'appuierai, dans un premier temps, sur une analyse des données sociales, réglementaires et fonctionnelles qui me permettront de connaître précisément l'utilisateur que je me dois d'accompagner et le contexte dans lequel bâtir cet accompagnement.

Je déterminerai ensuite les forces et faiblesses de mon établissement et les opportunités qu'offre son environnement.

L'analyse conjointe de l'ensemble de ces données me permettra alors de définir un plan d'actions adapté.

# 1 UNE NECESSAIRE ADAPTATION

## 1.1 PREAMBULE

### 1.1.1 Généralités sur le handicap

#### A) Approche du handicap

La notion de handicap est d'origine ancienne, du désavantage destiné à égaliser les chances de tous, ne subsiste que la notion de désavantage individuel.

La définition du handicap a été revue en 2001 par l'OMS, qui a adopté la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. Sur cette base, la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées en donne pour la première fois la définition :

*« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».*<sup>1</sup>

- Le britannique Philip WOOD introduit à partir de 1980 une clarification conceptuelle déterminante dans la définition du handicap. Il définit en effet le handicap comme la conséquence des maladies sur la personne, en l'analysant selon trois plans la déficience, l'incapacité et le désavantage.

#### B) Approche de la déficience mentale

La notion de handicap mental souffre d'un contour imprécis, elle recouvre à l'origine l'ensemble des déficiences intellectuelles.

##### a) *Les origines de la déficience mentale sont variées*

La déficience est dite primaire quand elle est d'origine génétique ou périnatale, secondaire quand elle est d'origine post-natale.

---

<sup>1</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 0036 du 12 Février 2005. Article 2- Art L.114.

La déficience mentale est souvent associée à d'autres types de déficience : déficience de l'audition, de la vision, de l'appareil locomoteur, du langage, du psychisme (troubles du comportement, de la personnalité, de la pensée, psychotiques, troubles envahissants du développement...).

*b) Mesures de la déficience mentale*

De nombreux tests psychométriques permettent d'évaluer et de distinguer les compétences, il en résulte un résultat global, le Quotient intellectuel (QI), évolutif au cours de la vie, qui mesure l'avance ou le retard de la personne par rapport à sa classe d'âge. Ces mesures permettent de distinguer<sup>2</sup> :

- Les arriérations mentales profondes (QI <20), qui correspondent à un niveau d'âge mental de 2 à 3 ans,
- Les déficiences mentales sévères (QI entre 20 et 35) : l'insertion socioprofessionnelle est considérée comme quasi-impossible, les capacités d'autonomie très faibles,
- Les déficiences mentales, profondes et graves concernent 5% des personnes déficientes intellectuelles, la déficience est souvent associée à d'autres handicaps. Elles ne permettent pas, ou de façon très limitée, l'accès au langage. Les troubles du comportement sont fréquents et la dépendance massive,
- Les déficiences mentales moyennes (QI compris entre 35 et 50) touchent 10% de la population en situation de déficience intellectuelle : les bases des premiers apprentissages scolaires (lecture et calcul) peuvent être acquises. Les personnes ont besoin d'être sollicitées, aidées, leur insertion professionnelle est possible en milieu protégé avec des soutiens importants.
- Les déficiences mentales légères (QI entre 50 et 75) concernent 85% de la population déficiente intellectuelle, l'acquisition d'aptitudes à la vie courante et l'insertion en milieu ordinaire sont possibles tout en nécessitant un soutien approprié,
- Les personnes de niveau intellectuel normal faible qui présentent des difficultés de conceptualisation et d'abstraction avec une adaptation possible à la vie courante.

---

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Accueil >Handicaps de A à Z>Déficiences intellectuelles [Avril 2003], disponible sur internet : <http://www.handicap.gouv.fr-handicaps>

c) *Comportements à adopter*

Face aux difficultés de compréhension de la personne déficiente mentale :

- Il faut présenter une seule consigne à la fois, quel que soit le domaine, rare est celle à comprendre deux instructions différentes,
- L'incompréhension des situations peut engendrer de l'anxiété, de la peur et donc entraîner des troubles du comportement et de la conduite (panique, fuite, anxiété, agressivité).

Son défaut de mentalisation implique :

- Qu'il faille décoder à sa place ou l'aider car elle a peu de capacités d'analyse, son raisonnement limité rend difficile toute anticipation et toute organisation,
- Qu'elle ne maîtrise pas le raisonnement hypothético-déductif : les meilleurs niveaux ne dépassent guère le stade des opérations concrètes (8-9 ans),
- Qu'il faille privilégier le concret plutôt que l'abstrait en favorisant une communication par symboles, images, pictogrammes,...
- Que la demande de la personne déficiente mentale concerne l'agir, le faire et que la verbalisation du ressenti est difficile, voire impossible avec les mots,
- Qu'il lui est difficile d'envisager et de se représenter l'avenir. Elle vit au présent d'où souvent son incapacité à différer une demande et sa tendance à réitérer constamment la même demande ou question car elle n'a pas compris la réponse, surtout si celle-ci fait référence à demain, à plus tard,
- Qu'il est nécessaire de se mettre à son niveau et faire des phrases simples : sujet, verbe et complément.

En résumé, toutes les caractéristiques évoquées ci-dessus font que la personne déficiente mentale présente :

- Des difficultés d'acquisition sur le plan scolaire, pratique,
- Des difficultés d'autonomie donc d'intégration sociale et professionnelle,
- Des problèmes de comportement : angoisse, anxiété, agressivité en lien avec son incompréhension et sa frustration,
- Des difficultés d'adaptation,

- Une immaturité psychoaffective et une difficulté à exprimer ses affects, ses émotions, ses sentiments par le langage,
- Une grande vulnérabilité, elle est influençable.

De ce fait, et de façon générale, les tâches réalisables sont :

- Relativement simples, elles ne requièrent qu'une seule opération, voire deux,
- Répétitives, donc maîtrisées et donc rassurantes, pour compenser les déficits d'apprentissage, les déficits cognitifs,
- Exécutables avec des gestes pouvant néanmoins requérir dextérité et finesse,
- Le fruit de conditionnements longs, répétés et d'une pédagogie adaptée par mimétisme (d'où l'importance de montrer les gestes),
- Adaptées aux compétences de la personne déficiente mentale et évaluées au plus près de sa réalité, une sur ou sous évaluation peut engendrer une situation de stress et d'angoisse.

Cela nécessite donc une organisation adéquate, une décomposition des tâches, l'utilisation de gabarits, de matériels adaptés, l'utilisation de couleurs et de pictogrammes.

### 1.1.2 Le public en ESAT

La décision d'orientation en **Etablissement et Services d'Aide par le Travail**<sup>3</sup> est prononcée par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées pour les personnes handicapées (peu importe la nature du handicap) ayant des capacités inférieures au tiers de celle d'un travailleur valide tout en ayant une aptitude potentielle à travailler.

Une dérogation est possible pour les personnes dont la capacité de travail est supérieure au tiers de celle d'un travailleur valide mais qui nécessitent un ou plusieurs soutiens médicaux, sociaux, éducatifs, psychologiques et, qui ne peuvent être satisfaits par une orientation vers le marché du travail.

La personne handicapée doit être âgée d'au moins 20 ans ou au moins 16 ans sur décision particulière pour obtenir une orientation ESAT prononcée par la CDAPH.

---

<sup>3</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 0036 du 12 Février 2005. Article 39.

## 1.2 L'EVOLUTION DU PUBLIC

### 1.2.1 Au niveau national

A) L'évolution de la population

*« Il est vrai que les ESAT n'accueillent plus -et cela est généralement admis- la même population qu'à leur création. Dans la continuité des instituts médico-pédagogiques et des instituts médico-professionnels, et dans une logique de filière, de jeunes adultes présentant des profils déficitaires marqués y étaient orientés et constituaient, dans bien des cas, la population exclusive.*

*Une double évolution a modifié les caractéristiques des populations :*

- *Dans un premier lieu, la sectorisation psychiatrique a provoqué dans les années 1970 une demande massive de places en ESAT pour des adultes associant troubles de la personnalité, des psychoses et plus généralement des handicaps psychiques.*
- *Dans un second lieu, la crise profonde du marché de l'emploi a provoqué l'élargissement de la « reconnaissance » de handicaps par les COTOREP (transformée en CDAPH). Cette reconnaissance élargie touche également des personnes affectées de déficiences légères auxquelles se juxtaposent de grandes difficultés sociales et personnelles ».*<sup>4</sup>

Selon S. VANOERMEIR et D. BERTRAND<sup>5</sup>, les ESAT accueillent majoritairement des personnes souffrant d'un handicap mental ou psychique.

- 78% de leurs travailleurs ont pour déficience principale une déficience intellectuelle,
- 14% ont pour déficience principale des troubles psychiques.

Selon l'Association Nationale des Directeurs et Cadres d'ESAT, le pourcentage de personnes accueillies en ESAT et affectées de handicaps psychiques serait plus proche de 30% ; 64% de la population des ESAT serait donc constituée de personnes handicapées mentales, avec pour environ 50% de celles-ci un ou des troubles associés (troubles de la personnalité)<sup>6</sup>.

a) *Notions sur le handicap psychique*

---

<sup>4</sup> ZRIBI G., 2008, *L'avenir du Travail Protégé*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : EHESP, p 43-44

<sup>5</sup> VANOERMEIR S., BERTRAND D., *Série statistiques Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, N°64 - mai 2004, DREES, p 8

<sup>6</sup> ZRIBI G., *ibid.*, p 44



Le Livre Blanc de Santé Mentale France<sup>7</sup> emploie le terme de handicap psychique pour désigner la spécificité des problématiques liées à la maladie mentale. Il précise notamment que dans le champ du handicap psychique :

- Les capacités intellectuelles peuvent rester vives,
- Les soins sont importants,
- Les aléas de la maladie mentale demandent des ajustements incessants des prises en charge.

Comme le note le rapport CHARZAT de mars 2002, il me paraît important de préciser qu'« *il faut cependant insister sur le fait qu'il n'est pas de frontière entre « handicap mental » et « handicap psychique » : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages ; et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance physique qu'elles entraînent* ». <sup>8</sup>

Ce même rapport note que « *les difficultés au travail résultent de l'interaction entre les problèmes de santé des personnes, leurs conséquences sur les aptitudes aux relations sociales, et le monde du travail : l'irrégularité des performances, la fatigabilité, l'alternance de phases sans problème et de périodes de crise sont d'autant plus mal reçues que l'organisation du travail est stricte et les rythmes élevés et que la charge pour les collègues de travail est alourdie ; l'aménagement du temps et des rythmes de travail, la souplesse d'organisation seraient nécessaires mais sont difficiles à réaliser ; la nature des tâches demande à être adaptée* ». <sup>9</sup>

b) *Notions sur le « handicap social »*

Les inégalités face au handicap sont dans notre pays très marquées selon les milieux sociaux. Cela est mis en relief par une enquête de l'INSEE, due à Pierre MORMICHE, intitulée « *Le handicap se conjugue au pluriel* »<sup>10</sup>, faisant suite à l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de 1999.

Les déclarations des personnes interrogées font ressortir des inégalités entre groupes sociaux. L'origine sociale joue non seulement sur la fréquence des handicaps, mais aussi sur leur concrétisation dans les autres domaines : pour des déficiences semblables, les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (mesurées par les incapacités) sont plus

---

<sup>7</sup> SANTE MENTALE France, 2001, *Le livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France*. Paris : Editions de Santé, p 31

<sup>8</sup> CHARZAT M., 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches*, p 138

<sup>9</sup> CHARZAT M, *ibid*, p 45

fortes dans les milieux modestes : on retrouve ici le concept canadien de « Processus de Production du Handicap ».

Ce concept de handicap social est abordé pour la première fois dans les années 1970 avec la loi du 19 novembre 1974<sup>11</sup> qui innovait avec la possibilité offerte aux personnes victimes de handicaps sociaux, d'être accueillies dans des établissements de travail protégé<sup>12</sup>.

Le gouvernement recommandait d'adapter aux handicapés sociaux les formes d'accueil offertes aux handicapés physiques et mentaux.

Ces orientations n'ont jamais été appliquées et en 1979, une autre circulaire va opérer une rupture totale.<sup>13</sup> Il n'y est plus question de handicapés sociaux mais de « *personnes en difficulté sociale* ».

## B) Le vieillissement de la population handicapée

### a) *Au sens large*

« *Vieillir est un privilège récent pour les personnes handicapées* ». <sup>14</sup>

Toutes catégories de handicap confondues, l'espérance de vie des personnes handicapées augmente, la majorité des personnes handicapées avance en âge de façon quasi superposable à celle de la population générale<sup>15</sup>. Toutes les études confirment cette progression. L'espérance de vie serait passée de 48 ans à 60 ans entre 1972 et 1990. Ce gain d'espérance est dû, certes au progrès de la médecine, mais surtout à une meilleure prise en charge et à l'amélioration des conditions de vie de la population handicapée.

De ce fait, le nombre et la part des personnes vieillissantes dans la population handicapée augmentent<sup>16</sup>.

---

<sup>10</sup> MORMICHE P., 2000, Le handicap se conjugue au pluriel, *INSEE PREMIERE*, n° 742, pp. 1-4

<sup>11</sup> Loi 74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale du code du travail ainsi que de l'art. 51 de la loi 701318 du 31-12-1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n° 11643 du 20 Novembre 1974, Art 185

<sup>12</sup> Circulaire du 15 juin 1976 relative à l'application des articles 185 et 185-3 du code de la famille et de l'aide sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatif aux centres d'hébergement et de réadaptation. Journal officiel NC du 30 Juillet 1976

<sup>13</sup> Circulaire n° 44 du 10 Septembre 1979 relative à l'organisation du travail des handicapés sociaux

<sup>14</sup> LETARD V. Propos de la secrétaire d'état chargée de la solidarité à l'Assemblée Nationale du 2 juin 2009 lors du bilan de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Compte rendu intégral, p 21 [visité le 25.06.2009], disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr>

<sup>15</sup> AZEMA B., MARTINEZ N., 2005, « l'espérance de vie des personnes handicapées », *Une revue de la littérature*, p 15

<sup>16</sup> Selon l'enquête HID, réalisée par l'Insee entre 1998 et 2001 visant à faire un bilan quantitatif et qualitatif de la population handicapée à domicile et en institution

## b) En ESAT

La population des ESAT vieillit, ainsi dans les établissements de travail protégé la part des adultes de plus de 50 ans a augmenté de 4 % entre 1995 et 2001<sup>17</sup>.

Le rapport VANOVERMEIR<sup>18</sup> de mai 2004 cite « une population dont l'âge moyen est en hausse, 36 ans en CAT ».

De plus, dans tous les types d'établissement, la part des plus de 50 ans a augmenté alors que celle des jeunes a diminué. En 2001, 21% des adultes handicapés accueillis en CAT ou en Ateliers protégés sont âgés d'au moins 45 ans.

Les raisons du vieillissement sont bien sûr naturelles, dues à l'avancée en âge ou aux facteurs génétiques mais les professionnels sont les premiers à reconnaître que les travailleurs handicapés sont « mis sous pression », de façon souvent plus importantes que les travailleurs ordinaires, qu'ils sont constamment sollicités depuis leur enfance pour être « toujours à 100% de leur capacité ». L'étude menée par la mutuelle CHORUM intitulée « *vieillesse et cessation d'activité des travailleurs handicapés en ESAT* »<sup>19</sup> relève également les effets d'un traitement lourd, mais aussi « l'effet filière »<sup>20</sup>, l'usure institutionnelle naturelle qui peut gagner des personnes prises en charge à la fois pour leur travail et pour leur hébergement par la même Association, parfois depuis des décennies<sup>21</sup>.

Ce phénomène global de vieillissement peut entraîner de nouvelles problématiques : des difficultés de cohabitation entre les travailleurs handicapés vieillissants et les jeunes générations, une progression de l'absentéisme et des accidents du travail, une aggravation des problèmes de santé et des troubles psychologiques, une lenteur générale, une diminution de la motricité, et plus globalement un désintérêt et une démotivation au travail.

### 1.2.2 A L'ESAT de LAMBRES

#### A) L'ESAT dans son environnement géographique

---

<sup>17</sup> RECHERCHE ACTION, 2006, « *Vieillesse et cessation d'activité des travailleurs en ESAT* », Document de travail, p12

<sup>18</sup> VANOVERMEIR S., 2004, DREES, Etudes et Résultats, *Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001*, N° 308, p 5

<sup>19</sup> RECHERCHE ACTION, 2006, *Vieillesse et cessation d'activité des travailleurs en ESAT*, Document de travail, mutuelle Chorum

<sup>20</sup> « l'effet filière » est appelé « filiarisation » par LOUBAT JR, 2007, *Promouvoir la relation de service en action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p 5

<sup>21</sup> Le social en action, 2006, « L'usure des travailleurs handicapés en ESAT », *ASH*, n° 2468, pp. 41-42

a) *Le Nord-Pas de Calais : une région moins favorisée*

Un constat dressé dans l'enquête « *Santé mentale en Nord-Pas de Calais* »<sup>22</sup> mentionne que si la région est plus touchée par les troubles de santé mentale que la moyenne nationale, cela s'explique en partie par sa structure : certaines populations sont plus présentes dans la région que dans le reste du pays, il s'agit notamment des chômeurs, des ouvriers et des personnes ayant un faible niveau d'études.

- Moins de diplômés :

Les adultes sont plus souvent moins diplômés dans le Nord-Pas de Calais qu'en France, 28% ont été, au plus, jusqu'à la fin du cycle primaire contre 25% en France. A l'inverse seulement 19% ont suivi des études universitaires contre 22% au niveau national.

- Plus d'ouvriers :

Dans le Nord-Pas de Calais, comme en France, la moitié de la population a un emploi. Cependant la répartition des emplois en France diffère : 31% d'entre elle travaille en tant qu'ouvriers dans la région contre 25% au niveau national.

Les cadres, artisans commerçants et chefs d'entreprises sont moins présents dans la région que dans la population française.

- Moins de revenus :

La part des personnes vivant dans un ménage percevant entre 1300 et 2520 € par mois est plus importante dans la région qu'en France, tandis qu'elle est plus faible pour les personnes touchant entre 2520 et 6410 €, soit la tranche juste supérieure.

- Des troubles de santé mentale plus fréquents :

35,9 % a au moins un trouble repéré contre 31,9 % pour la France.

- Un taux de chômage record :

Le taux de chômage régional atteint 12,2 % de la population active, contre 8,7 % en France métropolitaine, le taux de chômage dans la région est celui qui a le plus progressé parmi les départements français au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2008, cette progression est ressentie dans tous les bassins d'emploi y compris dans le DOUAISIS.<sup>23</sup>

b) *Le DOUAISIS : Un territoire toujours marqué par son histoire*

Situé au cœur de la région Nord-Pas de Calais, l'arrondissement de Douai comprend une bande centrale fortement urbanisée (84%), orientée de l'Ouest au Nord-est,

---

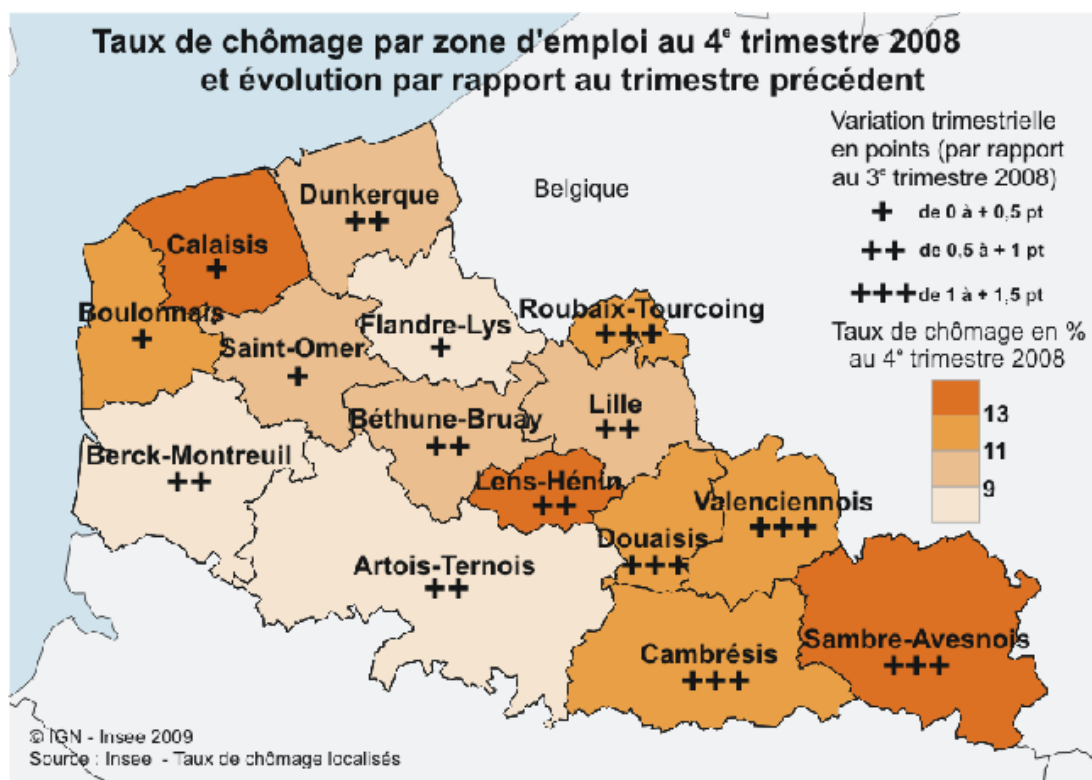
<sup>22</sup> Santé mentale en Nord-Pas de Calais : images et réalités, DRASS, DDASS Nord-Pas de Calais, Septembre 2008, Enquête SMPG – DREES, DRASS Nord-Pas de Calais, ASEP, CCOMS, EPSM Lille Métropole, p 31

<sup>23</sup> INSEE Nord-Pas de Calais, taux de chômage localisé par zone d'emploi et par région [mise à jour le 06 Juillet 2009], disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

correspondant à l'ancien bassin minier qui s'étendait jadis du Valenciennois jusqu'à Lens. Ce territoire est densément peuplé mais sa démographie stagne.

La structure des emplois du DOUAISIS a fortement évolué : depuis la fin de l'activité minière, le territoire s'est tertiarié et rattrape même la moyenne régionale. Néanmoins, l'industrie reste très présente surtout dans les domaines de l'automobile (RENAULT, Usine G. BESSE 6 000 salariés, de nombreux sous traitants automobiles), de la métallurgie (Wagon Automotive, Arbel Fauvet Rail...) et du travail des métaux, aujourd'hui durement touchés par la crise.

L'indice de renouvellement de la population décrit une population un peu plus âgée que celle du Nord-Pas de Calais, la part des personnes de niveau d'étude supérieur y est un peu moins élevée, le pourcentage d'ouvriers et d'employés est supérieur au niveau régional, les taux de chômage et le nombre de bénéficiaires des minima sociaux y sont plus élevés que dans le reste de la région.<sup>24</sup>



c) *Un ESAT au cœur d'un bassin fortement défavorisé*

Les carences éducatives, affectives, la maltraitance, les phénomènes d'addictions ont induits une déficience mentale et des difficultés de structuration. Cela a comme conséquence :

<sup>24</sup> INSEE Nord-Pas de Calais, recensement de la population [mise à jour Mars 1999], traitement ORS Nord-Pas de Calais, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

- Des difficultés à observer les règles, celles-ci n'ont pas été intériorisées : respect des horaires, des temps de pause,...
- Des troubles du comportement : agressivité souvent verbale, insultes, langage vulgaire,
- Des troubles de la relation : absence de distance relationnelle avec l'autre, abandonnisme,...
- De fréquentes attitudes revendicatives, notamment quant à la rémunération, aux soutiens,...
- Une relation différente au travail, sans régularité, besoin de changements, engendrant un absentéisme régulier, (cela concerne de façon régulière 30 travailleurs handicapés sur l'année 2008 dont certains de façon quasi systématique).

En général, pour ces adultes, l'adaptation est de surface. Ils se sont développés et ont « survécu » pour certains grâce « au système D », le fonctionnement familial est basé sur « c'est le plus fort, le plus débrouillard qui s'en sort ». Cela se traduit également entre eux, ils se considèrent comme meilleurs, plus forts, plus compétents, « ayant déjà faits » ou « sachant faire ».

Ils sont généralement moins « dociles », et peuvent être méfiants à l'égard de l'encadrant ou au contraire demander beaucoup sur le plan relationnel, ils font des demandes et sont soucieux de leur autonomie, indépendance...mais ont aussi de fortes tendances à l'abandon, qui a toujours été de mise dans leur enfance.

L'éducation déviante n'a pas permis de poser des limites et un cadre. Les travailleurs handicapés en plus de leur déficience ont des difficultés à intégrer les règles de vie en collectivité et de manière plus large les règles de vie en société.

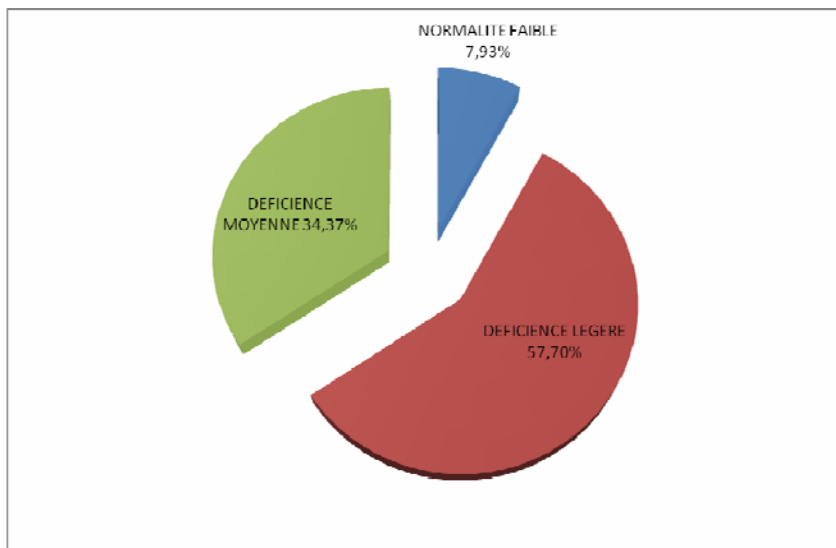
Le ton et les attitudes de l'encadrement sont très importants, même s'ils parlent fort, répondent, l'équipe doit éviter de hausser la voix, ou d'adopter un discours directif. C'est sur ce mode que se sont effectués les échanges relationnels dans leur famille. L'encadrant doit au contraire être celui qui va apaiser tout en restant ferme, et doit montrer que tout manquement à la règle sera repris de manière systématique.

Cette prise de recul n'est forcément pas évidente lorsque le professionnel est soumis aux contraintes de la production et des clients, ou quant il est, lui-même dans une attitude de retrait ou de désinvestissement.

## B) A l'ESAT de LAMBRES

### a) *La répartition de la population*

Le graphique ci-dessous montre la répartition de la population de l'ESAT de LAMBRES par déficience.



De façon générale, tous les travailleurs handicapés accueillis présentent des caractéristiques liées au concept de déficience intellectuelle : difficultés de compréhension, de mentalisation, d'abstraction, de mémoire, d'attention et d'acquisitions.

Les difficultés sont plus ou moins massives selon le niveau de déficience mais également selon l'intervention de l'environnement familial et social.

Les professionnels constatent une autre évolution du profil des travailleurs handicapés : il semble que les jeunes qui arrivent en ESAT souffrent davantage de troubles psychiques, de troubles du comportement ou de difficultés d'ordre social ou relationnel et présentent, de ce fait une plus grande variabilité dans leur comportement au travail.

Le constat dressé à cette occasion ne l'est d'ailleurs pas en terme de substitution de populations mais bien en terme d'une addition de nouvelles populations à la première.<sup>25</sup>

Cela est également confirmé par une récente étude du CREAI de Bretagne sur l'évolution des publics et la nécessaire adaptation des ESAT.<sup>26</sup>

*« Ces ESAT sont confrontés à des évolutions en termes de handicaps et de pathologies des travailleurs handicapés.*

*Sont ainsi mentionnés :*

- *Les troubles psychiques et la maladie mentale, avec de plus en plus de pathologie à caractère psychologique générant de nouvelles prises en charge individuelles et de groupes de travail,*
- *Les troubles du comportement avec « des personnes connaissant des troubles du comportement associée à une désocialisation et une déficience intellectuelle moyenne »,*

<sup>25</sup>ZRIBI G., 2008, *L'avenir du Travail Protégé*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : EHESP, p 45

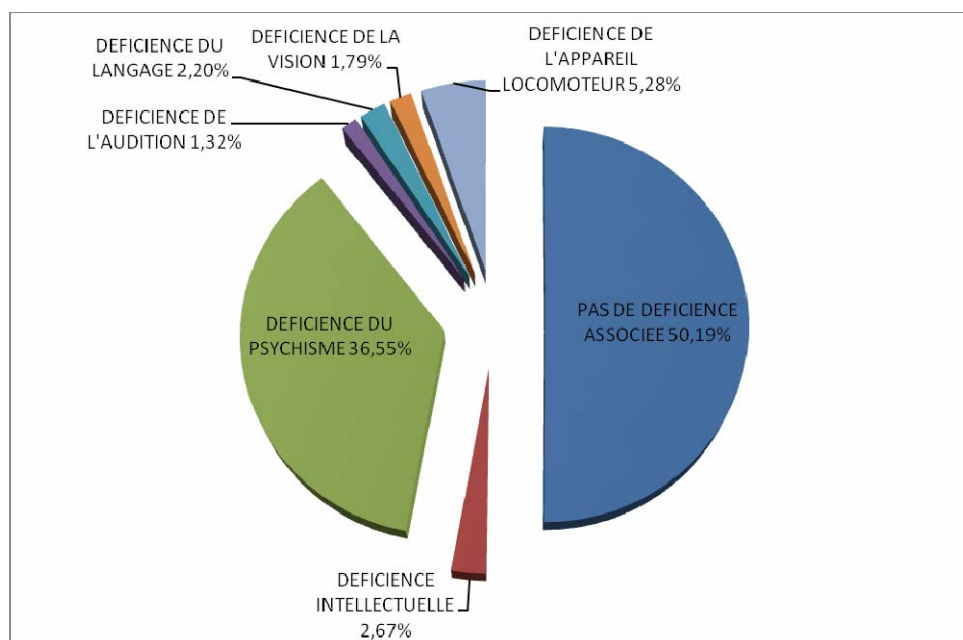
<sup>26</sup>A propos de...Evolution des Publics, 2008, adaptation des dispositifs dans les ESAT de Bretagne, *CREAI de Bretagne*, n°26, p 2

- Des problématiques d'ordre social, du « handicap social » pour des personnes avec plus de troubles du comportement et donc une insertion dans le monde plus difficile,
- L'avancée en âge et le vieillissement des travailleurs handicapés, le niveau de déficience prononcé, associé au vieillissement des ouvriers a progressivement généré de nouveaux besoins ».

b) Les déficiences du psychisme

Ce même constat est à dresser concernant l'ESAT de LAMBRES, il s'agit bel et bien de l'addition de populations, aux spécificités et besoins différents qui rend nécessaire l'adaptation de l'établissement.

Le graphique présenté ci-dessous présente la répartition de la population de l'établissement par déficience associée, faisant apparaître la part de la déficience psychique.



Il faut également noter que plus le handicap intellectuel est léger ou proche de la normalité, plus les troubles associés sont importants et bien ciblés.

Si, historiquement, le handicap psychique n'était pas distingué du handicap mental, l'expérience des acteurs de terrain relève que l'accompagnement au quotidien exige une approche différenciée ce qui n'est pas sans poser de réelles difficultés notamment, à l'ESAT de LAMBRES.

En effet dans le cas de la déficience intellectuelle, l'intervention sociale s'attache à compenser les déficits liés aux limitations des facultés intellectuelles qui se traduisent par un plafonnement des capacités globales d'acquisition et d'adaptation.

Dans le cas de handicap psychique, il n'y a pas d'atteinte directe aux fonctions intellectuelles mais une relation au réel totalement perturbée qui vient entraver



l'adaptation de l'individu à son environnement. L'accompagnement doit alors se concentrer sur l'identification des ruptures au réel et l'adéquation aux situations rencontrées.

Face à une posture nécessairement différente à adopter, je ne peux également que constater une certaine méconnaissance, une certaine incompréhension des professionnels face aux réactions de certains travailleurs handicapés, aux comportements ou propos déroutants alors que dans certains domaines ils peuvent apparaître comme brillants.

Les professionnels ont donc souvent le sentiment d'une tâche impossible à réaliser. Cette idée est d'ailleurs confirmée dans le rapport d'enquête STROHL-LAZARUS qui souligne le mal-être des intervenants face au handicap psychique.<sup>27</sup>

#### c) *Une reproduction transgénérationnelle des problématiques*

Une étude menée au sein de l'APEI montre également une reproduction transgénérationnelle des problématiques familiales, à savoir la déficience mentale, l'alcoolisme, les difficultés liées à l'éducation, la précarité sociale et les problèmes sociaux. Nous sommes à 3 niveaux de génération et même 4 en ce qui concerne la déficience mentale. Nous observons couramment que pour les enfants accueillis en Institut Médico-Educatif, leurs parents, leurs grands parents et pour quelques uns d'entre eux leurs arrière grands parents ont été accueillis dans un des établissements de l'Association. L'évaluation de la population « adulte » a permis de valider l'hypothèse de la reproduction des problématiques.

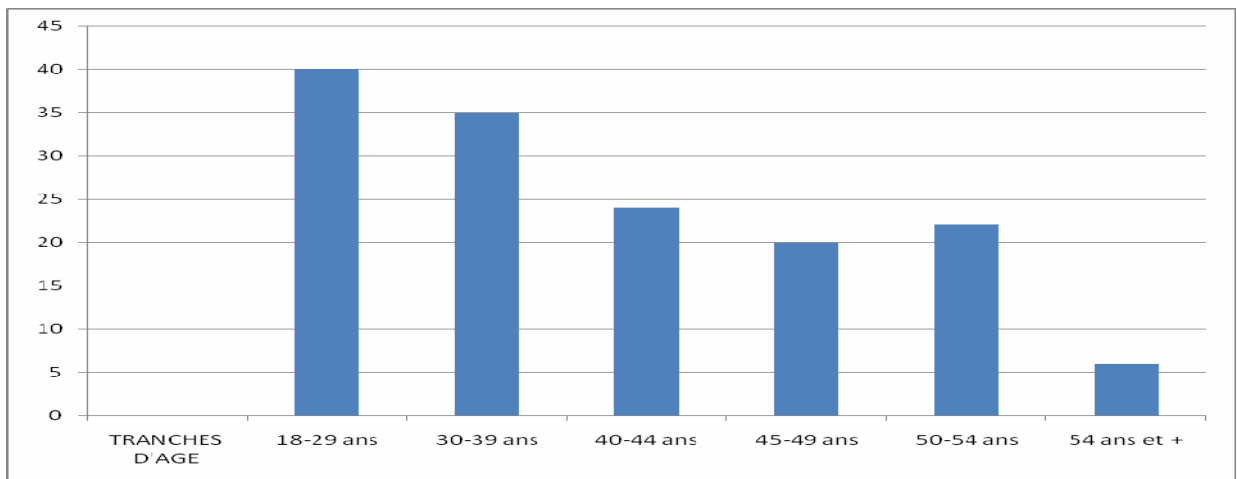
Globalement donc, nous constatons que les problématiques des travailleurs handicapés concernent également de nombreux membres de la famille élargie, au-delà souvent du cercle des parents et de la fratrie. 22 travailleurs handicapés ont parmi leurs parents un ou des parents déficients intellectuels, pour 61 d'entre eux ils ont d'autres membres de la famille suivis ou placés, et pour 83 il est constaté une déficience intellectuelle de la fratrie.

#### d) *Le vieillissement à L'ESAT*

Le graphique présenté ci-dessous détaille le nombre de travailleurs handicapés de l'établissement par tranches d'âge :

---

<sup>27</sup> LAZARUS A., STROHL H, 1995, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », *La documentation Française*, rapport du groupe de travail ville santé mentale, précarité et exclusion sociale, p 13



Parmi la population présente au 31 décembre 2008 dans l'établissement, sur 149 travailleurs handicapés, 28 ont plus de 50 ans, soit 19% de la population et 21 d'entre eux sont repérés comme étant vieillissants. Il faut souligner que l'établissement a ouvert ses portes en 1988, et que le vieillissement de sa population en est une conséquence logique même si l'ensemble des personnes concernées par le vieillissement n'a pas intégré l'établissement à son origine.

Cette situation génère deux types de comportement :

- Certains refusent, minimisent, ou nient leurs problèmes : ils se sont beaucoup investis, craignent une baisse de leur revenu, la perte de liens sociaux avec leurs collègues ou les encadrants, craignent de devoir quitter leur foyer ou ont tout simplement peur du changement.
- D'autres avouent leur désir « d'autre chose » ou de se poser avec des motivations diverses et variées : fatigues générales, ennui de santé, peur de la situation d'échec.

La retraite est pour certains, considérée comme un droit acquis, combien de fois ai-je entendu un travailleur handicapé s'adressant à un moniteur lui rappelant qu'ils étaient de la même année et partiraient ensemble... que le temps était venu de profiter de loisirs.

Plusieurs réponses sont possibles :

- L'aménagement du poste de travail notamment en cas de tâches physiques exigeantes ou répétitives, mais qui suppose de pouvoir varier les tâches et d'alléger les contraintes de production.
- Une réduction du temps de travail, à la journée, à la semaine ...tout en gérant les problématiques de transport liées à l'autonomie des travailleurs handicapés, de nourriture (pour certains, le départ a lieu après le repas du midi vers 13h, afin de leur assurer un repas équilibré), et d'hébergement (les temps partiels, comme les

situations de maladie sont difficiles à gérer pour ceux résidant en foyer, aucune solution ou activité n'étant proposée).

Cela bouleverse un peu plus les pratiques, nécessite de ne pas avoir la même attitude au travail, une décomposition différente des tâches, variables en fonction des travailleurs handicapés, une disponibilité accrue des professionnels.

e) *Des problématiques spécifiques*

### **La parentalité**

40 travailleurs handicapés de la structure vivent en couple de façon autonome et/ou sont parents (pour 26 d'entre eux, ils n'étaient que 2 en 2001) ou en passe de le devenir, ils nécessitent un accompagnement particulier.

Les demandes de congés parentaux, sont de plus en plus nombreuses, cela n'est pas sans poser de difficultés d'adaptation à la structure, sans compter l'absentéisme de courte durée et les sollicitations nouvelles de l'équipe.

22 familles avec enfant(s) sont recensées sur l'établissement, seules quelques unes d'entre-elles sont suivies par le Service d'Aide à la Parentalité (3), 4 familles sont repérées en demande ou en besoin, cela nécessitera un développement du partenariat avec ce service, mais posera très rapidement le problème du dimensionnement et de la capacité de celui-ci compte tenu de ses faibles moyens humains et financiers (1 ETP). Les attentes des familles sont nombreuses, et sans aucun doute, l'Assistante Sociale de l'établissement assure le relais à de nombreuses reprises.

### **Les temps partiels**

26% des personnes physiques travaillent à temps partiel soit 39 personnes, pour divers motifs (fatigabilité, parentalité ou projet de vie), ce qui représente 23 équivalents temps plein.

Cela n'est pas sans poser de difficultés tant en terme de suivis éducatifs, qu'en terme de travaux administratifs, le seuil d'alerte est aujourd'hui atteint.

C) Conclusion : une nécessaire adaptation

Faire face **aujourd'hui**,

A l'appui de cette étude de population, je relève que l'ESAT accueille une population aux multiples besoins, toute déficiente mentale mais nécessitant une approche individuelle.

Le handicap s'infléchit vers le champ du handicap psychique, du handicap social mais le tout apparait bien plus entremêlé. C'est aussi pour cela qu'il ne peut y avoir d'accompagnements standards.

Au-delà du simple diagnostic, ce qui attire mon attention, c'est la mise en questionnement de l'accueil, de l'accompagnement, des activités proposées...et des réactions des professionnels dans un contexte difficile, où nous sommes tous soumis de plus en plus aux réalités, aux pressions économiques, acheter mieux, produire et livrer dans les délais, ...réalités parfois difficilement compatibles avec la prise en charge des besoins des personnes accueillies.

## **Et demain,**

Lors d'une journée d'étude organisée par l'UDAPEI du Nord le 29 novembre 2007 sur le thème de « comment optimiser l'accès des jeunes en situation de handicap mental aux dispositifs d'insertion professionnelle ? », un directeur d'Institut Médico-Educatif constatait « l'arrivée croissante depuis 3 ans de jeunes vivant des situations familiales, sociales très complexes. Les jeunes qui ont des mesures de placement sont également en augmentation. Les problèmes de comportement, de conduites transgressives, de violences physiques et verbales sont courants. L'assemblée de professionnels fait remarquer que les constats sont les mêmes sur le département. »

Sans pouvoir augurer de ce que sera la population accueillie demain, il me semble pourtant certain que le mouvement entamé perdurera, qu'il faut se préparer et s'adapter aux évolutions de population, à des problématiques plus spécifiques, faire face selon les années ou les extensions à des périodes de rajeunissement ou de vieillissement, en tout état de cause faire face à l'accueil d'une population en perpétuelle évolution, aux besoins singuliers et adapter pour cela l'établissement.

## **1.3 L'EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF**

### **1.3.1 Vers l'individualisation de la prise en charge**

A) Des lois 75-534 et 75-535 du 30 juin 1975 ...

Ces deux lois, dites respectivement « loi d'orientation en faveur des personnes handicapées » et « loi relative aux institutions sociales et médico-sociales » ont été fondamentales dans la prise en charge du handicap. La loi 75-534 dans son article 30 définit les centres d'aide par le travail, ils « *...offrent aux adolescents 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.* »

B) ... A la loi 2002-02 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Inscrite dans le cadre du changement de perception du handicap et réformant la loi 75-535 peu loquace sur les droits des personnes handicapées, la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 refondant l'action sociale et médico-sociale incarne le passage « *de la protection du sujet fragile à la reconnaissance de l'usager-citoyen* ». <sup>28</sup>

En premier lieu, la loi centre sur les travailleurs handicapés « *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins,...* » <sup>29</sup> et rompt avec la logique d'organisation d'établissement instaurée par la loi 75-535 du 30 juin 1975, d'une logique d'organisation et d'assistance, nous sommes passés à une logique de services à l'usager et de mise en œuvre et de respect de ses droits.

Elle reconnaît le sujet citoyen, en définissant les droits et libertés individuels des usagers du secteur social et médico-social puis en fournissant des outils propres à garantir l'exercice effectif de ces droits.

« *L'usager-sujet n'appartient pas à l'institution, c'est un usager en soi, à partir duquel l'institution se réinvente.* » <sup>30</sup>.

Le législateur a donné toute sa place à « l'usager-sujet » en lui garantissant l'exercice de ses droits et liberté comme tout citoyen, mais s'agissant de sujet fragile, il met en avant 7 principes de droit (Art 7)

- Le respect de la dignité, de l'intégrité, de la vie privée, de l'intimité et de la sécurité,
- Le libre choix entre des prestations adaptées,
- La confidentialité des informations,
- L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge,
- L'information sur ses droits fondamentaux et sur les voies de recours,
- La participation à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement,
- L'accompagnement individualisé et le consentement éclairé.

La mise en œuvre de cet accompagnement individualisé implique donc que chaque travailleur handicapé doit être considéré comme une personne singulière. Les travailleurs

---

<sup>28</sup> BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p 88

<sup>29</sup> Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, du 03 Janvier 2002, Art 7.

<sup>30</sup> DUCATELET Ph., LAFORCADE M., 2000, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Ed Seli Arslan, pp. 75-76

handicapés ne constituent pas une catégorie homogène et l'action sociale et médico-sociale ne correspond plus à « *une production de masse* »<sup>31</sup>. L'IGAS souligne d'ailleurs dans son rapport annuel : « *Ceci pas seulement pour être plus agréable aux travailleurs handicapés, mais parce que les populations se sont segmentées et que la personnalisation du service permet seule un traitement opérant.* »<sup>32</sup>

Et comme le souligne Gérard ZRIBI, « *l'individualisation des réponses, c'est le corollaire du libre choix. Partant de la demande de l'utilisateur, on propose une réponse individualisée ; il convient à ce propos de se méfier de l'effet induit par l'existence de la catégorie personne handicapée qui laisserait à penser qu'il y aurait un groupe de personnes caractérisé par le handicap qui aurait globalement les mêmes besoins et les mêmes attentes* »<sup>33</sup>.

La loi définit 7 outils (art 8 à 12) propres à favoriser le respect des droits des usagers :

- Le livret d'accueil : qui permet d'accroître la lisibilité de la structure pour la personne accueillie et son entourage en lui présentant « une carte de visite », d'établir une cartographie des lieux et un inventaire rigoureux des prestations, des accompagnements et des interventions délivrés, afin de permettre au « visiteur » prochainement admis de disposer d'une information objective sur la gamme des services mis à disposition.<sup>34</sup>
- La création de la charte des droits et libertés de la personne accueillie (arrêté du 8 septembre 2003),
- La conclusion d'un contrat de séjour ou élaboration d'un document individuel de prise en charge, qui définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, en lien avec les principes déontologiques et éthiques, les recommandations de bonnes pratiques professionnelles et le projet d'établissement ou de services, et détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel. En ESAT, avec la loi 2005-102, ce sera le Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail,
- La possibilité de recours à une personne qualifiée en cas de conflit,
- La création du Conseil de la Vie Sociale : l'accent est mis sur l'association des travailleurs handicapés directement concernés au fonctionnement des institutions au moyen d'une instance dédiée,

---

<sup>31</sup> BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p 93

<sup>32</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2001, « rapport annuel 2001 : Les institutions sociales face aux travailleurs handicapés », *La documentation Française*, 2001, p. 17.

<sup>33</sup> ZRIBI G., SARFATY J., 2003, *Le vieillissement des personnes handicapées mentales*, Rennes ENSP

<sup>34</sup> BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, p 103

- L'élaboration d'un règlement de fonctionnement : l'usager-citoyen a des droits mais aussi des devoirs, et bien se comporter dans une collectivité est un élément constitutif de la notion de responsabilité,
- Le projet d'établissement ou de service : il donne du sens aux actions à entreprendre, il est une projection sur l'avenir et donne des orientations générales à moyen et long termes, il anticipe les changements nécessaires et le programme. Le projet est la formalisation de la mise en œuvre pratique, au sens d'un planning qui structure l'action.

C) ...Puis à la loi 2005-102 : l'individualisation par la contractualisation

Cette loi transforme totalement l'approche de la population concernée. En effet, si la loi de 1975 était « toute entière centrée sur la définition d'un statut pour le handicapé, celle de 2005 fait de la question de la participation des personnes à la vie sociale son point de départ »<sup>35</sup>.

Elle instaure la notion de « projet de vie de la personne handicapée » qui restera le fil rouge de toute prise en charge institutionnelle, autant dans le champ éducatif, que dans le champ social ou professionnel. Est donc créée la MDPH qui se substitue à la COTOREP et à la CDES en tant que « guichet unique », garant de ce projet de vie.

Comme énoncé plus haut, un décret fixe le modèle du Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail à établir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 passé entre l'ESAT et le travailleur handicapé. Ce contrat-type est l'adaptation du contrat de séjour prévu par la loi à la spécificité de mission des ESAT<sup>36</sup>.

En conclusion, je reprendrai les mots de Didier CHARLANNE, directeur de l'ANESM qui dans ses propos introductifs au guide de bonnes pratiques professionnelles relatives aux attentes de la personne et au projet personnalisé écrit : « *chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet. Le processus à mobiliser ...représente la meilleure réponse ...face au risque d'une approche standardisée qui s'opposerait à l'objectif de personnalisation.* »<sup>37</sup>

---

<sup>35</sup> Milano S., 2005, « La loi du 11 février 2005 : pourquoi avoir réformé la loi de 1975 », *Revue de droit sanitaire et sociales*, n°3, p. 359

<sup>36</sup> Décret 2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements et services d'aide par le travail. Journal officiel n° 302 du 30 décembre 2006.

<sup>37</sup> ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 2008, les attentes de la personne et le projet personnalisé, p. 1.

### 1.3.2 Les activités de soutien en question

La circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 revêt, encore aujourd'hui, une grande importance pour les ESAT, elle précise leur double finalité : « *faire accéder, grâce à une structure et des conditions de travail aménagées, à une vie sociale et professionnelle des personnes handicapées momentanément ou durablement, incapables d'exercer une activité professionnelle dans le secteur ordinaire de production ou en atelier protégé ;...* »<sup>38</sup>

Les ESAT donc, « *tout en étant juridiquement des établissements sociaux et relevant à ce titre de l'ensemble des dispositions de la loi relative aux institutions sociales et médico-sociales, ... sont simultanément une structure de mise au travail (ils se rapprochent à cet égard d'une entreprise) et une structure médico-sociale dispensant les soutiens requis par l'intéressé et qui conditionnent, pour lui toute activité professionnelle.*

*Cette dualité constitue le fondement même des centres d'aide par le travail ; aucun des deux aspects ne saurait disparaître sans que la vocation de l'établissement, soit gravement altérée ».*

Les personnes handicapées qui y travaillent ne relèvent donc pas du code du Travail mais bien du code de l'Action Sociale et des Familles.

Pour répondre à sa vocation, un ESAT doit offrir aux personnes handicapées qu'il accueille une activité productive (procurant une valeur ajoutée, devant revenir aux travailleurs handicapés, et servir au maintien et au développement de l'outil de travail de l'établissement), en assortissant celle-ci des soutiens qui conditionnent son exercice.

La circulaire distingue à ce titre :

- Les soutiens du premier type, qui entrent sous la notion large d'activités professionnelles au côté des activités proprement productives, sont ceux qui concourent à la mise au travail et qui permettent au travailleur handicapé d'exprimer de la manière la plus profitable pour lui sa faculté de travailler : formation, préparation au travail, recyclage, éducation gestuelle,...
- Les soutiens ou activités du second type qui correspondent aux activités extra professionnelles, il peut s'agir d'organisation de loisirs, d'activités sportives, d'ouverture sur l'extérieur, d'initiation à la vie quotidienne,... qui visent à donner aux intéressés les moyens d'une insertion sociale et professionnelle.

---

<sup>38</sup> Circulaire 60 AS du 8 Décembre 1978, paragraphe 110



Le décret 2006-703 du 1 juin 2006 puis la circulaire du 1<sup>er</sup> août 2008<sup>39</sup> confirment les ESAT « dans leur statut d'établissement médico-social assurant un soutien médico-social et éducatif et offrant des activités à caractère professionnel à des personnes handicapées ayant une capacité réduite de travail ».

La circulaire mentionne que la durée du travail des travailleurs handicapés accueillis en ESAT est fixée au maximum à 35 heures hebdomadaires, qu'elle ne comprend que les activités à caractère professionnel et les activités de soutien qui conditionnent leur exercice.<sup>40</sup> Elle exclut donc les activités de soutien à visée extra professionnelle du temps de travail, donc de l'aide au poste versée<sup>41</sup>.

Or jusqu'à aujourd'hui, l'ensemble des soutiens quelle que soit leur nature sont effectués pendant le temps de travail et donnent lieu à versement d'une rémunération calculée sur la base du temps de présence, quel que soit le type de soutien reçu.

Cette approche ne pose pas le problème de l'existence de soutiens puisque l'ESAT est réaffirmé comme établissement médico-social assurant un soutien médico-social et éducatif. Cela pose par contre le problème de la nature et des objectifs des soutiens compte tenu de la problématique des personnes qui les reçoivent, du temps pendant lequel ils sont faits et qui les fait.

### 1.3.3 Face à l'évaluation

L'application du principe qui consiste à apprécier l'efficacité d'une politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre se généralise dans bon nombre de services publics.

A l'occasion de la réforme législative voulue dans la loi du 2 janvier 2002, l'article 22 (Art L-312-8) instaure l'obligation légale que « *les établissements et services...procèdent à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, »*.

Cette obligation législative revêt deux modalités distinctes :

- Une évaluation interne destinée à évaluer l'activité et la qualité des prestations délivrées, notamment sur la base de recommandations de bonnes pratiques et dont les résultats doivent être communiqués tous les 5 ans à l'autorité ayant délivrée l'autorisation,

---

<sup>39</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire N°DGAS/3B/2008/259 du 1er août 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies. Non paru au Journal Officiel.

<sup>40</sup> Code du Travail, Art L3121-10

<sup>41</sup> Depuis le décret 2006-703 du 16 juin 2006, la rémunération des travailleurs handicapés est composée d'une part directe minimum de 5,1% du SMIC financée par l'ESAT sur son exploitation économique et d'une aide au poste avancée par l'ESAT dégressive à partir de 50% du SMIC et remboursée par l'Etat via l'Agence de Services et de Paiement (ASP)

- Une évaluation externe pratiquée au cours des sept années suivant l'autorisation par des organismes habilités selon une méthodologie validée.

Ce dispositif a pour objectif d'orienter les structures médico-sociales vers un processus d'amélioration continue de la qualité. Il me paraît important de souligner qu'au-delà du respect législatif et réglementaire, ce processus devrait être considéré par tous comme nécessaire au fonctionnement de la structure et donc dépasser le strict respect d'une législation.

Dés qu'une équipe s'investit dans une démarche d'évaluation de ses propres pratiques, elle améliore dans le même temps la qualité de ses activités. « *Faire, en se regardant faire, permet de mieux faire* »<sup>42</sup>

L'évaluation a en ce sens vocation à promouvoir une meilleure lisibilité, une meilleure cohérence de l'action des établissements avec les missions d'intérêt général et d'utilité sociale, les conditions d'une relation de qualité au travailleur handicapé, l'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

L'obligation pour les établissements et services de pratiquer une évaluation de leurs pratiques fonde :

- L'évaluation de leurs activités (ce qui postule une réflexion sur leur organisation et leur mode de gestion des ressources humaines),
- L'évaluation de la qualité des prestations (ce qui nécessite une réflexion sur le produit final, à savoir la qualité des interventions, des prises en charge, des accompagnements).

Cette évaluation relève bien de l'établissement, qui d'ailleurs peut se faire accompagner par un intervenant extérieur, mais elle relève aussi de règles dont l'établissement n'a pas la totale maîtrise. En effet, le décret du 26 novembre 2003 crée le Conseil National de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale, devenu depuis la loi de financement de la Sécurité Sociale de 2007 et l'arrêté du 13 avril 2007 l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-Sociaux. Cette agence est chargée de valider, élaborer ou actualiser « *les procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles* » et d'habiliter les organismes extérieurs qui procéderont à l'évaluation externe. Aujourd'hui une quinzaine de guide de RBPP est publiée ou en cours de validation<sup>43</sup>.

#### **1.3.4 A la mise en place des CPOM**

La loi du 2 janvier 2002 a introduit le concept d'une contractualisation entre le financeur et le gestionnaire d'un établissement médico-social, l'article 36 énonce que « *des contrats*

---

<sup>42</sup> JAEGER M./ éd., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.173

*pluriannuels d'objectifs et de moyens peuvent être conclus ...afin de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-social... »<sup>44</sup>.*

Par la suite plusieurs textes sont venus apporter des explications sur ce sujet. L'ordonnance du 1<sup>er</sup> décembre 2005 autorise dorénavant la conclusion de contrats pluriannuels avec plusieurs établissements gérés par un même organisme, financés par une même autorité de tarification.

L'intérêt d'un CPOM est multiple<sup>45</sup> :

- Une flexibilité de gestion : la signature d'un CPOM permet de sortir du cycle budgétaire traditionnel annuel, et permet une plus grande souplesse de répartition des charges mutualisées et vise à optimiser l'utilisation des ressources,
- Une remise à plat : l'élaboration d'un CPOM est une opportunité pour des organismes en difficulté de négocier une réévaluation de leur budget de fonctionnement. Le diagnostic préalable déterminera de manière concertée une structure réaliste des coûts et permettra de concevoir si nécessaire un plan destiné à sortir d'une situation de déficit chronique,
- Une vision sur la durée : la signature d'un CPOM permet la mise en œuvre et l'évaluation d'actions sur la durée soit dans le cadre du développement de nouvelles activités ou dans le cadre de réorganisation,
- Une démarche « *volontaire* » : non obligatoire aujourd'hui, la signature d'un CPOM s'inscrit dans la tendance générale d'évolution des pratiques de l'état en matière de financement des établissements. Non obligatoire aujourd'hui, quoique fortement incité par les autorités de tarification depuis la circulaire budgétaire du 21 novembre 2007 fixant comme principe la priorité des engagements pris dans le cadre des CPOM.

En tout état de cause comme le cite le numéro spécial du «Message de l'Union» édité par l'UNAPEI, dans les années à venir ce principe de pluri annualité sera généralisé et constituera les principes de financements des établissements médico-sociaux<sup>46</sup>.

L'engagement dans un CPOM suppose une démarche extrêmement rigoureuse. L'instauration d'un vrai dialogue avec les autorités de tarification nécessite un temps de

---

<sup>43</sup> Source ANESM. Disponible sur Internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

<sup>44</sup> Code de l'Action Sociale et des Familles, Art L 313-11

<sup>45</sup> Recueil de bonnes pratiques de rédaction d'un CPOM, disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarité.gouv.fr>

<sup>46</sup> Messages de l'Union, 2008, numéro spécial, n°132

préparation et de négociation important. Il est l'occasion de faire des choix, de les prioriser, et de mesurer l'avancée des décisions prises.

Néanmoins, il se présente d'abord comme un outil budgétaire pluriannuel, puisqu'il assure une reconduction d'année en année des ressources budgétaires allouées lors d'un exercice antérieur, une garantie de prise en charge sur la durée des surcoûts résultant d'un programme d'investissement ou de départ à la retraite, qu'il permette de mettre en œuvre un programme de réduction des écarts, ou la convergence tarifaire départementale entre établissements, ou qu'il permette l'acceptation de certains déséquilibres budgétaires annuels en contrepartie d'un retour à l'équilibre global en fin de contrat assorti d'un assouplissement des règles budgétaires ...

Une des conséquences de cet outil est le respect de l'enveloppe allouée et la libre affectation des résultats comme la non reprise en sortie du contrat des déficits constatés ce qui dans le cadre de la gestion des dépenses publiques et du respect du contribuable que nous sommes tous, apparaît normale. Cela impose pour les établissements du périmètre du CPOM et l'Association gestionnaire signataire la mise en place de documents de suivi budgétaire rigoureux et précis, l'Association gestionnaire devenant « tarificateur » de ses établissements et services.

Cela s'accompagne également d'un renforcement de l'encadrement et des contraintes autour du fonctionnement associatif, de la gouvernance et des modes de gestion. La signature d'un CPOM nécessite également une centralisation accrue et donne aux sièges un rôle essentiel.

### **1.3.5 L'insertion**

Permettre aux travailleurs handicapés de sortir de l'ESAT pour accéder au milieu ordinaire de travail est depuis longtemps une des vocations d'un ESAT. La Circulaire 60 AS du 8 décembre 1978 cite qu'ils permettent « ...à celles d'entre ces personnes qui ont manifesté, par la suite, des capacités suffisantes, de quitter le centre et d'accéder au milieu ordinaire de travail ou un atelier protégé ».

Au regard de la Loi du 10 Juillet 1987 sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, les entreprises de plus de 20 salariés sont tenues à une obligation d'emploi d'au moins 6% de personnes handicapées dans leur effectif<sup>47</sup>. Jusqu'à la loi 2005-102 du 11 février 2005, les entreprises étaient les principales concernées par cette obligation légale et les

---

<sup>47</sup> Loi 87-517 du 10 Juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Journal officiel, n° 7823 du 12 Juillet 1987, section I, Art. L. 323.1

ESAT, sauf à les « aider » à répondre à cette obligation par le biais entre autres, de la sous-traitance, n'étaient pas forcément pointés comme acteurs actifs de cette insertion.

La loi du 11 février 2005 réaffirme cette obligation et définit cinq moyens pour satisfaire à l'obligation d'emploi :

- Employer des personnes handicapées,
- Conclure un contrat de sous-traitance, de fournitures, de prestations de services ou de mise à disposition de travailleurs handicapés,
- Accueillir des demandeurs d'emploi handicapés en formation dans le cadre d'un stage,
- Conclure un accord de branche, d'entreprise ou d'établissement en faveur de l'emploi de personnes handicapées,
- Verser une contribution à l'AGEFIPH.

Cette loi crée dans son article 39 la Convention d'Appui (art. L344-2-5 du CASF), favorisant le passage d'un travailleur d'ESAT vers le milieu ordinaire de travail.

C'est d'ailleurs dans le Rapport Annuel de Performance, que sont comptabilisés entre autres, le nombre de conventions d'appui signées, le nombre de mises à disposition réalisées ou encore le nombre de sorties d'ESAT vers le milieu ordinaire effectuées.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 a confirmé la possibilité pour les travailleurs handicapés admis en ESAT d'être mis à disposition d'une entreprise, d'une collectivité publique ou de tout autre organisme afin d'exercer une activité à l'extérieur de l'ESAT, en précisant les conditions de cette mise à disposition. La durée de cette mise à disposition ne peut excéder deux ans. Au-delà de cette durée, les personnes handicapées, doivent, conformément à la réglementation en vigueur, faire l'objet d'une décision de réorientation « vers le marché du travail » par la CDAPH. Réorientation qui s'accompagne du versement des aides de l'Etat prévues par l'arrêté du 9 février 2006, et qui ouvre droit à l'aide forfaitaire au recrutement des personnes handicapées sortant d'ESAT versée par l'AGEFIPH pendant un an, laquelle est prévue par la convention ETAT-AGEFIPH du 18 février 2008.

### **1.3.6 La Formation**

Le développement de la formation est un des axes fondamentaux pour favoriser le libre choix professionnel et favoriser par là même l'intégration à la société.

La loi du 11 février 2005 se positionne clairement en faveur du droit à la formation pour le travailleur handicapé, en demandant aux établissements de mettre en œuvre ou de favoriser « *l'accès à des actions d'entretien des connaissances, de maintien des acquis scolaires et de formations professionnelles, ainsi que des actions éducatives d'accès à*

*l'autonomie et d'implication dans la vie sociale, au bénéfice des personnes handicapées ».*

Ainsi le nouvel article L344-2-1 du CASF, applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, précise que les ESAT mettent en œuvre ou favorisent l'accès à des actions de formation professionnelle au bénéfice des travailleurs qu'ils accueillent.

Le décret du 16 juin 2006 prévoit la signature d'une convention qui peut fixer outre un objectif d'augmentation du taux moyen de rémunération, des orientations en matière de formation des travailleurs handicapés<sup>48</sup>.

Pour faciliter le développement de la formation, le législateur a souhaité donner aux établissements des moyens financiers nouveaux, l'arrêté du 6 juillet 2007 fixe donc une compensation par l'Etat de la participation des ESAT au financement de la formation professionnelle continue. Cette compensation sera égale à un montant correspondant au double de la contribution prise en charge directement par l'ESAT pour chaque travailleur handicapé sur la part de rémunération garantie qu'il finance<sup>49</sup>.

Ce régime de contribution des ESAT est organisé au niveau national par la signature d'une convention cadre entre l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé UNIFAF et l'Etat.<sup>50</sup>

Cette convention outre les modalités de versement à l'OPCA retenu définit les actions prises en charge au titre de l'axe I sur la base :

- Du maintien des acquis scolaires,
- D'actions de formation notamment,
  - ✓ Les actions de préformation et préparation à la vie professionnelle,
  - ✓ Les actions d'adaptation et de développement des compétences,
  - ✓ Les actions de promotion professionnelle,
  - ✓ Les actions de prévention,
  - ✓ Les actions de conversion,
  - ✓ Les actions d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances,
- L'accès au bilan de compétence,
- L'accès à la VAE.

L'ESAT dispose donc d'une enveloppe fixée à 50% du montant de la contribution globale versée pour financer les actions de formation au titre de l'axe I.

---

<sup>48</sup> Décret 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation. Art R248-3

<sup>49</sup> 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

<sup>50</sup> Convention cadre entre la DGAS, la DGEFP, et l'OPCA UNIFAF du 4 décembre 2007 relative au financement de la formation professionnelle des travailleurs handicapés en ESAT

L'OPCA définit également chaque année avec l'administration les priorités nationales au titre de l'axe II « Priorités nationales Travailleurs Handicapés ». L'ESAT dispose donc au titre de l'axe II d'une enveloppe reprenant 50% de sa contribution mutualisée au niveau national.

Dans la limite des fonds mutualisés disponibles l'ESAT sera remboursé des dépenses liées à l'organisation des actions de formation professionnelles et à la participation des travailleurs handicapés à ces actions (frais pédagogiques, frais de transport et d'hébergement)

Le décret du 20 mai 2009 pris en application des dispositions de la loi 2005-102 du 11 février 2005 définit les modalités de formation, de reconnaissance des savoir-faire, des compétences et de la VAE des travailleurs handicapés accueillis en ESAT.<sup>51</sup> Il accorde aux travailleurs handicapés le droit de bénéficier d'un congé de formation les dispensant de tout ou partie de l'exercice de leur activité professionnelle, tout en garantissant le maintien de leur rémunération. Le dispositif d'accompagnement et d'aide, et les actions de formation professionnelle sont éligibles aux dépenses prises en charge par l'OPCA. Les ESAT ont également la possibilité de mettre en œuvre une démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences des travailleurs qu'ils accueillent, éventuellement mieux adaptée que la VAE et visant à favoriser leur épanouissement personnel et social, leur mobilité au sein de l'ESAT ou d'autres structures ou vers le milieu ordinaire.

Cette action comprend une analyse détaillée des compétences mises en œuvre par les travailleurs, implique la formation des équipes d'encadrement concernées. Ce décret valorise la reconnaissance de l'expérience et les compétences développées par les travailleurs handicapés. Cette démarche de reconnaissance permet à chaque travailleur quel que soit son niveau de s'inscrire dans ce processus de valorisation (reconnaissance des savoir-faire et de compétences, VAE).

## **1.4 UNE ACTIVITE ECONOMIQUE DE PLUS EN PLUS PREGNANTE**

### **1.4.1 Les ESAT : des entreprises à part entière**

Les ESAT sont aujourd'hui considérés comme des partenaires à part entière par leurs différents clients économiques ; ils en sont devenus de véritables sous traitants et par là même soumis aux mêmes contraintes. On ne peut que se réjouir de ce changement

---

<sup>51</sup> Décret 2009-565 du 20 mai 2009 relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en ESAT.

d'image ; fini le temps des travaux occupationnels confiés sans délai et à un prix négligeable.

Les exigences des clients sont les mêmes qu'avec les autres sous traitants, la concurrence est vive : avec le milieu ordinaire mais aussi entre ESAT, avec le milieu carcéral ou les entreprises d'insertion. Obtenir un marché c'est être compétitif, résoudre l'équation, prix, délai, qualité. Les règles de la concurrence sont appliquées, « *pour les clients, ce qui compte c'est la qualité, les prix, les délais. Le reste ils s'en moquent.* »<sup>52</sup>. Aujourd'hui le juste à temps, les commandes urgentes, des délais de fabrication au plus juste, les négociations sur les prix sont monnaie courante.

La pression est quotidienne, identique à ce qu'elle serait dans une entreprise normale, et la sanction tout aussi rapide.

Cela nécessite donc une nouvelle organisation à mettre en place, de nouvelles compétences afin de satisfaire ces clients économiques :

- Connaître ses capacités,
- Acheter aux meilleurs prix,
- Gérer les stocks, les anticiper et les analyser,
- Organiser sa production,
- Répondre aux exigences du client,
- Connaître ses coûts, les suivre.

Conquérir de nouveaux marchés, satisfaire de nouveaux clients, lancer nos produits propres c'est aussi investir, cela signifie se comporter comme de véritables entrepreneurs dans l'analyse, dans la négociation, dans la rédaction des contrats.

#### **1.4.2 Des transferts de charges**

A) Un transfert de charges financières

a) *Une augmentation demandée des rémunérations*

Un objectif mentionné dans le projet de loi de finances pour 2006 visait à augmenter la part du salaire direct de 5 à 10 % de la rémunération garantie. Au cabinet du ministre on a même parlé à un moment de 15%<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> BESSE DESMOULIERES R., Mars Avril 2006, «Travailler avec des personnes handicapées en ESAT », *ASH Magazine*, n°14, p. 38

<sup>53</sup> Le social en action, 6 Janvier 2006, « les décrets sur les ESAT remis sur le métier », *ASH*, n°2437, p. 43



Le décret du 16 juin 2006 <sup>54</sup> précise que les ESAT devront transmettre chaque année et au plus tard le 30 avril à la DDASS un rapport sur leur politique en faveur des travailleurs handicapés accueillis et en particulier en matière de rémunération garantie versée et d'actions de formation proposées. Sur le fondement de ce rapport, une convention sera signée entre le gestionnaire et le représentant de l'Etat d'une durée maximale de 3 ans. Cette convention pourra fixer un objectif d'augmentation du taux moyen de la rémunération garantie en prenant compte notamment de l'amélioration constatée de la productivité moyenne des travailleurs handicapés et de l'accroissement de la valeur ajoutée dégagée.

Aujourd'hui le décret du 2007-874 du 14 mai 2007 donne la possibilité aux ESAT qui ont un compte commercial excédentaire de verser une prime de participation aux résultats aux travailleurs handicapés dans la limite de 10% de la part de rémunération qu'il finance, sans que cette prime ne soit reprise dans le calcul de l'AAH. Car augmenter le salaire direct d'un ouvrier en ESAT correspond dès l'année suivante à une baisse de l'AAH...

*b) La prise en charge des dépenses de médecine du travail*

La prise en charge des dépenses de médecine du travail qui sont désormais imputées au budget commercial, (auparavant aucune imputation des dépenses de santé n'était prévu par les textes), cette disposition est coûteuse pour les ESAT puisque le code du travail prévoit une surveillance renforcée à l'égard de certains travailleurs et notamment les travailleurs handicapés, avec un renouvellement des examens périodiques annuels et des contrôles particuliers liés à l'appréciation de la médecine du travail.

B) Un transfert de charges administratives

**Financières...**

Réaffirmé comme établissement médico-social, l'établissement doit s'assurer de l'adaptation des postes de travail au handicap, aux actions de soutien... qui ne peuvent être toujours prises en charge par le budget social compte tenu des contraintes budgétaires imposées et de taux de croissance de celui-ci, ce qui suppose donc une prise en charge par le secteur économique.

Le secteur économique participe au financement des frais de siège.

Le décret du 23 octobre 2003 prévoyait une imputation des frais de siège au prorata des charges brutes du dernier exercice clos, le décret du 7 avril 2006 une répartition sur la valeur ajoutée dégagée. Le décret du 16 juin 2006 prévoit le calcul sur la base de la

---

<sup>54</sup> Décret 2006-703 du 16 juin 2006

valeur ajoutée sur proposition du gestionnaire sachant que dans cette option les frais de siège seront revus tous les ans, avec application d'un taux variable...Compte tenu des conditions imposées à cette option, la logique d'une répartition sur la base des charges brutes assurant un taux fixe de réévaluation des frais de siège a été retenue par l'Association, ce qui a eu pour conséquence une augmentation importante de la part des frais de siège imputée au secteur économique.

### **... Et administratives**

Le temps, un outil en voie de disparition :

La « protocolisation » de l'intervention devient de plus en plus chronophage au détriment de l'essence même de cette intervention<sup>55</sup>. S'il est acquis pour tout le monde que le temps de réunion interdisciplinaire, de rédaction, de mise à jour, de suivis fait partie du travail éducatif, de son élaboration, de la réflexion et de la prise de recul indispensable, l'abondance de protocoles atteint néanmoins aujourd'hui un seuil critique. En effet, le travail éducatif reste par essence un travail relationnel, il suppose une rencontre, une mise en confiance réciproque, un temps de maturation. Une rencontre ne peut être menée l'œil rivé sur la montre. Le temps de présence physique est un facteur déterminant puisqu'il s'agit d'accompagner, de faire ensemble, de donner l'exemple et non de venir délivrer dans la précipitation un discours éducatif. Par ailleurs, le temps des travailleurs handicapés n'est souvent pas le même que le nôtre, il peut être moins structuré, plus élastique, il peut impliquer des retours en arrière puis des bonds en avant mais oblige dans tous les cas le travailleur social à faire plusieurs fois le même chemin, à répéter des accompagnements, des actes, des gestes...

Le temps un outil en voie de disparition pour faire face à l'assimilation, la compréhension, la mise en place, de tous les textes qui concernent les ESAT, qui parfois sont difficilement applicables en l'état ou génèrent de nouvelles charges de travail : Le maintien en totalité de la rémunération garantie pendant les périodes ouvrant droit à une indemnisation au titre de l'assurance maladie a été introduit par le décret du 16 juin 2006. Cette mesure favorable aux travailleurs handicapés, génère une charge nouvelle de travail aux équipes administratives, compte tenu du volume d'arrêts à traiter, mais aussi financières compte tenu des sommes avancées aux travailleurs handicapés qu'il faut récupérer auprès des caisses de l'assurance maladie.

---

<sup>55</sup> SVOLANEK C., 18 Avril 2008, « Le temps, denrée en voie de disparition », *ASH*, Tribune libre, n° 2554, p. 27

Le temps un outil en voie de disparition pour faire face aux enquêtes multiples et variées obligatoires notamment celles relatives à la population qui souvent nécessitent une requalification, les items à remplir étant souvent différents et nécessitant souvent un « découpage » nouveau de la population. A chaque enquête, son découpage de population à mettre en place ou à actualiser. G. ZRIBI disait à ce propos « *les réponses aux questionnaires ne permettent aucune précision, aucune inflexion, on reçoit soit des déficients du psychisme, soit des handicapés cognitifs ; c'est comme ça que les questions nous sont adressées et c'est comme ça qu'on doit y répondre.* ».<sup>56</sup>

## 1.5 CONCLUSION

« *Parler des déficiences intellectuelles plutôt que de handicap, ... utiliser le pluriel plutôt que le singulier, c'est indiquer d'emblée que l'on a affaire à un sujet composite, qui se déclinera dans la diversité* »<sup>57</sup>.

Il me semblait ici important de reprendre ces propos de D VAGINAY qui montrent la nécessaire prise en compte de l'individu dans son ensemble et dans sa spécificité ; l'évolution des politiques publiques, notamment les lois du 2 janvier 2002 puis la loi 2005-102, est venue valider cette nécessité de prise en charge individuelle, en plaçant le travailleur handicapé au centre du dispositif, et faisant de lui un sujet de droit.

Parallèlement s'est instauré un encadrement des ressources financières dans une logique de rendu compte de l'utilisation de l'argent public, et d'optimisation des ressources allouées.

L'inscription de l'ESAT dans son environnement économique s'est modifiée, il doit faire face à de nouvelles obligations, de nouvelles charges, changer son organisation...

...bref s'adapter.

---

<sup>56</sup> ZRIBI G., 23 et 24 Mars 2009, *Discours conclusif lors des rencontres nationales ANDICAT*

<sup>57</sup> VAGINAY D., 2007, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2<sup>ème</sup> édition, Ramonville Saint-Agne : ERES, p. 9.

## **2 ETAT DES LIEUX**

### **2.1 PRESENTATION**

#### **2.1.1 APEI de DOUAI**

L'Association de Parents et amis de Personnes Déficiantes Intellectuelles « Les Papillons Blancs » de Douai a pour vocation la protection des personnes déficientes intellectuelles et le développement de réponses à leurs besoins. Elle œuvre sur les secteurs : Enfance, Adulte, Travail, Habitat, Services.

Créée en 1962, l'APEI est affiliée à l'UNAPEI et est fédérée avec 8 autres Associations en une union départementale (UDAPEI), dans laquelle le secteur travail s'exprime au travers de différentes réunions (médico-sociales, commerciales « Grands Comptes », Direction ESAT-EA, Dimension sociale EA).

#### **2.1.2 Le Travail Adapté du DOUAISIS**

Créé en 2007, le Travail Adapté du DOUAISIS, dénommé « TAD », regroupe les 3 établissements de travail de l'APEI de Douai que sont l'ESAT de Dorignies, l'ESAT de LAMBRES et l'Entreprise Adaptée de Guesnain.

Un poste de directeur sur le TAD a été créé et chaque établissement dispose d'un directeur adjoint à compétence transversale spécifique : un profil de type financier et un profil de type ingénieur en charge des questions de production.

Un pôle « Ressources » composé de cadres à compétences spécifiques apporte au TAD l'expertise incontournable sur les champs de la qualité, la comptabilité et la gestion financière, la formation des travailleurs handicapés. Ces cadres impulsent les bonnes méthodes tout en ayant un rôle de contrôle et de conseil.

A ce jour, le TAD emploie 130 salariés et accueille 352 personnes déficientes intellectuelles (à l'agrément, soit environ 380 travailleurs handicapés).

#### **2.1.3 L'ESAT de LAMBRES**

L'ESAT de LAMBRES a été créé en 1988. D'une capacité originelle de 30 places, son agrément a évolué régulièrement depuis pour atteindre aujourd'hui 140 ETP soit 156 personnes physiques.

Il est certifié ISO 9001 Version 2000 tant sur le versant économique que sur le versant éducatif depuis 2003.

#### A) Des activités économiques diversifiées

- L'atelier mécano soudure accueille 27 travailleurs handicapés encadrés par 3 moniteurs. Aujourd'hui, son activité se décompose globalement en 2 secteurs principaux : les pièces de série pour l'industrie (crochets, barrières,...) et les travaux de ferronnerie pour les particuliers, les architectes et les collectivités. Chacun de ces marchés comporte ses propres spécificités : après un travail de préparation (décomposition des tâches, réalisation de gabarits...), les pièces de série permettent aux travailleurs handicapés, de tout niveau, de remplir leur rôle en quasi autonomie. Les travaux de ferronnerie, réalisés généralement à l'unité, demandent à l'inverse une implication importante de l'encadrement tant au niveau de la préparation que de la réalisation proprement dite.
- L'atelier conditionnement de 80 travailleurs handicapés encadrés par 4 moniteurs, réalise des travaux de sous-traitance, mise sous film, échantillonnage, collage, comptage, montage de sous-éléments, déconditionnement-reconditionnement ; y est adjointe une activité corderie : réalisation de chablots et licols.
- L'activité de Prestations extérieures encadrée par 4 moniteurs permet aux 28 travailleurs handicapés d'intervenir directement chez les clients : nettoyage de parking, d'usines ou d'entrepôt, conditionnement-déconditionnement.
- L'atelier Repassage Retouches de 21 travailleurs handicapés et de 2 moniteurs, réalise tous travaux de retouches auprès de grandes enseignes de prêt à porter du DOUAISIS mais aussi pour des particuliers, et offre un service de repassage (linge plat et linge en forme).

#### B) L'organigramme de l'établissement

L'établissement est agréé pour un organigramme de 29,30 ETP, sa présentation hiérarchique est jointe en annexe (annexe 1).

Une partie de celui-ci participe au financement de postes du siège à raison de 0,48 ETP (comme les autres structures de l'Association), une autre partie correspond à des postes attribués aux actions complémentaires d'ESAT (services VISA et SISEP) financés sur le budget des ESAT à hauteur de 0,91 ETP. L'organigramme disponible s'établit donc à 27,91 ETP.

Pour sa part le secteur économique de l'ESAT a en charge le financement de 0,75 ETP dont 0,25 ETP pour des postes administratifs du siège.

Il se décompose en :

- 3,5 ETP de direction à savoir : 0.50 ETP pour le poste de direction du TAD (l'autre mi-temps est financé sur l'autre ESAT), 1 ETP de direction adjointe, 1 ETP de chef d'Atelier et 1 ETP de Chef de service médico-social.

- Un service administratif qui représente 2 ETP, dont 0.25 financé sur le secteur économique.
- L'établissement participe à hauteur de 1,95 ETP (dont 0,25 ETP financé sur le secteur économique) au service comptable, dont les moyens sont mutualisés au sein du TAD et implanté sur le site de l'établissement.
- 13 ETP sont consacrés à des postes de moniteur d'atelier dont 1 moniteur principal,
- L'équipe médico-sociale regroupe 6.69 ETP,
- 1 ETP d'homme d'entretien.

#### C) Une implantation en zone urbaine

L'établissement est implanté en zone urbaine sur le territoire de la ville de LAMBRES LEZ DOUAI, à proximité immédiate de DOUAI et de son centre ville ; cette implantation facilite les déplacements des travailleurs handicapés, bon nombre de structures de l'Association et notamment de l'Habitat y sont implantées. Il est desservi par de nombreuses lignes de bus, le tramway (bientôt en service) et la gare ne sont qu'à quelques minutes à pied.

Bien qu'implanté en zone urbaine, l'établissement est facilement accessible par les véhicules de livraison et les camions, les voies de contournement et l'autoroute sont facilement rejoins.

Il faut noter que la ville de LAMBRES LEZ DOUAI, ville de 5200 habitants s'est engagée depuis plusieurs années dans l'intégration dans la ville de personnes porteuses de handicap et a signé en 2004 la charte « Commune Handicap »

L'établissement occupe un ancien site industriel réhabilité, construit en longueur sur une superficie de 10 000 m<sup>2</sup> (un rectangle de 50 m sur 200 m) dont 3 700 m<sup>2</sup> construits et un entrepôt d'environ 1 000 m<sup>2</sup>. (Annexe 2)

#### **2.1.4 L'environnement et les partenaires**

L'Association compte 23 établissements et services dont 3 IME et 1 SESSAD sur le pôle « ENFANCE », un pôle « HABITAT » : 1 foyer de vie et 3 résidences et un pôle spécialisé comportant 3 MAS et 1 FAM.

L'Association a, en outre, créé depuis de nombreuses années des services complémentaires aux structures (un Service Social chargé de la gestion des listes d'attente, un Service Accompagnement à la Parentalité, un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, un Service d'Insertion, un Service d'Accueil de Jour, un Accueil Temporaire Hôtelier...) qui permettent de bénéficier en interne d'un réseau de partenaires de proximité.

L'APEI de DOUAI participe activement à de nombreuses réunions au sein de l'UDAPEI et de l'UNAPEI.

Elle a développé depuis quelques années un partenariat avec des EHPAD du secteur afin de préparer puis d'assurer l'accueil de personnes déficientes dans ces structures. (L'Association Floralys Résidences gère 5 établissements implantés sur Douai et ses environs.)

Un partenariat avec l'Hôpital de Douai permet le développement de projets communs, plus récemment, cela a été le cas, dans le cadre de la prévention des risques de pandémie grippale H1N1.

Elle a naturellement depuis de nombreuses années, développé son réseau avec le secteur psychiatrique. Le chef de service du pôle Psychiatrie du DOUAISIS, est salarié à temps partiel de l'Association et facilite la mise en œuvre de ce partenariat ; il a, en outre, participé à l'écriture du projet de Foyer d'Accueil Médicalisé actuellement en construction.

L'Association implantée au cœur de la ville de Douai, a des contacts privilégiés avec la ville de Douai et avec la Communauté d'Agglomération du DOUAISIS, notamment dans le cadre de recherche de nouveaux terrains pour de futures implantations, et est un partenaire impliqué lors du développement d'infrastructures.

L'Association participe également au développement de la citoyenneté et de l'expression des travailleurs handicapés. Elle a participé récemment à l'ouverture d'une antenne locale de « Nous Aussi », Association française des Personnes Handicapées Intellectuelles dont le but est de permettre aux personnes handicapées intellectuelles d'affirmer leur droit à prendre part aux décisions qui les concernent et, par son action, modifier le regard porté par la société sur le handicap intellectuel.

Les directions d'Etablissements sont impliquées également et participent à diverses réunions au sein de l'UDAPEI :

- Grands Comptes : permettent entre autre la mutualisation de moyens en ESAT facilitant l'obtention de marchés communs ou l'échange d'informations sur le tissu économique de la région,
- Volet social : assurent des échanges sur l'évolution de la réglementation des Etablissements médico-sociaux, définissant une politique commune ou facilitant le partage d'informations ou de points de vue,
- Réunions de directions d'ESAT et/ou d'EA : abordent les problématiques institutionnelles : la dernière en date, la mise en place du plan de formation dans les ESAT.

Au niveau TAD, et dans le cadre de son inscription dans le tissu économique local, le TAD est un acteur de l'AVAD, qui est un regroupement d'entreprises douaisiennes. Cette participation assure au TAD une reconnaissance de ses compétences et savoir-faire sur la région et lui permet de participer à toutes les opérations mises en place par l'AVAD.

## 2.2 FORCES ET FAIBLESSES

### 2.2.1 L'ESAT de LAMBRES au sein de l'APEI de DOUAI

#### A) L'APEI

##### a) *Une association structurée*

L'A.P.E.I. de Douai est une association qui existe depuis plus de 45 ans, reconnue et sollicitée par les financeurs, et qui a atteint aujourd'hui une taille lui permettant de se structurer.

Le projet associatif promeut le respect des droits de l'utilisateur au travers de certains principes fondamentaux (Annexe 3). Dans les différents CVS des établissements, est présent un membre du conseil d'administration qui est le garant de l'application des valeurs associatives au sein des établissements.

Le conseil d'administration est construit maintenant autour du principe d'administrateurs délégués auprès de chaque grand pôle de l'Association (Enfance, Travail, Habitat, Accueil spécialisé et Services). Ces administrateurs sont les interlocuteurs privilégiés de chaque directeur de pôle mais en sont également les représentants auprès des différents membres du conseil d'administration.

Le siège s'est structuré, enrichi et spécialisé, comme JR LOUBAT le suggère, « *l'équipe de direction générale* »<sup>58</sup> regroupe les services centraux au service des 23 établissements qui la composent :

- Une direction générale composée d'un directeur général, interlocuteur privilégié des administrateurs et représentant du mouvement au sein de différentes instances nationales (FEGAPEI, ANESM,...) et d'un directeur général adjoint plus particulièrement chargé du fonctionnement de l'Association,
- Un service R.H. composé d'une direction secondée d'un juriste et d'un chargé de mission formation. L'ensemble constitué a permis la mise en place d'une GPEC associative. Celle-ci s'appuie sur la gestion des contrats de travail des 895 salariés<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> LOUBAT JR., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale* « Au plus haut niveau de l'entreprise de service, il nous faut penser en termes d'équipe de direction générale qui s'enrichit et se spécialise », Paris : Dunod, p. 106

<sup>59</sup> APEI DOUAI, 2008, Source bilan social



de l'Association. Les données du bilan social font état de 52% des salariés en CDI âgés de plus de 46 ans, dont 13% de plus de 56 ans ce qui ne manquera pas d'offrir des opportunités en terme de mobilité du personnel,

- Un service comptable et financier chargé de l'accompagnement des établissements en terme de gestion budgétaire,
- Un service sécurité et gestion du patrimoine en charge du suivi immobilier des établissements et du développement des nouveaux projets,
- Une psychologue, personne ressource auprès des établissements, pour la démarche d'évaluation clinique ; celle-ci, entreprise depuis plusieurs années, a été conçue par Anne-Marie FAVARD (Docteur en psychologie et en criminologie) dans le cadre de ses recherches CNRS. Cette méthode utilisée sur l'ensemble des établissements permet d'évaluer l'impact des prestations, des interventions sur le devenir des usagers accueillis (Annexe 4),
- Une responsable qualité, en charge de la démarche d'évaluation. Entamée depuis peu au niveau associatif, elle doit permettre de faire un état des lieux de la qualité de l'accompagnement de la personne accueillie, de développer les actions d'amélioration de la qualité et d'assurer la poursuite de ces actions dans le temps,
- Un service communication interne et externe.

La démarche engagée dans le cadre des CPOM sera certainement une opportunité pour l'Association de transformer son organisation, de favoriser la mutualisation à la recherche de solutions innovantes dans le cadre de son projet associatif en tenant compte notamment des objectifs du schéma départemental et du PRIAC.

#### *b) Une organisation non encore efficiente*

L'A.P.E.I. de DOUAI a engagé depuis quelques années une démarche de restructuration nécessaire à son fonctionnement. La nouvelle organisation mise en place ne pourra prouver son efficience qu'au fil du temps.

L'âge de l'Association, de ses établissements et de son personnel, le niveau de qualification de ces derniers, leur attachement non pas à l'Association mais à leur établissement d'origine est un frein à cette dynamique de rénovation. De nombreux projets ont été lancés cette année et reposent essentiellement sur certains acteurs de terrain ce qui n'est pas sans alourdir la charge de travail de ces derniers.

Le financement des nombreux projets de rénovation (reconstruction des MAS et de 2 IME, déménagement du foyer des BA, ...) et de création d'établissements (FAM, foyer de personnes âgées,...) pourrait, à terme, se révéler incompatible avec les moyens propres à l'Association ; cette politique ne pourrait alors se poursuivre sans d'éventuels apports

d'excédents des budgets commerciaux, ce qui ne serait pas sans alourdir une pression économique déjà notable.

Géré au niveau associatif et permettant également de financer les formations et les accompagnements nécessaires au développement de ses nombreux projets, le plan de formation ne laisse que peu de marges de manœuvre au niveau des établissements. A elles seules, les formations liées au CPOM, à l'évaluation interne et aux différentes obligations liées à la sécurité (S.S.T., formation des surveillants de nuit,...) ont nécessité près des deux tiers du budget global d'environ 300 000 Euros et les besoins en formation spécifiques doivent être négociés au cas par cas.

## B) Le Travail Adapté du DOUAISIS

### a) *Un concept prometteur*

Les objectifs de cette entité unique se déclinent en plusieurs axes complémentaires :

- Une réponse efficiente aux exigences réglementaires,
- La recherche permanente d'une meilleure prise en charge des travailleurs handicapés par un panel d'activités proposées élargi (au total ce sont 9 activités différentes proposées par le TAD), l'échange de pratique et la mutualisation des moyens,
- Une pertinence et une efficacité de notre démarche commerciale, identifiable à l'extérieur, organisée à l'intérieur,
- La participation active à la GPEC associative en renforçant préalablement le sentiment d'appartenance à une même entité, une même organisation.

La démarche de certification unique engagée depuis 2007 tant sur le versant médico-social qu'économique a permis aux établissements du T.A.D. de se positionner en tant que précurseur dans la démarche d'évaluation interne. Les principes de l'amélioration continue et de l'évaluation des pratiques y sont une réalité depuis plusieurs années, ce qui présente un avantage certain dans le contexte actuel d'évaluation interne.

Le principe du pôle « Ressources » et des directeurs à compétence transversale permet aux établissements du T.A.D. de mutualiser les expertises indispensables à la gestion de structures économiques et sociales et de créer ainsi un « véritable groupe de pilotage ».<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> LOUBAT JR., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p. 108

Le renouvellement récent de l'équipe dirigeante a permis d'impulser la dynamique nécessaire à la réussite de cette organisation.

b) *Un concept en attente d'appropriation*

Au même titre que l'Association, la mise en œuvre récente du TAD nécessitera un temps d'adaptation : une partie des professionnels qui le compose peine à s'approprier cette nouvelle dimension et à ajuster leurs pratiques.

C) *Des forces en devenir*

Globalement, l'E.S.A.T. de LAMBRES est une structure qui dépend d'une Association dynamique et d'un pôle structuré qui sauront l'accompagner dans ses projets de restructuration et de développement.

Les démarches de rénovation engagées à ce jour devraient porter leur fruit au bénéfice de la prise en charge des travailleurs handicapés.

## **2.2.2 L'ESAT de LAMBRES**

A) *Face aux outils de la loi 2002-2*

a) *Des outils existants...*

L'ensemble des documents légaux liés à la loi 2002-2 existe.

Ils ont progressivement été mis en place :

- Le projet d'établissement date de l'ouverture en 1988,
- Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil ont été distribués et expliqués aux travailleurs handicapés en 2005,
- Le Contrat de Soutien et d'Aide par le Travail (CSAT) a été signé par l'ensemble des travailleurs handicapés en 2007.

L'ensemble a été adapté à la compréhension des travailleurs handicapés (simplification des expressions, utilisation de pictogrammes,...) et leur remise a fait l'objet d'une explication délivrée par les professionnels auprès des travailleurs en y impliquant familles ou représentants légaux.

Le travailleur handicapé dispose de différents moyens et lieux d'expression sur tout ce qui touche au fonctionnement de l'établissement (Conseil de Vie Sociale, commissions hygiène et sécurité, vie quotidienne et qualité, réunions d'atelier, journal « clin d'œil ») mais également à son projet individuel (entretiens et réunions de bilan et de synthèse).

La satisfaction du travailleur handicapé est mesurée, analysée et prise en compte dans des actions d'amélioration par l'intermédiaire notamment d'un questionnaire de satisfaction proposé annuellement aux travailleurs handicapés.

*b) Des outils à réactualiser*

Le projet d'établissement date de la création de la structure. Celle-ci a évolué, passant d'un agrément de 30 ETP à l'ouverture à 140 ETP aujourd'hui.

Parallèlement, le contexte réglementaire et législatif a lui aussi évolué; l'équipe pluridisciplinaire s'est étoffée et diversifiée; les activités de soutien ont été modifiées; le TAD s'est construit...

L'ensemble de ces facteurs crée un flou préjudiciable à la bonne marche de l'établissement; les questionnements sont multiples: quid du temps de travail, des activités de soutien à caractère social? Comment ne pas perdre sa vocation éducative dans un contexte économique pressant?

En dépit des obligations légales (révision tous les 5 ans), le projet d'établissement doit évoluer et être réécrit.

Le règlement de fonctionnement et le livret d'accueil existent mais doivent être réactualisés dans le cadre des modifications réglementaires récentes et d'une uniformisation rendue nécessaire par la mise en place du TAD.

*c) Conclusion*

L'ancienneté du projet d'établissement, même si elle peut apparaître comme une faiblesse notamment d'un point de vue réglementaire, est une réelle opportunité.

Sa refonte bénéficiera de l'analyse effectuée dans le cadre de l'évaluation interne et devra tenir compte de la mise en place du pôle Travail. Il sera un formidable outil de management en permettant la mobilisation de l'ensemble des professionnels autour de sa réécriture

*B) D'un point de vue financier*

*a) Un Budget Principal d'Activité Sociale chroniquement déficitaire.*

Pour l'exercice 2008, le montant de la dotation annuelle de fonctionnement attribuée à l'établissement était de 1 671 k€

Dans le cadre de la procédure budgétaire 2009 :

- Le montant alloué au titre du groupe I sera de 262 K€; il restera insuffisant pour financer les besoins réels de fonctionnement de l'établissement, notamment sur les besoins en fourniture d'énergie, et sur le poste alimentation.
- Le groupe II est structurellement insuffisamment doté (et ce depuis la création de la structure); le calcul mathématique du nombre de points accordés pour

l'organigramme multiplié par la valeur du point puis multiplié par le taux de charge n'est jamais accordé, l'écart se monte à 144K€.

- Le groupe III est également insuffisamment doté notamment sur les chapitres relatifs aux comptes 61.

Compte tenu de ces éléments et depuis de nombreuses années, l'établissement présente chaque année un résultat déficitaire (en 2007, il était accepté pour -90K€) mais qui est systématiquement dans sa globalité repris en N+2 par l'autorité de tarification.

Le coût à la place de l'établissement pour l'année 2008 rectifié si l'on ne tient pas compte des provisions retraite passées sur l'exercice et qui ne seront pas reprises par l'autorité de tarification, s'établit à environ 12 414 €, soit légèrement inférieur au tarif plafond annoncé de 12 840 €.

Les indicateurs de l'établissement s'inscrivent dans la moyenne régionale. Le rapport sur la campagne budgétaire 2009 attribue un taux nul de croissance budgétaire pour les établissements présentant un coût à la place se situant à moins de 5% de la moyenne départementale, ce qui est le cas pour cet exercice budgétaire.

Un plan pluriannuel d'investissement a été établi et accepté pour les années 2009 à 2013, dans la limite des surcoûts acceptés par la DDASS, il prévoit le renouvellement et le financement d'un certain nombre d'immobilisations mais aussi une enveloppe de travaux à hauteur de 162 K€.

L'analyse du bilan financier de la structure relève que :

- Le fond de roulement d'investissement est chroniquement déficitaire (-295 K€ en 2007) et ce depuis l'ouverture de la structure, celle-ci n'ayant été créée que sur les fonds propres associatifs. Depuis quelques années, et dans la limite des PPI accordés, les investissements réalisés sont financés par emprunt à hauteur minimale de 80%, ce qui concourt à une réduction de ce déficit.
- Le fond de roulement d'exploitation compte tenu de la situation chroniquement déficitaire présente également un résultat largement déficitaire,
- L'exploitation de l'établissement compte tenu du financement de celui-ci par le biais d'une dotation globale de fonctionnement dégage un excédent de trésorerie d'exploitation (+243K€)
- La trésorerie est insuffisante (-244K€) compte tenu des éléments évoqués ci-dessus.

Il faut noter que celle-ci est gérée au niveau associatif de façon globale pour toutes les structures.

Les discussions engagées à ce jour avec l'autorité de tarification dans le cadre des CPOM laissent augurer un rebasage budgétaire possible qui permettra de couvrir l'ensemble de ces déficits, sachant que l'autorité de tarification est parfaitement consciente de cette situation (les déficits ont d'ailleurs été systématiquement repris depuis la création et les rapports budgétaires transmis par la DDASS mentionnent une étude du groupe II lors de l'analyse du compte administratif).

*b) Un secteur économique en développement*

Au sein de l'E.S.A.T de LAMBRES, les activités économiques ont toujours été excédentaires en dépit d'un contexte économique fluctuant et d'une augmentation des charges (frais de siège, masse salariale,...).

Ainsi, après un début d'année 2009 difficile (- 50 % de chiffre d'affaires CA en Janvier et Février), le chiffre d'affaires est revenu en Juin à son niveau de 2008 qui fut une année exceptionnelle en dépit de la crise. Celui-ci s'établit autour de 800k€.

Par le principe des vases communicants, cela permet en outre de garder la vocation de l'E.S.A.T. qui est d'offrir à tout travailleur handicapé un travail adapté en fonction de ses capacités ; la mécano-soudure et les prestations extérieures ont ainsi permis de compenser les pertes de l'activité conditionnement et de financer le développement de l'activité repassage retouches.

L'activité mécano soudure est depuis de nombreuses années l'activité phare de la structure, le CA de ce secteur s'établit à 350K€, en croissance régulière. Le taux de valeur ajoutée dégagée par cette activité est de l'ordre de 40% compte tenu d'achats importants (le prix des matières sidérurgiques a fortement augmenté) et des besoins en termes de sous-traitance pour les phases de protection et de peinture. Les stocks nécessaires à cette activité sont conséquents et nécessitent un suivi précis. L'activité est bénéficiaire.

L'activité conditionnement réalise un CA d'environ 220 K€. Cette activité non spécialisée de sous-traitance générale, après des années difficiles face à une diminution importante de son CA a retrouvé une activité régulière. Malgré cela, la concurrence est rude et les prix serrés, l'activité reste donc déficitaire (-35K€).

Les prestations extérieures, qui au delà, du formidable levier d'intégration qu'elles permettent aux travailleurs handicapés et des effets perturbants qu'elles ont sur l'encadrement, sont des activités très rentables d'un point de vue strictement économique.

Le taux de valeur ajoutée qu'elles dégagent est important, de l'ordre de 90%, et les résultats très positifs (+50K€). Elles nécessitent néanmoins une organisation importante, du fait de leurs variétés, des temps d'intervention.

L'activité repassage retouches n'a été lancée qu'en 2005, pour faire face à l'arrêt de la couture industrielle, elle est donc en phase de croissance, son CA augmente d'année en année, il s'établit à 70k€ pour 2008 en croissance de 5%. Cette activité répond à un réel besoin sur le DOUAISSIS tant vis-à-vis des besoins des particuliers que des professionnels du prêt à porter. En 2009, l'activité devrait être globalement légèrement bénéficiaire.

Globalement l'activité économique est saine, elle a été capable d'absorber la prise en charge des frais de siège à hauteur de 52 K€, les frais de médecine du travail pour environ 11 K€, une masse salariale d'environ 40 K€ et les frais financiers relatifs aux investissements effectués. Le secteur économique prend également à sa charge les dépenses liées à son exploitation y compris des quotes-parts normales, relatives aux consommations communes entre les deux budgets.

Comme pour le BPAS, un plan pluri annuel d'investissement est établi sur des bases identiques pour le secteur économique, il prévoit le renouvellement des investissements productifs et des enveloppes de travaux à hauteur 180 K€ financés par des emprunts à hauteur de 130K€.

Le taux de rémunération des travailleurs handicapés s'établit en moyenne à à peine 8% du SMIC, ce qui reste inférieur aux moyennes départementales communiquées (données UDAPEI). Cette donnée communiquée dans le rapport annuel au 30 avril sur la politique de rémunération et de formation se heurte néanmoins à un argument de poids, une augmentation de seulement 1% des rémunérations se traduirait par un surcoût annuel de 30 K€ incompatible avec le compte de résultat actuel.

C) Son organisation

a) *Une équipe pluridisciplinaire*

Les organigrammes ont été constitués à la création de l'établissement sur la base d'une équipe pluridisciplinaire. Les équipes médico-sociale et technique sont composées de : psychiatre, psychologue, éducateurs spécialisés, psychomotricien, formateur pour adultes, assistant social, moniteurs d'atelier et responsables des équipes...

A ce jour, tout poste libéré est questionné au regard de l'évolution de la prise en charge. Des Entretiens Annuels de Progrès sont menés par l'ensemble des cadres hiérarchiques à l'aide d'un référentiel associatif et sont des outils non négligeables dans le cadre de la GPEC.

Les projections à 5 ans, confirmées dans le cadre de ces entretiens font état de 6 départs en retraite prévisibles mais aussi de la volonté pour la formatrice pour adulte d'évoluer vers un poste de chef de service (sa formation a été validée récemment dans le cadre du PAUF associatif) comme d'un désir de mobilité pour une des monitrices d'atelier.

Les relations avec les instances représentatives du personnel sont saines et constructives.

Certains professionnels sont moteurs au sein de leur activité, prennent des initiatives et engendrent un effet locomotive non négligeable.

*b) Une équipe en décalage*

Un fossé s'est creusé au fil du temps entre les professionnels du service technique et du service médico-social. A ce jour, bien que la mission d'intérêt général des ESAT soit parfaitement définie, confirmée par les textes, les acteurs, quelle que soit leur fonction éprouvent une réelle difficulté à s'accorder sur ce qu'est un ESAT et sur son rôle. Il y a un besoin d'étiqueter cet établissement soit comme entité économique, soit comme étant une structure médico-sociale sans allier l'un à l'autre.

Les professionnels du service médico-social reprochent aux moniteurs leur approche trop économique de la structure au détriment de sa vocation éducative ; inversement les moniteurs ne voient pas l'intérêt de certaines actions menées au bénéfice du travailleur handicapé ou les bénéfices qu'ils pourraient en retirer. L'apport en termes de psychomotricité, d'enchaînement des tâches, de contrôle de soi,... est une notion parfois difficile à appréhender par des professionnels anciens issus pour une grande partie du secteur privé productif.

Ce décalage a globalement été accentué par le niveau et le type de qualification du service technique :

- Seuls 3 moniteurs (sur 13) sont titulaires du CQFMA ; la plupart ont été embauchés sur des critères de technicité professionnelle, opportunité qu'offre la C.C.N. 66, un C.A.P. plus 7 ans d'expériences permet de déroger à l'obligation de possession d'un C.Q.F.M.A.
- Sur l'ensemble du service technique, seuls le chef d'atelier et un moniteur ont validé une formation de niveau 3, le reste étant de niveau 5 (CAP/BEP) ce qui avive les difficultés de compréhension avec les professionnels du service médico-social qui (hormis une A.M.P.) sont, au minimum, de niveau 3.

De plus, « ces personnels de production appartiennent aux professions connexes à celles du travail social, dont les moniteurs adoptent les comportements, dont entre autre,



*l'absence de mobilité professionnelle* »<sup>61</sup>. A mon sens, plusieurs facteurs principaux sont à l'origine de cet immobilisme : la sécurité de l'emploi, l'image valorisante d'une profession médico-sociale qui laisse supposer des qualités humaines, leurs rémunérations et leurs conditions de travail qui dans le contexte actuel sont loin d'être des facteurs générateurs de changement.

On constate aussi globalement une difficulté pour l'ensemble du personnel, y compris les cadres intermédiaires (un chef de service et un chef d'atelier) à s'extraire du quotidien afin de se projeter dans l'avenir et imaginer les solutions à mettre en œuvre dans le cadre d'une révision de ses pratiques et de son mode de fonctionnement, ce que souligne d'ailleurs Monsieur MIRAMON au sujet des chefs de service « *distance, engagement, positionnement, tels sont les maîtres mots de ce profil de professionnel* ».<sup>62</sup>

Cela n'est pas sans retentissement sur la charge de travail de l'équipe dirigeante qui doit souvent seule, imaginer et mettre en œuvre des solutions parfois incomprises par les professionnels.

Même si le ratio d'encadrement global de l'établissement est conforme aux pratiques du secteur soit 0.21, il apparaît certaines difficultés :

La configuration des ateliers et l'organisation des activités n'est pas facilitatrice :

- Les activités de prestations extérieures sont « consommatrices » en termes de ressources humaines à hauteur de 1 moniteur pour environ 6 travailleurs handicapés, tout au long de l'année, et à raison de 4 équipes.
- L'atelier mécano soudure est implanté sur 3 zones ce qui n'est pas sans poser de problèmes d'encadrement notamment lors des absences (congés payés, maladie, formations, chantiers extérieurs,...)
- Les activités de l'atelier repassage retouches sont organisées sur des plages horaires plus larges (de 8H à 18H30 avec une coupure le midi entre 12H et 12H45 et le samedi matin de 9H à 12H).

En outre, 5 moniteurs bénéficient encore, compte tenu de leur ancienneté, de congés trimestriels. Globalement pour l'E.S.A.T., le nombre cumulé de journées de congés (Réduction du temps de travail, congés payés, congés d'ancienneté, congés trimestriels) représentent 482 jours pour le service technique et 215 jours pour le service médico-social ce qui représente près de 3 postes à temps plein.

---

<sup>61</sup> BLAC A., 1995, *Les handicapés au travail : analyse sociologique d'un dispositif d'insertion professionnelle*, Paris : Dunod, 301 p.

<sup>62</sup> MIRAMON JM., 1998, *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : ENSP, p. 75

c) *Conclusion*

Même si à première vue, résoudre les problèmes liés aux ressources humaines semble une équation difficile à résoudre, la GPEC qui s'ouvre au sein du TAD et de l'Association permet d'envisager des possibilités de changement.

D) Les activités économiques

a) *Des activités en réorganisation*

Une démarche de réorganisation des activités économiques a été engagée il y a 3 ans et porte aujourd'hui ses fruits en termes de dynamisme et d'amélioration des résultats :

- L'activité couture industrielle a été définitivement arrêtée fin 2007 du fait du déficit chronique lié notamment à la concurrence des pays émergents et à l'absence de clients locaux.
- Parallèlement, une activité repassage retouches a été développée afin de répondre, en terme de prise en charge et à la nécessité de maintenir une activité répondant aux souhaits d'une population féminine.
- L'activité mécano-soudure est en cours de restructuration. L'objectif est clairement défini : augmenter son volume d'activités pour des pièces de série afin de pérenniser le chiffre d'affaires et diversifier le portefeuille de clientèle dans le but de sécuriser l'activité de cet atelier. A terme, ce type de marché devra représenter près de 80 % du chiffre d'affaires global. Il présente en outre l'intérêt non négligeable de permettre au travailleur handicapé de travailler en autonomie (travail connu et gestes répétitifs) et d'assurer la montée en puissance de l'atelier.

Aujourd'hui, l'E.S.A.T n'est plus confronté aux problématiques de rupture de charge, les travailleurs handicapés ont du travail tout au long de l'année, une deuxième phase s'enclenche actuellement, elle permettra d'améliorer la rentabilité et de se séparer des marchés les moins rémunérateurs.

Cette démarche n'a pas été engagée sans tenir compte de la nécessité d'offrir à chaque travailleur handicapé un travail en lien avec ses capacités et son projet professionnel. Dans chaque activité, la complémentarité de ces travaux permet une valorisation du travailleur handicapé :

- Soit en termes « quantitatifs » par la réalisation de tâches simples.
- Soit en termes « qualitatifs » par la réalisation de projets plus complexes, proches de l'artisanat dans le sens noble du terme.

Elle permet en outre d'avoir les supports nécessaires en interne à la mise en place d'un parcours de formation professionnelle.

Durant la période d'essai (6 mois) un travailleur handicapé effectue des rotations dans les différents ateliers afin qu'il puisse découvrir l'ensemble des activités et ainsi envisager un parcours professionnel en lien avec ses attentes.

*b) Une activité à restructurer*

En dépit du glissement d'une partie de l'effectif vers les activités porteuses, l'activité conditionnement reste à restructurer. On assiste à un glissement d'une activité de conditionnement (mise en sachet, filmage,...) à une activité d'assemblage-montage qui, même si elle est plus rémunératrice, nécessite des gestes plus complexes (dextérité bi-manuelle, psychomotricité fine,...).

Elle emploie encore à ce jour près de la moitié de la population accueillie.

Dans le souci d'offrir aux travailleurs handicapés une palette d'activités qui réponde à leurs motivations et leurs attentes, mais également dans l'optique d'une réduction des effectifs accueillis en conditionnement et d'une amélioration de la rentabilité, il serait souhaitable de développer de nouvelles activités.

Néanmoins, cela nécessite des compétences techniques nouvelles, difficilement compatibles avec les domaines initiaux de formation de l'encadrement actuel.

*c) Un service à professionnaliser, du stade artisanal au stade industriel*

La restructuration des ateliers s'est faite progressivement.

Il sera indispensable de travailler sur l'organisation de la production afin notamment :

- D'adapter les travaux confiés aux travailleurs handicapés et à leurs capacités,
- De permettre la conquête de nouveaux marchés plus rémunérateurs,
- De diminuer la charge de travail des encadrants et permettre l'accomplissement de nouvelles missions.

*E) La prise en charge éducative*

*a) Une organisation au service de la prise en charge*

Depuis 1990, l'Association des Papillons Blancs de DOUAI s'est dotée d'une méthode d'Evaluation de type « Clinique ». La méthode d'Evaluation Clinique Qualitative a été conçue par Anne-Marie FAVARD (Docteur en psychologie et en criminologie) dans le cadre de ses recherches CNRS.

Cette méthode utilisée sur l'ensemble des établissements de l'APEI permet d'évaluer l'impact des prestations, des interventions sur le devenir des travailleurs handicapés accueillis, en prenant compte deux variables :

- Les prestations dispensées par ses différents établissements,
- L'évolution des travailleurs handicapés.

Ce qui est évalué n'est pas seulement les prestations ou l'évolution des travailleurs handicapés, mais l'impact de l'une sur l'autre. Celles-ci nous amènent à prendre en compte les caractéristiques à la fois des interventions, des problématiques individuelles et, en particulier leurs évolutions.

L'Évaluation Clinique Qualitative est destinée :

- Au professionnel : mettre en évidence, rendre visible l'impact des pratiques sur l'évolution et le devenir des travailleurs handicapés c'est aussi mettre en évidence la spécificité de la pratique et les effets qu'elle produit. Cela contribue à une réassurance identitaire professionnelle.
- Au travailleur handicapé, pour une optimisation du service rendu : rendre lisible l'impact des prestations sur l'évolution des travailleurs handicapés c'est enfin se donner les moyens d'interroger la pertinence des actions mises en œuvre dans un projet.

Elle permet une meilleure connaissance des problématiques des personnes accueillies, leurs évolutions dans le temps, et donc un aménagement des moyens humains, techniques et financiers, pour répondre le mieux possible à l'évolution des besoins.

Parallèlement, l'établissement a développé un accompagnement structuré, dans le cadre de la démarche qualité ISO. Il propose, en fonction de ses moyens, des accompagnements adaptés à la singularité de l'utilisateur en tenant compte à la fois de leurs demandes et de leurs besoins spécifiques.

Ce projet est structuré dans le temps, évalué et réactualisé tous les ans.

Les capacités du travailleur handicapé sont mesurées à partir d'une grille de qualification et des graphes.

Un coordinateur de projet et un moniteur d'atelier référent garantissent la cohérence et la continuité de l'accompagnement individualisé en s'appuyant, notamment, sur la démarche d'évaluation clinique.

Les réunions de synthèse, de bilan, les réunions d'équipe et les réunions de coordination (réunions extraordinaires) permettent aux membres de l'équipe pluridisciplinaire d'échanger et de confronter leurs points de vue afin de répondre aux besoins des

travailleurs handicapés. Lors de ces réunions, sont définies les actions, et donc les activités, en fonction de la problématique du travailleur handicapé.

Le plan de formation des travailleurs handicapés est opérationnel en dépit des difficultés liées à sa mise en œuvre dans un contexte réglementaire changeant : l'année 2008 a été principalement marquée par une refonte complète du cadre réglementaire de la formation des travailleurs handicapés qui a profondément bouleversé l'organisation de nos structures. Cette mise en place s'est réalisée progressivement tout au long de l'année, obligeant la formatrice à des adaptations, des remaniements et des aménagements souvent dans l'urgence. La nouvelle gestion administrative s'est également établie au fil des mois, pour se structurer en fin d'année. La préparation du plan de formation 2009 a été entravée par la connaissance tardive des priorités nationales.

*b) Mais une organisation à repenser*

Les professionnels de ces services ont su se mobiliser au fil du temps afin de répondre aux besoins des travailleurs handicapés ; ils n'ont su néanmoins s'adapter aux évolutions réglementaires et législatives.

L'organisation globale de ce service n'a jamais été questionnée et on assiste aujourd'hui à un empilement de tâches et de missions chronovores et incompatibles avec nos missions actuelles.

Alors même que les missions d'insertion sociale de l'ESAT ont été rappelées dans le cadre du CSAT, les activités de soutien purement éducatives sont toujours organisées dans le cadre du temps de travail des travailleurs handicapés.

De plus, la multiplicité des objectifs liés à ces activités et l'absence de professionnels spécialisés (éducateur sportif,...) rendent parfois impossible la mise en œuvre d'une progression pédagogique adaptée et donc l'atteinte des objectifs fixés pour le travailleur handicapé.

Du fait des carences de l'encadrement intermédiaire en terme de management depuis des années (davantage axé sur le suivi éducatif que sur l'organisation de ce service), les professionnels se disent naturellement aujourd'hui débordés, mais l'on constate aussi une inadéquation entre le niveau de compétences et les missions confiées : peut-on encore aujourd'hui accepter qu'une formatrice spécialisée accompagne toutes les semaines des travailleurs handicapés en activité « Piscine », alors que l'on pourrait confier cette mission à l'AMP présente à l'organigramme ?

En outre, les professionnels sont davantage dans le « faire » que le « faire faire », les demandes des travailleurs handicapés sont satisfaites par les professionnels mais n'ont pas donné lieu à un réel accompagnement à l'autonomie sociale : n'est-il pas préférable d'accompagner un travailleur handicapé à téléphoner, lui-même, à son tuteur, à son propriétaire, aux services publics (...) que de le faire à sa place ?

*c) Un besoin d'accompagnement*

Les professionnels ressentent la remise en questions de leur pratique comme une remise en cause de leur professionnalisme et ont besoin d'un accompagnement pour se resituer.

### **2.2.3 L'environnement et les partenaires de l'ESAT**

**A) S'intégrer à l'environnement**

L'Etablissement a la volonté de s'intégrer dans son environnement afin d'optimiser l'accompagnement des travailleurs handicapés.

*a) De nombreux partenaires économiques*

Comme je l'ai évoqué précédemment, l'ESAT travaille et participe aux regroupements AVAD et « Enfants de Gayant » (Associations d'entrepreneurs du DOUAISIS) qui lui permettent de développer un réseau de partenaires dans le tissu économique douaisien. Les clients sont également partenaires, et permettent de satisfaire les besoins des travailleurs handicapés par le biais du travail confié, mais au-delà de créer une dynamique qui permet à l'établissement de remplir l'ensemble de ses missions (Insertion sociale et professionnelle,...).

Cette dynamique d'échange a aussi été rendue plus efficace suite à la révision de la loi de 1987 sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés par la loi 2005-102, qui en alourdissant les pénalités sur les entreprises et collectivités locales qui ne remplissent pas leur obligation d'emploi a ouvert un certain nombre d'opportunités. Cela est vrai tant pour les entreprises relevant de l'AGEFIPH ou pour les collectivités locales dépendant du FIPHFP.

*b) Et éducatifs*

Sur le versant médico-social, des conventions sont signées avec différents organismes de formation ou Associations culturelles, sportives afin de permettre aux travailleurs handicapés de s'intégrer dans leur environnement social.

L'Etablissement s'appuie et utilise son réseau extérieur afin de répondre aux besoins des travailleurs handicapés.

- Réseau associatif :

Dans le cadre d'un stage, les autres ESAT du secteur, l'Entreprise Adaptée peuvent accueillir un travailleur handicapé afin d'évaluer les compétences exigées, permettant ainsi de réajuster ou de confirmer le projet individuel.

Inversement, l'ESAT accueille de nombreux travailleurs handicapés en provenance d'autres structures (IME, VISA/SISEP,...) afin de leur faire découvrir l'établissement, ses activités (...), valider une demande d'orientation ou confirmer le potentiel d'un travailleur handicapé inscrit sur liste d'attente à intégrer l'ESAT. 80 stagiaires ont été accueillis en 2008. La réalisation de ces stages est importante, néanmoins ils mobilisent un peu plus les professionnels.

- Au niveau éducatif

Au cours de la synthèse à laquelle les partenaires extérieurs sont invités (service de l'Habitat, SAVS, tuteur...), des actions concrètes sont mises en place afin de répondre au projet individuel. On sollicite donc les prestataires et les partenaires pour atteindre les objectifs fixés (Pôle Santé, organismes de formation, Association de tutelle, familles,...).

L'Etablissement peut également faire appel au service de Milieu Ouvert pour un accompagnement dans les actes de la vie quotidienne (santé, logement...)

*c) La gestion de la liste d'attente*

La gestion de la liste d'attente est réalisée par le Service Social de l'APEI de DOUAI pour les 4 ESAT de l'arrondissement de Douai. Elle se fait selon une procédure définie, établie par la DDASS. Le Service Social assure le rôle de coordination et d'interface entre l'ESAT et les personnes souhaitant l'intégrer. Ce choix de rattacher cette gestion au Service Social consolide l'exigence d'impartialité et de neutralité nécessaire.

L'inscription sur la liste d'attente est fonction de la date de demande écrite des personnes, le rang d'inscription est décidé par la DDASS.

Chaque personne inscrite sur liste d'attente est ensuite qualifiée selon 11 critères (de 1 à 11) :

- « Intéressée et prête », la personne est connue, a effectué des stages et a une orientation valide,
- « Intéressée pas prête », la personne est connue, a une orientation valide mais sa motivation n'est pas évaluée,
- « Changement de département »,
- « Changement d'orientation »,

- « Déjà en structure »,
- « En Entreprise Adaptée »,
- « En Milieu Ordinaire »,
- « Hospitalisée »,
- « Ne répond pas »,
- « Plus intéressée »,
- « Autre ».

Cette liste d'attente est transmise annuellement à la DDASS pour le 15 janvier.

A ce jour la liste d'attente compte 300 personnes inscrites, dont 30 sont classées en rang 1 soit « intéressée et prête » et environ 60 personnes en critère 2. La durée moyenne avant intégration est de plus 6,5 ans.

*d) Les opportunités offertes par le PRIAC et le schéma départemental*

Le schéma départemental d'organisation sociale et médico-social 2007-2011 fixe comme objectifs <sup>63</sup>:

- La poursuite de l'objectif de réduction des listes d'attente par la création de places nouvelles,
- La poursuite de l'objectif de repositionnement des ESAT sur leurs missions et notamment adapter les ESAT au contexte concurrentiel en concrétisant le projet de vie des personnes maintenues en ESAT mais orientées vers une structure plus opérationnelle voire médicalisée.

Il définit les territoires prioritaires suivants : Lille, Roubaix Tourcoing, Valenciennes, Avesnes et Douai.

L'objectif 3 du PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement du handicap et de la perte d'autonomie relatif aux adultes handicapés pour la région Nord-Pas de Calais fixe « un renforcement des secteurs les moins bien dotés en places d'établissements et de services d'aide par le travail » et prévoit la création à minima de 140 places nouvelles d'ESAT par an (dont 95 places pour le département du Nord), compte tenu des difficultés spécifiques de la région (4 500 personnes en attente d'admissions) qui justifient cette allocation malgré un taux d'équipement supérieur à la moyenne nationale.

Le taux d'équipement du DOUAISIS s'élève à 3,08 places d'ESAT pour 1000 habitants, ce qui en fait le taux le plus faible de tous les arrondissements du département, la

---

<sup>63</sup> Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Nord-Pas de Calais, 2007-2011, p. 44



moyenne départementale s'établissant par ailleurs à 3,77 places pour 1000 habitants<sup>64</sup>. Un rapide calcul présage donc d'un « potentiel » de 130 places nouvelles disponibles afin de rétablir ce déficit de places. (compte-tenu d'une population de 188 750 habitants sur le territoire).

Les discussions en cours dans le cadre des CPOM ont rapidement confirmé la volonté de la DDASS de réduire ce déficit en considérant comme prioritaire la création de place sur le DOUAISIS.

#### B) Un partenariat à développer

Comme le PRIAC et le schéma départemental le mentionnent, l'offre reste à développer pour concrétiser les projets de vie des personnes maintenues en ESAT par manque de places en accueil de jour ou foyer d'accueil médicalisé. Cette situation concerne aujourd'hui 4 travailleurs handicapés de la structure, maintenus en ESAT faute de places. Ce réseau reste cependant à étoffer afin de pouvoir répondre à l'ensemble des problématiques relevées lors des synthèses et bilans. Ainsi au vu de la multiplicité des troubles médicaux et psychiques associés et des moyens de l'ESAT, il sera nécessaire de formaliser un partenariat fort tant avec le centre hospitalier qu'avec le milieu libéral.

#### C) Conclusion

Les opportunités offertes par le réseau de l'ESAT sont réelles.

Néanmoins, cette possibilité repose davantage sur la bonne volonté de certains professionnels et restent à formaliser afin de pouvoir offrir une continuité dans la prise en charge.

Cette formalisation ne passera pas seulement par une procédure administrative mais vivra d'autant mieux que les professionnels, de part et d'autres, se connaîtront et comprendront leurs contraintes et leurs modalités de fonctionnement.

Le schéma départemental et le PRIAC laissent augurer des créations de place tant chez nos partenaires que dans notre structure ; les départs prévisibles (insertion, retraite) et une augmentation de l'agrément de l'établissement permettront de satisfaire les demandes d'intégration (300 personnes sur liste d'attente).

---

<sup>64</sup> Données fournies par la DDASS lors des rencontres préparatoires CPOM

## 2.3 CONCLUSIONS

### 2.3.1 Quelles adaptations pour demain ?

A) Pour développer la formation et l'insertion

Globalement, l'ESAT et ses partenaires sont aujourd'hui en capacité de répondre à cette problématique d'insertion :

- Le SISEP, financé sur les moyens de l'ESAT doit voir ses moyens renforcés dans le cadre des CPOM en y incorporant les éducateurs de suite des IME. L'ensemble constituera un pôle de professionnels aguerris qui seront chargés de trouver les entreprises d'accueil et d'assurer la réussite de la démarche par un accompagnement tant des usagers que des entreprises d'accueil.
- Au niveau de l'ESAT, le plan de formation nécessaire à la professionnalisation des usagers concernés est existant et opérationnel, il s'appuie sur des activités économiques (actuelles et à venir) adaptées à notre population et consommatrices d'emploi en milieu ordinaire.

Cependant, j'ai pu aborder le sujet de nombreuses fois lors de réunions avec les usagers et leurs représentants mais aussi avec les professionnels, et j'ai toujours constaté un réel décalage entre les possibilités réelles d'insertion (liées notamment à la loi de 87) et la vision des usagers et des professionnels : il s'agit pour eux d'une utopie, d'une aventure inaccessible.

#### **Les objectifs à atteindre**

- Ouvrir les travailleurs handicapés à cette possibilité,
- Ouvrir les professionnels à cette possibilité et les former.

B) Pour faire face au vieillissement

L'établissement a su s'adapter au fil du temps à la prise en charge des personnes vieillissantes :

- le temps partiel a été développé afin de faire face à la fatigabilité de diverses personnes,
- L'organisation du travail a été repensée ; les tâches ont été décomposées afin d'offrir à chaque usager un travail en corrélation avec ses capacités physiques ; les postes ont été aménagés (sièges ergonomiques,...) et la charge de travail est adaptée à chacun.

Néanmoins, cette organisation n'est pas sans poser des problèmes en terme d'encadrement : en effet on assiste à une augmentation de l'effectif physique de l'établissement ce qui augmente de facto la charge de travail notamment des

professionnels du médico-social (synthèses, bilans, sollicitations, accompagnements spécifiques...)

### **Les actions à mener**

Etoffer l'organigramme pour continuer à répondre en terme de prise en charge dans le cadre d'une extension.

#### **C) Pour faire face à la parentalité**

L'aménagement du temps de travail permet de répondre aux besoins des nouveaux parents : le temps de travail est aménagé et les demandes de congés parentaux sont accompagnées ; les demandes de réintégration ou de révision du temps de travail sont étudiées de manière prioritaire.

Un réseau de partenaires internes à l'APEI (SAP) ou externes (maison de l'enfance et de la famille,...) existe mais il reste à développer.

Des activités de soutien spécifiques sont néanmoins effectuées en interne ce qui n'est pas en incohérence avec les missions d'accompagnement social d'un ESAT mais incompatibles, à mon sens, avec les moyens qui lui sont attribués d'autant que des solutions externes existent

### **Conclusion : les actions à mener**

A terme : prévoir un désengagement de l'accompagnement en interne et développer des relais extérieurs.

#### **D) Pour faire face à l'hétérogénéité des publics**

Je ferai référence ici aux propos du Docteur Olivier Brochard, psychiatre, quant à la prise en charge professionnelle de ce type de population qui disait : « *Les déficients intellectuels sont avant tout des hommes ; il est nécessaire de leur offrir un panel d'activités qui correspondent à leurs envies afin qu'ils puissent s'impliquer dans l'établissement et que ce dernier puisse remplir sa mission d'accompagnement social* ».

En ce sens le développement des activités actuelles et à venir permettra de répondre à ce qui deviendra le socle de mon accompagnement.

Les équipes pluridisciplinaires et notamment la diversité des compétences me permettent d'évaluer l'ensemble des travailleurs handicapés et de leur offrir un accompagnement adapté en m'appuyant notamment sur la démarche d'évaluation clinique.

Pourtant, même si nous possédons en interne les compétences spécifiques, une partie des professionnels, tant au niveau des ateliers que du service médico-social, n'a pas acquis, lors de sa formation initiale, l'ouverture nécessaire à ce type de prise en charge et rencontre aujourd'hui des difficultés à encadrer ou accompagner les usagers, difficulté tant dans la relation à l'autre et le comportement à tenir (savoir être) que dans l'évaluation des savoir faire.

Ces compétences existent en interne (psychologue, psychiatre, psychomotricienne,..) mais sont là aussi ancrées dans une organisation obsolète davantage axée sur la prise en charge individuelle que sur l'assistance, le soutien et l'analyse en tant que fonction support. Au vu de l'augmentation du nombre d'utilisateurs souffrant de troubles psychiques associés, la présence d'un psychiatre 1 journée toutes les 2 semaines s'avère toutefois insuffisante.

#### **Les actions à mener**

- Formations,
- Etoffer l'organigramme en compétence psychiatrique,
- Un réseau de partenaires à développer (dans la diversité des compétences et le nombre).

#### E) Un développement économique

Un ESAT est une structure économique mais avant tout est un établissement médico-social ; le développement de la rentabilité de l'établissement ne doit pas se faire au détriment de la prise en charge éducative si ce n'est au risque de perdre les valeurs et le sens de notre travail.

Cette marche forcée vers le profit ne doit pas se faire par une augmentation de la productivité, et donc de la charge de travail tant pour les travailleurs handicapés que les encadrants, mais bien au travers d'une organisation qui permette d'améliorer la rentabilité de notre établissement.

Ma vision de l'avenir est claire et les objectifs sont clairement définis : diminuer progressivement le nombre d'utilisateurs dans les activités non rémunératrices (notamment le conditionnement) et leur permettre de trouver un nouveau souffle par le développement de nos marchés porteurs ou le développement de nouvelles activités.

Le développement passera également aussi par une professionnalisation de nos pratiques en vue d'une amélioration de notre organisation, d'un allègement de la charge globale de travail et d'une diminution de nos coûts de fonctionnement.

#### **Les actions à mener**

- Création d'une fonction « Méthode »,
- Création d'un service « Gestion des stocks-logistique ».

### **2.3.2 Des problématiques supplémentaires**

L'analyse des forces et des faiblesses de l'établissement a permis de déterminer les actions à mener afin de répondre à notre problématique d'adaptation.

Néanmoins, nous avons pu constater lors de cette analyse des carences auxquelles nous devons remédier :

## A) Revoir l'organisation

La force de notre établissement réside en sa capacité d'adaptation et d'évolution. Il a pu, pour se faire, s'appuyer sur une démarche d'évaluation clinique et sur un réseau de partenaires qui lui ont permis de répondre aux évolutions de la population accueillie et aux modifications de son environnement.

Cette capacité lui a également permis de développer un projet industriel cohérent.

Pourtant, après 18 mois, à la tête de l'ESAT, j'ai pu constater une inadéquation entre l'organisation actuelle de l'établissement et les missions qui lui sont confiées.

Cette organisation, jamais revisitée dans sa globalité depuis la création de l'établissement, ressemble davantage aujourd'hui à un empilement de tâches et de procédures qui aboutissent à une organisation anxigène et chronovore :

A titre d'exemple, comment peut-on demander à un moniteur d'atelier d'accompagner et évaluer usagers et stagiaires, d'organiser sa production (...) tout en gérant les relations avec ses clients et ses fournisseurs ; le tout aboutit à un ensemble désorganisé, chacune des missions venant régulièrement télescoper les autres.

Sur un versant éducatif, la démarche d'évaluation clinique puis la certification qualité et enfin l'évaluation interne ont alourdi les missions confiées aux professionnels de ce secteur ; on a continué à remplir l'ensemble des tâches sans pour autant se soulager des missions obsolètes ou qui pouvaient être remplies différemment : ainsi, les professionnels sont davantage dans le « faire » que le « faire faire », les demandes des travailleurs handicapés sont satisfaites par les professionnels mais n'ont pas donné lieu à un réel accompagnement à l'autonomie sociale. :

### **Les actions à mener**

- Revoir les objectifs, les missions, donc l'organisation,
- Au niveau économique : optimisation des outils informatiques en lien avec les services méthode et gestion des stocks.

## B) Une perte de sens

Tout ceci a entraîné une perte de sens pour les professionnels.

Lorsque l'on essaie de questionner leur organisation, ils le ressentent davantage comme une remise en cause de leur professionnalisme ; ils n'ont pas la vision globale de leur établissement.

L'ensemble se traduit par un manque de lien, chacun se retranchant dans son « pré carré » et entraîne forcément une démotivation.

La GPEC associative est un premier élément qui nous permettra de répondre à cette problématique : elle permettra aux professionnels de sortir d'une routine sclérosante, de

se remettre en question mais également, pour ceux qui en ont l'envie et les capacités, de se former et d'évoluer professionnellement.

#### **Les actions à mener**

- Refonte du Projet d'Etablissement,
- Revoir l'organisation : des activités économiques support aux activités éducatives.

#### **2.3.3 Conclusion**

L'établissement a su anticiper l'ensemble des évolutions et apporter des réponses appropriées. Toutefois, elles ont été apportées dans une optique immédiate, sans vision à long terme et sans tenir compte du fonctionnement global d'un établissement.

Il ne sera nullement question dans l'avenir de traiter chaque problématique de façon isolée si ce n'est dans l'optique de retomber dans les travers d'une organisation chronovore et inepte de sens et de valeurs.

Un manager doit pouvoir répondre à des problématiques isolées par une organisation d'ensemble afin de créer du lien et d'impulser une nouvelle dynamique.

J'envisage donc un plan d'actions à moyen terme axé sur 3 éléments essentiels :

- Une refonte du Projet d'établissement,
- Une nouvelle organisation économique,
- Une demande d'extension.

### **3 PLAN D' ACTIONS**

#### **3.1 REFONDER LE PROJET D'ETABLISSEMENT – REDONNER DU SENS ET DES VALEURS**

##### **3.1.1 Refonder le projet d'établissement**

Apparu pour la première fois dans l'article 30 des annexes XXIV, le projet d'établissement est mentionné une nouvelle fois dans l'article 12 de la loi du 2 janvier 2002. Il apparaît donc comme incontournable. Pourtant au-delà de la commande publique, le projet d'établissement constitue le fil rouge de la prise en charge dispensée dans l'établissement. Il s'agit d'un « document d'orientation, conçu pour assurer un consensus professionnel et une pérennité à l'établissement ; en somme, il en définit précisément l'utilité, le positionnement et la nature. »<sup>65</sup>

Le projet d'établissement ne peut s'établir sans un diagnostic préalable de l'institution et sans s'appuyer d'abord sur le projet associatif, puis sur celui du pôle « Travail » dont il devra reprendre les éléments et les décliner selon la spécificité de l'établissement.

Ce projet devra être conçu comme un document fédérateur, qui devra instituer un « idéal » commun. A l'ESAT de Lambres, mais cela est vrai dans bon nombre d'ESAT, nous nous heurtons à deux logiques antinomiques dans lesquelles chacun, selon sa sensibilité et sa formation, a tendance à se réfugier : la logique économique ou industrielle, et la logique d'accompagnement médico-sociale. Il m'apparaît donc primordial que la refonte du projet d'établissement de l'ESAT soit l'occasion de mettre à plat ce « clivage » et d'allier ces deux logiques au service de la personne handicapée.

La réactualisation du projet d'établissement sera l'occasion de faire le point sur la mobilisation et l'adéquation des personnes vis-à-vis de leurs fonctions, devra être l'occasion d'apprécier la diversité ou au contraire la convergence des objectifs et des méthodes de travail, il devra être l'occasion d'une consultation générale.

Notre projet devra donc décliner les conceptions éducatives, les besoins et les attentes des travailleurs handicapés dans leur diversité et des partenaires, les procédures (d'admission, d'accueil, de stages...) les moyens (humains, financiers, matériels) mis en

---

<sup>65</sup> JAEGER M., *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale* - op. cité.- p .447

œuvre pour remplir notre mission. Il devra mentionner les formes de participation et d'expression de tous (travailleurs handicapés, professionnels, parents et partenaires...), insister sur la formation et l'insertion, l'ouverture au monde extérieur, la recherche constante de l'amélioration continue, et l'évaluation des services rendus.

Comme dans le cadre de la démarche d'évaluation interne pour laquelle l'association a fait le choix de se faire accompagner par un cabinet extérieur, une démarche d'accompagnement à la rédaction des projets d'établissement est prévue. La démarche proposée vise à rendre cohérent projet associatif, démarche d'évaluation interne, démarche de contractualisation CPOM et démarche d'élaboration du projet d'établissement, tous réalisés sur une période de 5 années.

Sans connaître aujourd'hui précisément les modalités d'accompagnement et d'organisation, je me référerai à l'organisation utilisée dans le cadre de la démarche d'évaluation interne et souhaite que les groupes de travail soient mixtes.

Comme je l'énonçais précédemment, la refonte du projet d'établissement bénéficiera de l'analyse effectuée dans le cadre de l'évaluation interne et devra tenir compte de la mise en place du pôle « Travail ». Il sera un formidable outil de management en permettant la mobilisation de l'ensemble des professionnels autour de sa réécriture. Je souhaite donc que les groupes de travail soient panachés, mixant les professionnels des ateliers aux professionnels du service médico-social sans oublier les personnels administratifs, et ce en dépassant le cadre de l'établissement et en s'inscrivant clairement dans une logique TAD.

### **3.1.2 Profiter de la présence d'un consultant pour guider**

Je pense profiter de la présence d'un consultant dans l'accompagnement pour me permettre de solutionner certaines problématiques et faire passer des messages, je fais référence à un management « situationnel ». Il me paraît primordial d'impliquer les professionnels dans la remise en cause de leurs pratiques, mais je compte sur l'accompagnement pour susciter les questionnements, les évolutions.

Ainsi sur les questions de parentalité, il est certain que l'objectif des activités de soutiens est en lien avec le développement de l'autonomie sociale.

Néanmoins, en tant que dirigeant de la structure, j'y discerne 2 inconvénients :

- Je ne peux organiser ce type d'activité dans le cadre du temps de travail tel que cela est fait aujourd'hui,



- Au vu des différentes missions attribuées à un ESAT, celle-ci n'est pas particulièrement du ressort de l'établissement connaissant le nombre d'intervenants spécialisés sur ce sujet.

Je souhaite donc que les groupes de travail puissent s'interroger globalement sur l'organisation du temps de travail, sur l'organisation et les objectifs des activités de soutien ; qu'ils soient guidés dans leurs réflexions par les évolutions législatives. Il me paraît préférable que les suggestions ne viennent pas de moi mais d'un tiers extérieur afin d'éviter une certaine démotivation ou des-implication des professionnels.

Les objectifs que je fixe indirectement sont donc :

- La sollicitation systématique des partenaires extérieurs plus à mêmes d'y répondre,
- La réalisation des activités de soutien extra-professionnelles hors temps de travail, ce qui impliquera une modification des horaires d'une partie des professionnels.

### **3.1.3 Créer un livret d'accueil à destination des professionnels**

Comme l'énonce JR LOUBAT<sup>66</sup>, il me paraît indispensable d'élaborer un livret d'accueil à destination des personnels, cela s'avère tout aussi nécessaire pour faciliter l'intégration dans l'organisation mais aussi prolonger en quelque sorte la relation contractuelle.

Il remplit plusieurs fonctions :

- Fournir un bagage d'informations utiles à la personne nouvellement embauchée, en stage ou pressentie comme telle, dont elle pourra prendre connaissance dans de bonnes conditions,
- Initier le nouvel embauché à un mode de circulation de l'information s'inscrivant dans une option de management participatif, faire passer le message suivant : « nous vous fournissons de l'information, mais nous vous en demanderons »
- Mettre à profit le regard neuf du nouvel arrivant et s'assurer de l'investissement de sa fonction dans l'organisation générale,
- Délivrer des informations communes par écrit m'obligera à clarifier un certain nombre de choses essentielles.

---

<sup>66</sup> LOUBAT JR., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*. La gestion des ressources humaines, Paris : Dunod, p.198

Je m'inspirerai du contenu du livret d'accueil présenté par JR LOUBAT qui présente :

- L'association, sa vocation, sa philosophie, l'organigramme des structures, composition du conseil d'administration et présentation plus particulière des personnes les plus importantes à connaître,
- L'établissement, son utilité sociale, les principaux textes dont il relève, l'identification des différents services, les diverses instances, les aspects conventionnels,
- Les personnels : l'organigramme, l'effectif et la dénomination des personnels, la fiche de poste,
- Les informations essentielles sur le fonctionnement de l'ESAT et notamment les horaires de fonctionnement, emploi du temps type, les modes d'utilisation du matériel, les divers documents utilisés, les procédures essentielles pour le suivi des travailleurs handicapés,...
- Un questionnaire de fin de période d'essai,

La remise de ce livret serait complémentaire à la phase d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels tel qu'elle est organisée aujourd'hui (visite des 3 structures) et préconisée dans le guide de l'ANESM, relatif à la mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées de juillet 2008.

### **3.1.4 Créer du lien entre le service médico-social et le service économique**

Une feuille d'informations hebdomadaire (Annexe 5) est mise en place depuis le début du mois de septembre. Elle est transmise par mail dès le vendredi fin de matinée aux chefs de service qui sont en charge de la distribuer. Elle permet à tous de connaître les événements de la semaine, tant les sorties et activités extérieures, que les chantiers, l'accueil de stagiaires, les absences, les formations, les rendez-vous commerciaux... La préparation de cette feuille d'informations est aussi l'occasion pour tous les professionnels de s'interroger sur leurs activités à venir, prévoir leur organisation, réserver les salles, les véhicules, prévenir les personnes concernées..., finalement anticiper.

J'ai demandé à ce qu'il y soit joint selon l'actualité un article, des expériences, les évolutions législatives.

Il faut instaurer des temps d'échange programmés entre un moniteur d'atelier et un professionnel du service médico-social (échange du lundi durant 1 heure à tour de rôle) afin de leur faire prendre conscience de leur complémentarité. Cet échange devra être préparé, donnera lieu à un compte rendu qui me sera transmis via le chef d'atelier relatant les points abordés et les actions d'amélioration proposées.

Parallèlement à ces temps de face à face, il me semble important de prévoir des temps d'échange en atelier, il faut que l'équipe médico-sociale, notamment la psychiatre, la psychologue et la psychomotricienne, apporte ses compétences directement sur le terrain, en suggérant les conduites à tenir face aux diverses problématiques rencontrées par les moniteurs.

L'ensemble de ces échanges sera créateur de lien et développera l'automatisme de la relation.

### **3.1.5 L'activité économique support à certaines activités de soutien**

Certains apprentissages peuvent être réalisés dans les ateliers à partir de supports professionnels, dans une situation vécue.

L'apprentissage de la numération peut fort bien, à mon sens, être réalisé à partir d'objets manipulés quotidiennement. De façon similaire, l'apprentissage de la mesure peut être fait à partir de débit de matières premières.

La psychomotricienne pourra utiliser des productions comme support pédagogique (vissages, cloutages, montages plus ou moins complexes...), pour travailler la dextérité, la posture, la gestuelle appropriée.

J'ai donc demandé aux professionnels concernés d'investir les ateliers, de repérer les lieux et les activités qui faciliteront cette mise en place. Je pense que outre son intérêt pédagogique pour les travailleurs handicapés, cette action renforcera le dialogue et la compréhension entre les 2 équipes.

### **3.1.6 Développer la formation**

Les fonds disponibles sur le plan de formation nécessitent la fixation d'actions prioritaires. Il me paraît indispensable de former les professionnels à mieux gérer les difficultés rencontrées face à la déficience mentale. J'ai donc demandé à un partenaire du réseau associatif d'intervenir afin de former les professionnels aux problématiques hétérogènes de la population accueillie. Il m'a semblé important d'y adjoindre une formation spécifique aux troubles psychiques et à la gestion de l'agressivité. Ces formations ont donc été inscrites au PAUF 2009. Compte tenu des retombées positives de celles-ci, je souhaite que ces formations puissent bénéficier à l'ensemble des professionnels, elles seront donc reconduites les prochaines années. Il me semble judicieux de composer des groupes de professionnels de compétences diverses, ce qui participera à renforcer les liens. Dès l'année prochaine, les groupes seront mixés dans le cadre du TAD et favoriseront les échanges transversaux.

D'autres outils sont accessibles à qui souhaite se former : le Congé Individuel de Formation et le Droit Individuel à la Formation<sup>67</sup>, il faut inciter les professionnels à les utiliser. La VAE est accessible à de nombreux métiers. L'accès à la formation est une ressource qu'il faut valoriser auprès des salariés. Son financement ne doit pas être un obstacle et je m'emploierai à développer la conjugaison des dispositifs de financement en articulant PAUF, DIF, CIF et actions prioritaires régionales.

### 3.1.7 Développer une dynamique d'insertion

#### A) Ouvrir les travailleurs handicapés à cette possibilité

Il me paraît primordial de faire prendre conscience aux travailleurs handicapés repérés et désireux d'intégrer le milieu ordinaire, à leurs représentants légaux qu'ils en ont la possibilité de s'inscrire dans une dynamique d'insertion. Il faut les aider à dépasser leurs craintes.

L'organisation de réunions de présentation serait un bon support au développement de cette dynamique d'insertion, des expériences d'insertions réussies, des témoignages viendraient confirmer cette possibilité. au travers de témoignages. Lors de ces réunions, le service d'insertion associatif : le SISEP interviendra et déclinera ces accompagnements.

Il me semble important de rassurer les travailleurs handicapés, l'insertion est le résultat de différentes étapes notamment de stages, de contrats de mise à disposition, de formations et d'interventions de partenaires associatifs. Il est bien évident qu'il faudra rappeler les possibilités de retour en ESAT. Je souhaite que les liens avec l'Entreprise Adaptée soit renforcée, elle doit être considérée comme une passerelle dans cette dynamique d'insertion.

#### B) Ouvrir les professionnels aux dispositifs d'insertion

Il est primordial là aussi de lutter contre les à priori, les professionnels ne sont pas convaincus par cette possibilité. L'absence d'intégration réussie confirme d'ailleurs cette approche. Néanmoins comme l'énonce JR LOUBAT, « *il faut laisser garder le cap et s'appuyer sur des forces vives, il faut laisser aux acteurs un temps de métabolisation, il faut aussi s'appuyer sur ce que l'on appelle la force des minorités* »<sup>68</sup>, je garderai donc le cap, persuadé de cette possibilité d'insertion.

---

<sup>67</sup> Loi 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. Journal officiel, n° 105 du 5 Mai 2005.

<sup>68</sup> LOUBAT JR.; 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, p.53

Le service médico-social doit travailler les savoir-être, les moniteurs d'atelier les savoir-faire. La formation des professionnels leur permettra de mettre en place des outils de progression professionnels. Il sera indispensable que les professionnels aient connaissance des dispositifs, s'appuient sur les forces internes et sur les partenaires extérieurs pour développer les actions de formation.

## **3.2 TROUVER DE NOUVEAUX MARCHES, RESTRUCTURER LES ACTIVITES ET LES ATELIERS**

### **3.2.1 Créer un service commercial**

Pour assurer un développement commercial des secteurs économiques, conforter les collaborations engagées avec un certain nombre de nos clients, il me paraît indispensable de prévoir à terme la création d'un poste de technico-commercial qui profiterait à l'ensemble des établissements du TAD.

Je proposerai donc à la direction du TAD la création d'un poste de type technico-commercial sur la base d'un ETP pour les 3 établissements du TAD. Je privilégie ce type de profil sachant allier un profil commercial mais surtout capable d'apporter une solution à un client (si besoin, en lien avec le chef d'atelier). En effet, face à un marché d'assemblage, ce professionnel doit être en mesure de proposer plusieurs solutions :

- Une logique de conditionnement en nos locaux, en anticipant la logistique transport, les capacités de stockage,...
- Ou proposer une prestation sur place, directement dans les locaux du client.

Les différentes modalités de réalisation de la prestation doivent être ressenties par le professionnel, discutées avec le client et en interne afin de répondre à la solution qui convienne le mieux.

J'envisage donc le recrutement d'une personne d'expérience sur le versant commercial comme technique, privilégiant une relation sur le long terme plutôt qu'une logique à court terme.

Les clés de répartition des dépenses communes entre les structures économiques du TAD impactent l'établissement à hauteur de 30% (au prorata des chiffres d'affaires).

La rémunération de ce type de professionnel ne se situera pas à moins de 2500€ net, renseignements pris auprès des agences d'intérim, soit pour un statut cadre de classe 3 niveau 2, un coefficient de 849,6 avec 18 ans d'ancienneté. Le coût global pour les structures économiques s'élèvera donc au minimum à 70 k€ de masse salariale, de frais de déplacement (amortissement du véhicule, frais de téléphone...), soit un impact

d'environ 21k€ pour le compte économique de l'ESAT. Même si le coût peut, à première vue paraître important, aujourd'hui la mission commerciale est soit confiée au chef d'atelier, soit au directeur adjoint de la structure, en plus de toutes les autres... autant dire que l'organisation actuelle est incompatible avec nos objectifs de croissance.

Au niveau de l'établissement, je lui demanderai de poursuivre le développement de l'activité mécano soudure en axant ses recherches sur des travaux de sous-traitance de série, comme de développer les prestations extérieures. L'objectif reste de diminuer l'activité conditionnement.

De façon globale, il sera important de mettre en place une série d'indicateurs commerciaux, notamment en terme de chiffre d'affaire apporté par activité, de valeur ajoutée apportée, mais aussi en terme de nombre de visites, en distinguant les nouveaux clients prospectés des clients réguliers.

### **3.2.2 Créer un service « Gestion des stocks - logistique »**

La création d'un service gestion des stocks logistique est une étape clé dans la refonte de l'organisation des ateliers. Un jeune moniteur de formation logistique, titulaire d'une expérience dans le secteur de la logistique et du CQFMA, est pressenti pour prendre en charge ce service. Il présente à mon sens toutes les qualités requises pour remplir avec succès cette mission, étant en plus passionné d'informatique.

Jusqu'à aujourd'hui la gestion des stocks comme la logistique sont faites par l'ensemble des moniteurs, cette organisation est déstabilisatrice, en effet quoi de plus perturbant que d'arrêter son activité pour décharger un camion de livraison, et inefficace, puisqu'il est quasi impossible de connaître avec précision l'état des stocks à chaque fin de mois ou qu'un nombre important de commandes de matières premières est passé en urgence.

J'envisage donc de procéder par « glissement de temps » : détacher un moniteur à cette fonction permettra de soulager l'ensemble de l'équipe de ces missions.

Il me paraît intéressant de développer cette activité, notamment quant à l'impact sur les travailleurs handicapés :

- La gestion des stocks est un formidable support aux activités de soutien, en terme de numération ou d'alphabétisation, il me paraît plus logique d'apprendre à compter sur du pratique, du concret et du connu,
- Elle renforce le sentiment d'appartenance des travailleurs à un même groupe, à un métier quelles que soient leurs capacités,

- Elle constitue un support professionnel à la problématique des activités de soutien pendant le temps de travail,
- Elle propose des activités variées, changeantes et correspondent donc aux attentes de certains,
- Elle peut constituer une étape intéressante dans un processus d'insertion,
- Elle recouvre de nombreuses compétences accessibles aux travailleurs handicapés : compétences informatiques, lecture, calcul, formation à l'utilisation du chariot élévateur (formation CACES),...

La mise en place de ce service a d'ores et déjà débuté, une quinzaine d'utilisateurs sont intéressés, dont 7 sont en formation pratique actuellement.

Elle est aussi créatrice de lien entre les équipes d'encadrement, puisqu'elle fera travailler ensemble l'équipe médico-sociale et d'atelier sur une même activité dans un même lieu.

L'optimisation de l'outil informatique aura également des effets non négligeables sur la gestion, l'impact sur les tableaux de bord devrait être immédiat notamment quant à leur fiabilité, puisqu'établi sur des bases « sûres » mais aussi en terme d'achat. En étant capable de qualifier et de quantifier nos besoins, il ne fait aucun doute qu'il sera plus simple de choisir nos fournisseurs, de négocier nos prix en fonction d'un volume, d'anticiper nos achats.

L'interlocuteur sera clairement identifié, le service comptable saura à qui se référer, les autres moniteurs ne se soucieront plus de leurs commandes, des livraisons...et se consacreront à leur rôle d'encadrement et de formation.

La montée en charge de ce service sera progressive, l'ensemble des produits ne pourra être géré en stock immédiatement et l'indicateur de suivi mis en place sera le nombre de références gérées.

Les travaux d'aménagement sont en cours, création d'un bureau dans l'entrepôt, achat de palettiers, cloisonnement de certaines zones,... financés à partir des sommes prévues au PPI.

### **3.2.3 Créer d'un pôle Méthode**

Le service méthode existait il y a quelques années, mais pour faire face au besoin de compétence dans le cadre de la mise en place de la démarche qualité, le poste avait peu à peu évolué à l'organigramme.

Pourtant il me semble aujourd'hui important de recréer ce poste, qui constitue un passage obligé dans la professionnalisation de notre organisation. Je souhaite faire de ce professionnel recruté un adjoint au chef d'atelier en charge de l'organisation de la production. Il travaillera pour ce faire en collaboration étroite avec le directeur adjoint du TAD missionné en ce sens dont il sera un relai dans la structure.

Dans l'attente de la disponibilité d'un poste et de la construction d'un nouvel organigramme, je souhaite faire appel à un jeune stagiaire d'école ou à une junior entreprise. Par le biais de l'AVAD, j'ai déjà eu quelques contacts avec des étudiants de l'école des mines de Douai qui sont prêts à s'engager sur un partenariat à long terme.

Cette hypothèse de travail m'apparaît séduisante, en effet elle permet l'arrivée dans la structure de jeunes intervenants très motivés, qui s'y intègrent parfaitement. Ils interviennent à la manière de consultants, proposent des outils et travaillent en collaboration étroite avec les équipes. Je constate que cette méthode est souvent enrichissante pour tous, efficace car d'application immédiate et suivie dans le temps. Le « courant » passe facilement avec les professionnels, c'est un outil intéressant de management, les équipes ne se sentant pas dépossédées de leur mission, elles transmettent elles aussi leur compétence, leur expérience et s'en trouvent naturellement remotivées.

Cette possibilité a l'avantage incontestable de faire découvrir notre secteur d'activité et ne manquera pas de susciter de nouvelles vocations, ce qui constituera une opportunité d'embauches futures.

Sur le plan de l'intégration, il me semble que de faire se côtoyer, se découvrir des populations qui n'étaient pas amenées à se connaître est un remarquable outil.

D'un point de vue organisationnel, cette nouvelle compétence en favorisant la décomposition des tâches assurera une meilleure insertion des usagers aux capacités les plus faibles. Elle permettra la construction d'un plan de charge, ce qui assurera la lisibilité à plus ou moins long terme, permettra au mieux d'anticiper les à-coups de production. Les délais de fabrication seront établis par référence à ce planning et éviteront un certain nombre d'insatisfactions clients.

Cette organisation assurera un glissement des tâches et permettra au moniteur de se recentrer sur sa mission d'accompagnement et de formation. En lien avec le service stock-logistique, il sera possible prévoir dès l'arrivée d'une commande les différentes étapes de réalisation de celle-ci, d'anticiper les besoins et d'assurer les approvisionnements nécessaires, fonction des besoins et des commandes, de détecter les goulots d'étranglement. L'ensemble de la logistique sera gérée, elle facilitera l'anticipation des prestations de sous-traitance principalement au niveau de l'atelier mécano-soudure (traitements, galvanisation, peinture) notamment par l'utilisation de la méthode PERT.<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup> La méthode PERT est une technique permettant de gérer l'ordonnancement dans un projet. Elle consiste à représenter sous forme de graphe, un réseau de tâches dont l'enchaînement permet



Cette organisation facilitera l'analyse de rentabilité par marché en fournissant des informations quantitatives au service comptable, en permettant une analyse plus fine, les achats et les temps pourront être imputés à chaque commande.

Cette nouvelle organisation sera donc génératrice d'économies aussi bien d'un point de vue financier qu'en termes de gain de temps. La rentabilité s'en trouvera augmentée.

### **3.2.4 Développer les activités existantes**

#### **A) L'atelier mécano soudure**

Comme je l'ai déjà évoqué, l'activité mécano-soudure est en cours de restructuration. L'objectif est d'augmenter son volume d'activités pour des pièces de série afin de pérenniser notre chiffre d'affaires et diversifier notre portefeuille de clientèle dans le but de sécuriser l'activité de notre atelier.

A terme, ce type de marché devra représenter près de 80 % de notre chiffre d'affaires global. Il présente en outre l'intérêt non négligeable de permettre au travailleur handicapé de travailler en autonomie (travail connu et gestes répétitifs), il est donc accessible à une frange importante de la population. Le développement de cette activité dégagera du temps aux moniteurs, temps qui sera investi dans la formation des travailleurs handicapés.

Je pense modifier la configuration de l'atelier en supprimant les cloisons intérieures, cette opération n'a pas un coût important, nous sommes dans un bâtiment industriel, les murs ne sont pas porteurs, ils sont constitués de parpaings et donc facilement démontables. J'en profiterai pour l'agrandir et le faire empiéter sur l'atelier conditionnement adjacent. Le montant des travaux sera pris sur les sommes prévues dans le cadre des PPI sur les lignes réservées aux travaux. Le chef d'atelier va contacter plusieurs entreprises (les procédures associatives impliquent la fourniture de plusieurs devis), le devis sera validée conjointement avec le service sécurité et gestion du patrimoine de l'Association. Compte tenu du temps nécessaire à la démolition, puis à la reconstruction de nouvelles cloisons, j'ai décidé en collaboration avec le chef d'atelier de programmer ces travaux au mois d'août 2010 lorsque la majorité des personnels et travailleurs handicapés sera en congés.

#### **B) L'atelier repassage retouches**

Depuis son ouverture, l'activité repassage retouches est en développement constant. Les besoins de la clientèle sont nombreux.

---

d'aboutir à l'atteinte des objectifs. Elle implique un découpage précis du projet en tâches,

J'ai demandé à un stagiaire BTS en Management des Unités Commerciales de réfléchir au développement de nouveaux services en lien avec l'activité.

A l'issue de son stage, il a proposé de créer 2 activités connexes, l'une de marquage de vêtements et l'autre de broderies personnalisées.

Ces nouvelles activités constituent une niche, mais nous nous devons d'offrir un service le plus complet à notre clientèle pour nous démarquer.

Le marquage de vêtements est une nouvelle prestation proposée depuis la rentrée de septembre 2009, nous nous fournissons auprès d'un sous-traitant et proposons la pose des étiquettes. Ce travail correspond aux capacités de certains travailleurs, il ne demande que peu de capacités et est répétitif, il permet d'intégrer à l'équipe des personnes qui jusque là peinaient parfois à y trouver leur place.

Suite à l'acquisition de notre brodeuse (6 000 € financé sur le PPI économique) et après une formation, nous sommes en mesure de proposer des broderies personnalisées à notre clientèle.

### C) Les produits propres

Le développement de produits propres est intéressant, il permet d'offrir du travail de façon régulière à tous dans le cas d'une rupture de charge des ateliers.

Il constitue également un excellent support à la formation professionnelle, offre une variété de travail, et constitue une source non négligeable de fierté pour les travailleurs handicapés.

Il répond de plus à une réelle demande de la clientèle et promet une marge financière intéressante.

Jusqu'à aujourd'hui, 2 supports sont en réalisation :

- Dans une ancienne région minière, la réalisation de personnages de type « mineurs » en fil de fer rencontre naturellement un vif succès, il faut maintenant passer une étape supplémentaire de production plus industrielle et de commercialisation (nous envisageons la commercialisation de nos produits en partenariat avec le musée de la mine de LEWARDE).
- L'activité de broderies personnalisées permet de créer un certain nombre de produits propres : tabliers, serviettes, nappes et vêtements brodés. Nous proposerons des produits spécifiques à l'occasion des fêtes de Noël, fêtes des mères...

---

l'estimation de la durée de chaque tâche, et permet d'indiquer les contraintes d'enchaînement.

#### D) Les prestations extérieures

Comme le mentionnait dernièrement G ZRIBI dans son allocution de clôture lors des rencontres nationales ANDICAT des 23 et 24 mars dernier, les prestations « extra muros » correspondent à l'intérêt des travailleurs handicapés, elles sont un vecteur d'insertion incontestable et les pouvoirs publics les encouragent.

Elles réclament néanmoins un taux d'encadrement plus important, incompatible avec les moyens de l'organigramme. A mon sens, le développement de ces prestations de service passera par l'embauche de moniteurs sur la marge dégagée. Elles consistent dans la majorité des cas en des travaux de conditionnement sur site directement.

La demande des clients est aujourd'hui importante, les partenariats noués tant avec le secteur automobile (RENAULT, FAURECIA, ALLEVARD ...) qu'avec d'autres prestataires sont prometteurs.

Les contrats de prestation de service sont conformes aux conditions imposées par la loi :

- La tâche à accomplir est définie avec précision,
- L'encadrement est assuré exclusivement par des professionnels de l'ESAT pendant tout le temps de la prestation,
- La facturation est fonction du résultat et non du temps passé,
- L'établissement fournit les moyens matériels nécessaires à la réalisation de la prestation.

Il me semble important de rappeler que ces prestations réalisées sont potentiellement une étape vers de véritables contrats de mise à disposition, tremplin vers l'insertion en milieu ordinaire.

### **3.2.5 Développer de nouvelles activités**

#### A) Créer une activité bâtiment second œuvre

Créer de nouvelles activités, c'est se poser la question de l'organigramme, c'est en fait essayer de définir celui idéal dont le directeur voudrait disposer, coincé entre les convergences tarifaires, le fameux « faire plus et mieux avec moins », et la recherche constante de l'amélioration des prises en charge. Mon sentiment est qu'il faut réellement se recentrer sur l'essence de notre métier, à savoir l'accompagnement des personnes adultes handicapées vers l'autonomie en utilisant l'outil « travail ».

Cela implique un organigramme réduit de la partie logistique.

J'ai déjà engagé cette démarche en partenariat avec la personne titulaire du poste, celle-ci a engagé une formation en CQFMA qui devrait aboutir à la fin de cette année ; elle avait été précédée d'un bilan de compétence.

Elle s'occupera alors avec une équipe de 4-5 travailleurs handicapés déjà repérée et motivée, des travaux d'entretien du bâtiment en interne, en prestations de service vis-à-vis des autres établissements de l'association qui pour la majorité sont dépourvus d'homme d'entretien.

Il me semble également important de faire de cette nouvelle section un sous traitant de l'atelier mécano-soudure. La pose de la majorité des portails serait effectuée par cette nouvelle équipe, tant dans la réalisation de petites maçonneries, que de l'installation des motorisations des portails (la personne pressentie est déjà titulaire de l'habilitation électrique de niveau B2).

Cette nouvelle organisation permettrait à l'équipe des moniteurs de l'atelier mécano-soudure de se recentrer sur leur mission et d'être constamment trois, ce qui, avec les travaux programmés, solutionnerait les problèmes d'encadrement de cet atelier.

Ce nouvel atelier offrirait aux travailleurs handicapés de réelles possibilités d'insertion, notamment en leur donnant la possibilité de travailler en dehors de la structure dans des conditions proches de la réalité.

Le poste de moniteur 2<sup>nd</sup>e classe sera créé à partir du poste d'homme d'entretien dès la fin de la formation. Le différentiel de points n'est pas important compte tenu d'une requalification à l'échelon immédiatement supérieur ou égal comme le prévoit la convention collective.

#### B) Intégrer la cuisine centrale à l'ESAT

Face aux réflexions menées par l'association sur le devenir de la cuisine centrale, l'équipe de direction du TAD s'est intéressée à la reprise de cette activité.

L'ensemble de la prestation est aujourd'hui sous traitée auprès d'un professionnel de la restauration, l'association mettant à sa disposition locaux et matériels. Le marché est captif, les clients de la cuisine centrale sont composés uniquement d'établissements associatifs, le potentiel de développement est important, ne serait-ce qu'à l'interne, puisque l'association veut regrouper ses moyens de production. Nous considérons depuis quelque temps déjà qu'il est intéressant de faire de cette activité : une activité d'ESAT, puisque les métiers proposés en cuisine sont adaptés à de nombreux travailleurs handicapés. Les activités périphériques liées à cette cuisine sont autant de potentialités supplémentaires, qu'il s'agisse de livraison, de service, de nettoyage... Un certain nombre de travailleurs a déjà effectué des stages soit à la cuisine centrale, soit dans d'autres cuisines de l'association, voire chez des prestataires extérieurs dans le cadre d'une mise à disposition. Afin de valider cette hypothèse, l'équipe du TAD a visité plusieurs ESAT qui ont fait ce choix.

En partenariat avec le prestataire de service titulaire du marché, nous réfléchissons à la mise en place d'une nouvelle organisation, chacun apportant ses compétences. Le

prestataire souhaite recentrer son activité sur la partie conseil et assistance, apportant sa compétence en matière de diététique, de volume d'achat, et laissant au TAD la partie production.

Compte tenu qu'il s'agit d'un sujet sensible, l'association a accepté de nous faire assister d'un cabinet spécialisé, qui va étudier l'ensemble des modalités de transfert de l'activité.

L'ensemble des coûts liés à cette prestation sera pris en charge par la cuisine centrale.

D'un point de vue strictement financier, les principaux postes de dépenses sont les refacturations des coûts représentatifs de main d'œuvre du prestataire (qui sont donc margées) et les achats de matières premières (facturés sur la base d'un forfait repas). Les investissements matériels ayant été renouvelés régulièrement sont pour un certain nombre récupérables.

L'économie réalisée sur les coûts main d'œuvre imputés à la cuisine centrale est potentiellement importante et peut participer à l'amélioration de la qualité des repas. En effet le postulat qui anime nos propositions de reprise s'appuie sur notre volonté d'offrir aux travailleurs handicapés une opportunité supplémentaire d'activité professionnelle, mais aussi d'augmenter la qualité des prestations servies aux usagers de l'association, consommateurs pour certains matin, midi et soir, week-end et jours fériés...

L'implantation serait prévue à la place de l'actuel atelier conditionnement, adjacent à l'atelier mécano-soudure.

### **3.3 SAISIR LES OPPORTUNITES OFFERTES PAR LE PRIAC**

#### **3.3.1 Modifier l'agrément**

Dans le cadre de l'analyse des PRIAC, le secteur du DOUAISIS est repéré comme prioritaire en matière de création de places. La liste d'attente compte environ 300 personnes dont un certain nombre est repéré « intéressé et prêt ». Il me paraît donc opportun de déposer une demande d'extension de faible importance comme le prévoit les textes. Comme je l'avais énoncé précédemment, nos interlocuteurs de la DDASS lors des rencontres préparatoires à la mise en place des CPOM ont clairement indiqué leur volonté de voir les établissements du TAD déposer des demandes d'extension lors de la prochaine fenêtre « handicap » prévue entre le 1<sup>er</sup> octobre et le 30 novembre prochain.

Cette possible extension de 15 places constitue une opportunité pour les ESAT du TAD, en effet outre le fait de répondre à une demande publique et de diminuer la liste d'attente, cette extension aura des effets favorables en terme d'évolution du coût à la place, et procurera à la structure des moyens supplémentaires, notamment en terme d'encadrement.

Les derniers contacts pris avec la DDASS ont confirmé sa volonté de passage en CROSMS malgré la faible importance de l'extension. Néanmoins le dossier sera réduit, il comprendra les éléments relatifs :<sup>70</sup>

- A l'identification du promoteur (statuts, liste des membres du conseil d'administration, projet associatif),
- A l'établissement (localisation, pyramide des âges, activité des 3 derniers exercices, typologie de la population accueillie, liste d'attente),
- A la référence au schéma départemental et au PRIAC,
- A l'évolution de la capacité,
- Aux éléments relatifs aux droits des usagers,
- Les éléments relatifs à l'évaluation,
- Les conventions et partenariats inter-établissement,
- Un dossier relatif aux personnels,
- Un programme d'investissement et d'emprunt,
- Un budget relatif à l'extension en année pleine.

Au moment où j'écris ces lignes, le dossier n'est pas finalisé, seule la partie financière est rédigée.

La création de places sera établie sur la base de 11500€ la place en année pleine, cela entraînera donc une diminution globale du coût à la place de la structure (le coût actuel est 12 414 €) pour un nouvel agrément de 155 ETP. L'impact de cette extension devrait permettre de baisser le coût à la place d'environ 100 €.

### **3.3.2 Renforcer l'organigramme**

Les 6 départs en retraite prévus seront remplacés par des postes équivalents dans les mêmes fonctions.

Le tableau de création des postes (Annexe 6) propose une création de 3,1 ETP, après extension l'organigramme s'établira donc à 32,40 ETP soit un ratio maintenu à 0,21.

Je propose donc de créer les postes suivants :

- 0,2 ETP de psychologue,
- 0,5 ETP d'infirmier psychiatrique,
- 1 ETP de Moniteur d'atelier 2<sup>nde</sup> classe,
- 1 ETP d'Educateur Technique Spécialisé,
- 0,4 ETP d'Educateur Sportif.

---

<sup>70</sup> Décret 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal

Je souhaite renforcer le temps de travail de la psychologue et disposer d'un temps plein. Cette base de travail lui permettra de poursuivre la prise en charge individuelle des travailleurs mais aussi de pouvoir apporter assistance, soutien et analyse aux professionnels des ateliers. Cette augmentation de temps de travail sera un atout supplémentaire pour assurer sa mission transversale TAD de suivi du plan de formation Travailleurs Handicapés.

La création d'un poste à mi-temps d'infirmier psychiatrique permettra de faire face à la prise en charge des personnes souffrant de handicaps psychiques, il devra également s'immerger dans les ateliers et apporter aide et conseil aux équipes. J'ai volontairement prévu un coefficient élevé ce qui permettra de recruter un professionnel avec une expérience significative. Je m'appuierai pour faciliter ce recrutement sur les conseils du médecin psychiatre du TAD.

Un poste de moniteur d'atelier 2<sup>nd</sup>e classe sera créé, il viendra renforcer l'équipe en place et pallier aux problématiques d'encadrement soulevées, là aussi je m'appuierai pour assurer son recrutement sur les expériences antérieures d'accueil de stagiaires CQFMA qui ont été des périodes propices à l'évaluation des candidats.

Un poste d'éducateur technique spécialisé sera créé à l'occasion de cette extension, ce poste devrait faciliter le lien entre les équipes, servir d'interface et participer à la cohésion du groupe. Il apportera ses compétences en matière d'apprentissage et interviendra également dans la construction d'outils pédagogiques.

0,40 ETP d'éducateur sportif sera créé, soit environ 3 heures par jour, il permettra de recruter sur des temps bien particuliers, des professionnels qui encadreront les activités de soutien à dominante sportive.

La valorisation de ces postes s'établit en année pleine à la somme de 122 922 €, ce montant est reporté sur le budget en année pleine pour le groupe II (Annexe 7).

---

officiel, n°276 du 29 novembre 2003.

### 3.3.3 Consolider le budget

#### A) Des investissements complémentaires

Le programme d'investissement présenté (Annexe 8) détaille les investissements qui seront proposés dans le cadre de cette extension, bien évidemment il faudra en cas d'acceptation les intégrer au PPI validé.

J'ai prévu l'acquisition de postes informatiques, comme de mobiliers (bureaux et armoires) éléments nécessaires à l'installation de nouveaux professionnels.

Je prévois également l'acquisition d'un véhicule 9 places qui viendra renforcer le parc véhicule de l'établissement.

Une enveloppe de travaux de 40 000€ complète ce programme d'investissement, il faudra créer de nouveaux bureaux. Je pense aussi profiter de cette somme pour créer des puits de lumière dans les bureaux aveugles d'un certain nombre de professionnels. Cela participera à l'amélioration des conditions de travail. L'amélioration des facteurs liés à l'environnement est un moyen de lutter contre la démotivation.

Ces biens seront amortis sur des durées correspondant à leur durée d'utilisation. Ils seront financés en partie par autofinancement et par recours à l'emprunt (Annexe 9) pour le solde. L'emprunt sera remboursé sur une durée similaire à l'amortissement du bien. Les taux proposés sont conformes aux conditions qui ont été acceptées dans le programme d'investissement de 2010.

#### B) Un budget renforcé

Le budget relatif à cette extension est présenté en annexe 7.

Le montant demandé au titre du groupe I s'élève à la somme de 37 889 €, il correspond principalement à la charge alimentaire supplémentaire suite à l'arrivée d'au moins 20 personnes supplémentaires sur une année, compte tenu des temps partiels. La participation des professionnels et des travailleurs handicapés sur les repas consommés est valorisée dans les produits en groupe II sur la base des tarifs conventionnels. Les autres postes concernent des achats, ils permettront de rééquilibrer certaines lignes notamment sur les postes énergie. Il est prévu une enveloppe supplémentaire afin d'assurer le nettoyage des nouveaux locaux créés.

Le budget demandé pour le groupe II est conforme à la valorisation des nouveaux postes proposée. Elle intègre l'ensemble des charges ainsi que les frais de médecine du travail.

Le groupe III regroupe les amortissements et les frais financiers conformément aux investissements et financements demandés. Il intègre également des sommes relatives aux entretiens et réparation, les frais d'assurance du nouveau véhicule. Le montant des sommes apparaissant au chapitre 65 correspond aux diverses cotisations.



### **3.4 Intéresser les travailleurs handicapés**

Je m'interroge sur la pertinence d'une augmentation des rémunérations, finalement peu significative pour le travailleur handicapé en terme de pouvoir d'achat, je réfléchis à d'autres hypothèses basées notamment sur les résultats économiques en fin d'exercice. Cet enjeu est lié aux politiques de formation et d'insertion. En effet les réflexions menées sur le versement de prime à l'intéressement, ou d'augmentation dans le cadre d'une mise à disposition sont à étudier. Une étude sur un comité d'œuvre sociale au bénéfice de l'ensemble des travailleurs handicapés, sans prise en compte des compétences et de la notion de productivité pourrait être également envisagée. La mise en place d'un dispositif pérenne n'est naturellement concevable que dans le cadre d'une exploitation économique excédentaire.

Afin d'appréhender au mieux l'ensemble des dispositifs, j'ai souhaité créer une commission de travail qui examinera les différentes possibilités d'intéressement. Ce travail sera mené au niveau du TAD, il regroupera les directions d'établissement et les chefs de service médico-social. Celle-ci devra rendre ses propositions pour fin mars, afin de les intégrer dans le rapport sur l'évolution des rémunérations à envoyer pour le 30 Avril 2010 (après validation du conseil d'administration).

### **3.5 CONCLUSION**

Les éléments sont propices à la réalisation de l'adaptation de la structure.

Le projet d'établissement sera revu ; c'est une commande légale, et l'Association assure des moyens facilitant sa mise en œuvre. Il devra être l'occasion de repenser le fonctionnement de l'établissement avec comme unique but l'intégration des travailleurs handicapés. Il sera créateur de liens dans l'établissement.

L'adaptation du secteur économique est en marche : d'une logique artisanale, il s'engage, aujourd'hui, dans une logique industrielle et commerciale propice à son intégration dans son environnement et sa pérennisation.

C'est ensemble que nous parviendrons à remplir notre mission de service à l'utilisateur.

## Conclusion

La démarche d'adaptation de l'établissement est engagée.

La réussite de notre projet dépendra, nous le savons, fortement des aspects humains et du contexte, qu'il soit économique, social ou réglementaire mais les éléments de réussite ont été pensés et posés.

Nous vivons désormais dans un monde en perpétuel changement ; cette révolution que vit notre secteur, d'autres l'ont vécu avant nous et doivent nous servir d'exemple : Le temps ne s'arrêtera pas.

Cette accélération du temps, il serait souhaitable que l'ensemble des professionnels se l'approprie.

Cette idée d'amélioration et d'adaptation continue du service rendu à l'usager ne doit pas seulement répondre à une obligation ponctuelle liée à un quelconque audit de certification ou d'évaluation mais doit devenir un postulat de travail pour l'ensemble des professionnels de notre secteur.

Aujourd'hui, le directeur d'établissement médico-social n'est pas seulement gestionnaire ou éducateur ; il est, de part sa fonction et ses missions, au centre d'un dispositif qui lui permet d'avoir la vision globale d'un établissement inséré dans son environnement.

Il lui appartiendra désormais non seulement de la transmettre à ses équipes mais de tout mettre en œuvre afin qu'elle se l'approprie.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES LUS :

BAUDURET JF., JAEGER M., 2005, *Rénover l'action sociale et médico-sociale, Histoires d'une refondation*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 342 p.

DUBREUIL B. / éd., 2004, *Le travail de directeur en établissement et médico-social, Analyse de la pratique*, Paris : Dunod, 228 p.

DUCATELET Ph., LAFORCADE M., 2008, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, 3<sup>ème</sup> édition, Paris : Seli Arslan, 320 p.

GREBOT E., 2008, *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir*, Paris : groupe Eyrolles, 234 p.

JAEGER M. / éd., 2005, *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1233 p.

JAEGER M., 2003, *Guide de la législation en action sociale et médico-sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 413 p.

LOUBAT JR., 2007, *Promouvoir la relation de service en action sociale*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 360 p.

LOUBAT JR., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris : Dunod, 264 p.

MIRAMON JM. / éd., 2003, *Manager le temps des organisations sociales et médico-sociales*, Paris : Dunod, 145 p.

VAGINAY D., 2007, *Découvrir les déficiences intellectuelles*, 2<sup>ème</sup> édition, Ramonville Saint-Agne : ERES, 190 p.

ZRIBI G., 2008, *L'avenir du Travail Protégé*, 3<sup>ème</sup> édition, Rennes : EHESP, 157 p.

## OUVRAGES CONSULTES ET CITES :

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

CHARLEUX F. / éd., 2006, *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale*, nouvelle édition, Issy-les-Moulineaux : ESF, 286 p.

GANDY JM., 2009, *Motiver vos collaborateurs*, La Plaine Saint Denis : AFNOR, 163 p.

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction de directeur d'établissement dans les organisations sociales et médico-sociales*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 405 p.

LOUBAT JR., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 400 p.

MIRAMON JM., 1998, *Le métier de directeur : techniques et fictions*, Rennes : ENSP, 210 p.

PASTOR P., BREARD R., 2003, *Les treize savoirs clés du manager. Pour une théorie de l'adéquation*. Paris : Groupe liaisons, 282 p.

PLANE JM., 2008, *Théorie et management des organisations*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Dunod, 279 p.

ZRIBI G. / éd., 1992, *le vieillissement des personnes handicapées, recherches françaises et européennes*, Rennes : ENSP, 188 p.

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

### **REVUES, RAPPORTS et PERIODIQUES :**

ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Décembre 2008, les attentes de la personne et le projet personnalisé

ANESM Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, Mars 2008, Expression et participation des travailleurs handicapés dans les établissements relevant de l'inclusion sociale

APEI DOUAI, 2008, Source bilan social

AZEMA B., MARTINEZ N., 2005, l'espérance de vie des personnes handicapées, *Une revue de la littérature*, p 15

BESSE DESMOULIERES R., Mars Avril 2006, «Travailler avec des personnes handicapées en ESAT », *ASH Magazine*, n°14, p. 38

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

CREAI de Bretagne, 2008, A propos de...Evolution des Publics, adaptation des dispositifs dans les ESAT de Bretagne, n°26, p 2

Enquête HID, réalisée par l'Insee entre 1998 et 2001 visant à faire un bilan quantitatif et qualitatif de la population handicapée à domicile et en institution

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2001, « rapport annuel 2001 : Les institutions sociales face aux travailleurs handicapés », *La documentation Française*, 2001, p. 17

LAZARUS A., STROHL H, 1995, « Une souffrance qu'on ne peut plus cacher », *La documentation Française*, rapport du groupe de travail ville santé mentale, précarité et exclusion sociale, p 13

Le social en action, 2006, « L'usure des travailleurs handicapés en ESAT », *ASH*, n° 2468, pp. 41-42

Le social en action, 6 Janvier 2006, « les décrets sur les ESAT remis sur le métier », *ASH*, n°2437, p. 43

Messages de l'Union, 2008, numéro spécial, n°132

Milano S., 2005, « La loi du 11 février 2005 : pourquoi avoir réformé la loi de 1975 », *Revue de droit sanitaire et sociales*, n°3, p. 359

MORMICHE P., 2000, Le handicap se conjugue au pluriel, *INSEE PREMIERE*, n° 742, pp. 1-4

RECHERCHE ACTION, 2006, *Vieillesse et cessation d'activité des travailleurs en ESAT*, Document de travail, mutuelle Chorum, p 12

Santé mentale en Nord-Pas de Calais : images et réalités, DRASS, DDASS Nord-Pas de Calais, Septembre 2008, Enquête SMPG – DREES, DRASS Nord-Pas de Calais, ASEP, CCOMS, EPSM Lille Métropole, p 31

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

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du Nord-Pas de Calais, 2007-2011, p.44

SVOLANEK C., 18 Avril 2008, « Le temps, denrée en voie de disparition », *ASH*, Tribune libre, n° 2554, p. 27

VANOVERMEIR S., 2004, DREES, Etudes et Résultats, *Les établissements pour adultes handicapés au 31 décembre 2001*, N° 308, p 5

VANOVERMEIR S., BERTRAND D., *Série statistiques Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés, Activité, clientèle et personnel au 31 décembre 2001*, N°64 - mai 2004, DREES, p 8

ZRIBI G., 23 et 24 Mars 2009, *Discours conclusif lors des rencontres nationales ANDICAT*, 6 p.

### **SITES INTERNET :**

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, Accueil >Handicaps de A à Z>Déficiences intellectuelles [Avril 2003], disponible sur internet : <http://www.handicap.gouv.fr-handicaps>

LETARD V. Propos de la secrétaire d'état chargée de la solidarité à l'Assemblée Nationale du 2 juin 2009 lors du bilan de l'application de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Compte rendu intégral, p 21 [visité le 25.06.2009], disponible sur Internet : <http://www.assemblee-nationale.fr>

INSEE Nord-Pas de Calais, taux de chômage localisé par zone d'emploi et par région [mise à jour le 06 Juillet 2009], disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

INSEE Nord-Pas de Calais, recensement de la population [mise à jour Mars 1999], traitement ORS Nord-Pas de Calais, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>

Source ANESM. Disponible sur Internet : <http://www.anesm.sante.gouv.fr>

Recueil de bonnes pratiques de rédaction d'un CPOM, disponible sur Internet : <http://www.travail-solidarité.gouv.fr>

### **TEXTES LEGISLATIFS :**

Code du Travail, Art L3121-10.

Code de l'Action Sociale et des Familles, Art L 313-11.

Loi 74-955 du 19 Novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale du code du travail ainsi que de l'art. 51 de la loi 701318 du 31-12-1970 portant réforme hospitalière. Journal officiel, n° 11643 du 20 Novembre 1974.

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

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

Circulaire du 15 juin 1976 relative à l'application des articles 185 et 185-3 du code de la famille et de l'aide sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatif aux centres d'hébergement et de réadaptation. Journal officiel NC du 30 Juillet 1976.

Circulaire 60 AS du 8 Décembre 1978.

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

Circulaire n° 44 du 10 Septembre 1979 relative à l'organisation du travail des handicapés sociaux.

Loi 87-517 du 10 Juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés. Journal officiel, n° 7823 du 12 Juillet 1987.

Loi n° 2002-2 du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, du 03 Janvier 2002.

Décret 2003-1135 du 26 novembre 2003 relatif aux modalités d'autorisation de création, de transformation ou d'extension d'établissements et services sociaux et médico-sociaux. Journal officiel, n°276 du 29 novembre 2003.

Loi 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. Journal officiel, n° 105 du 5 Mai 2005.

Loi n° 2005-102 du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel, n° 0036 du 12 Février 2005.

Décret 2006-703 du 16 juin 2006 relatif aux établissements ou services d'aide par le travail et à la prestation de compensation. Journal officiel, n° 139 du 17 Juin 2006.

Décret 2006-1752 du 23 décembre 2006 relatif au contrat de soutien et d'aide par le travail et aux ressources des travailleurs des établissements et services d'aide par le travail. Journal officiel n° 302 du 30 décembre 2006.

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.

Convention cadre entre la DGAS, la DGEFP, et l'OPCA UNIFAF du 4 décembre 2007 relative au financement de la formation professionnelle des travailleurs handicapés en ESAT.

MINISTERE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire N°DGAS/3B/2008/259 du 1er aout 2008 relative aux établissements et services d'aide par le travail et aux personnes handicapées qui y sont accueillies. Non paru au Journal Officiel.

Décret 2009-565 du 20 mai 2009 relatif à la formation, à la démarche de reconnaissance des savoir-faire et des compétences et à la validation des acquis de l'expérience des travailleurs handicapés accueillis en ESAT. Journal officiel, n° 0118 du 23 mai 2009.

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1

Organigramme hiérarchique

Annexe 2

Plan de masse de l'ESAT

Annexe 3

Projet associatif

Annexe 4

Méthode d'évaluation clinique qualitative

Annexe 5

Feuille d'informations hebdomadaire

Annexe 6

Tableau de création des postes

Annexe 7

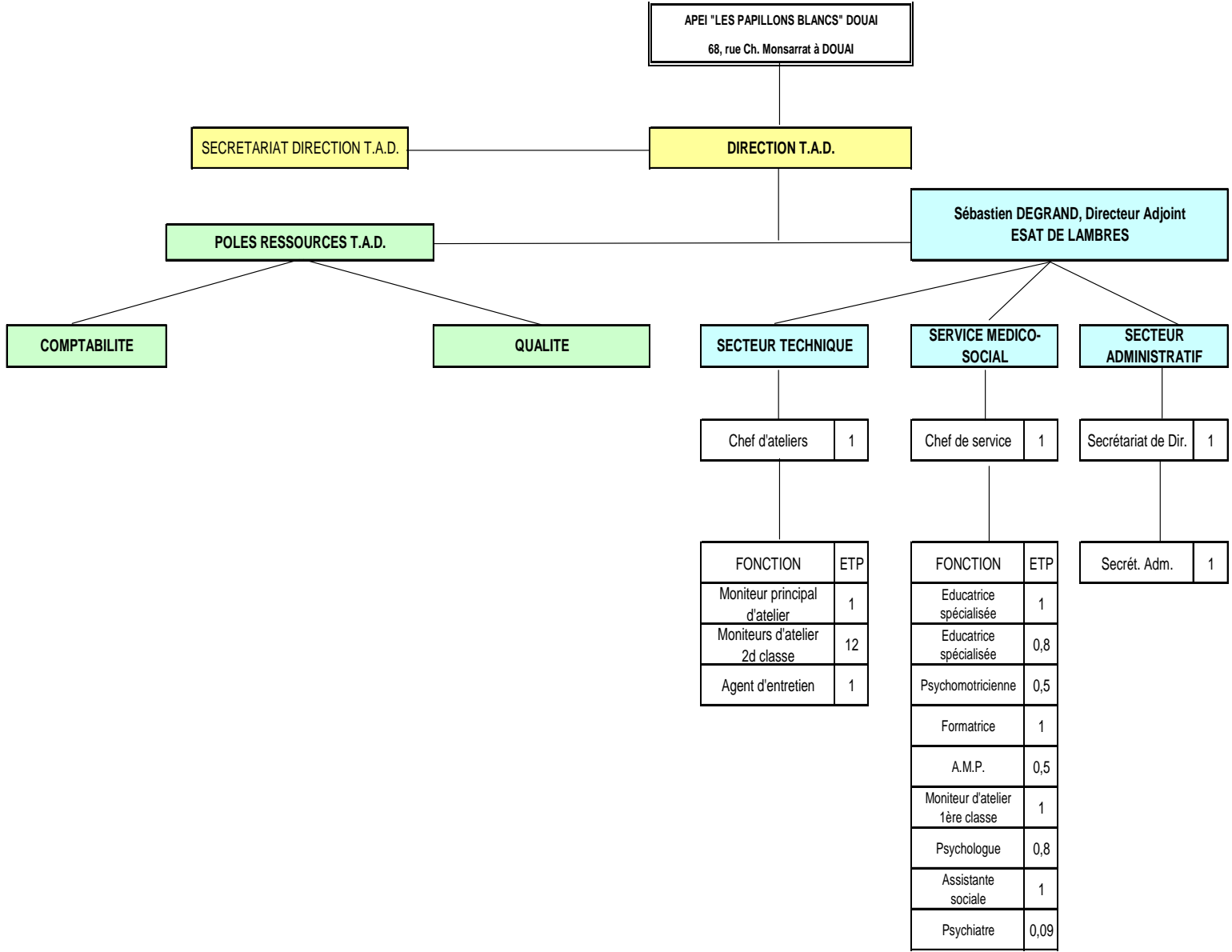
Budget d'extension

Annexe 8

Programme d'investissement extension 2010

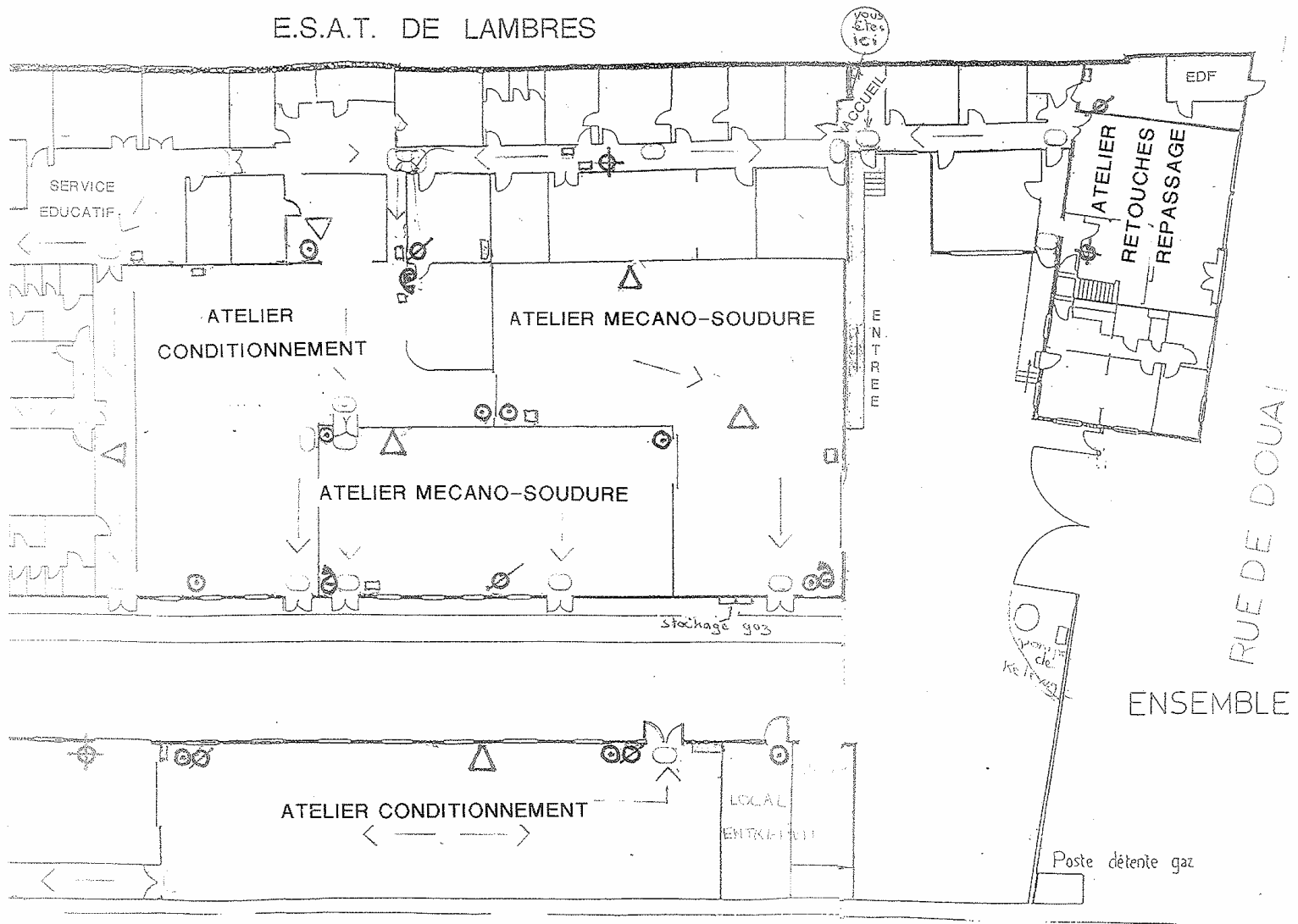
Annexe 9

Tableau des emprunts nouveaux soumis à autorisation – extension 2010



ANNEXE 1 : Organigramme hiérarchique





ANNEXE 2 : Plan de masse de l'ESAT

## La volonté, les choix

### Assemblée Générale

L'Assemblée Générale annuelle répond aux obligations légales en s'efforçant de donner des informations claires et précises aux adhérents. Elle procède à l'élection du Conseil d'Administration.

### Conseil d'Administration

L'APEI est administrée par un Conseil d'Administration qui compte deux tiers de parents. Il est consulté sur tout dossier concernant les orientations politiques et décisions stratégiques de l'Association.

### Bureau

Le Bureau se compose de 9 membres qui préparent les réunions et les décisions du Conseil.

### Président

Son rôle est prépondérant et déterminant. Il pilote et anime le Conseil d'Administration qui est l'instance politique opérationnelle la plus haute de l'Association. Le Président représente l'Association dans les actes civils et judiciaires. Il a mandat pour prendre les décisions sur les affaires courantes et exceptionnelles.

### Directeur Général de l'Association

Il dirige et a la responsabilité de l'ensemble des activités de l'Association. Il est responsable de toutes les personnes reçues par l'Association, de la gestion, de la sécurité et des projets. Il représente l'employeur dans les différentes instances par délégation du Président.

Sous l'autorité directe du Président de l'Association, il pilote la mise en œuvre stratégique de la politique définie par le Conseil d'Administration et son Président.

### Instances associatives

Les instances associatives ont été nommées ci-dessus.

Dans les établissements sont mis en place les Conseils de Vie Sociale ou des groupes d'expression dans lesquels les usagers, les parents, les tuteurs, les salariés et les gestionnaires sont représentés.

## L'évaluation

Défendre, montrer la qualité du service de l'APEI et l'intérêt qui est porté aux personnes reçues est notre objectif. L'évaluation, rendue obligatoire par la loi du 2 janvier 2002 et applicable en 2007, est déjà bien avancée au niveau de l'Association avec :

- La mise en place de l'évaluation clinique, outil d'évaluation qui permet de construire pour chaque personne déficiente intellectuelle son projet individuel, suivre son évolution et dégager des perspectives pour son projet de vie.
- La mise en place progressive pour les personnels de l'entretien annuel qui participe management associatif participatif.

## L'APEI DE DOUAI PROJET ASSOCIATIF

## Nos grandes dates, notre histoire

### Brief historique

Le 27 octobre 1962, une dizaine de parents se rassemblent et créent une association sous la présidence de M. Gabriel COUPLET, décédé en 1967, Ingénieur des Mines et père d'un enfant trisomique.

Leur but est de "regrouper les familles concernées par le handicap et de créer un climat de solidarité entre elles sans considération de milieu social et de conceptions philosophiques".  
Nous leur devons, ainsi qu'aux nombreux administrateurs qui se sont succédés aux destinées de l'Association, les créations du SESSAD, des 4 IME, des 2 ESAT, de l'Entreprise Adaptée, des 2 Maisons d'Accueil Spécialisées,

des 4 Résidences, du Service d'Insertion Sociale et Professionnelle, des Services VISA, d'Aide à l'Habitat et de Maintien à Domicile, du Service Accueil de Jour, du Club VISA et du Service Social.

Aujourd'hui, l'APEI de Douai c'est 21 établissements et services, 800 salariés et plus de 1 200 personnes reçues et accueillies.

En projet et à court terme, la création du Travail Adapté du Douaisis, l'ouverture de l'Accueil Hôtelier, d'un Foyer de Vie, d'un Foyer Médicalisé, d'une Résidence, de formules d'accueil pour personnes vieillissantes.

### Principes fondamentaux

Les droits de la personne déficiente intellectuelle revendiqués par notre Association sont le droit à la vie, à l'éducation, au travail, au logement, aux loisirs, à la culture et l'accès aux compensations humaines, techniques et financières.

La solidarité entre les personnes qui sont accueillies et les familles c'est savoir écouter pour mieux comprendre et entreprendre ensemble, jeunes parents, parents plus âgés et professionnels.

L'unicité de la personne. Chaque personne est unique à l'APEI et son projet de vie également.

La Citoyenneté. Être Citoyen c'est être reconnu dans ses droits et pouvoir les exercer dans notre APEI et ailleurs.

### La vie associative

- Accueillir les jeunes parents.  
Notre Association se veut un lieu d'écoute et d'accueil dans cette société qui s'individualise de plus en plus. La solidarité est indispensable.
- Une aide, un soutien et des services.  
Nous nous engageons à apporter aux parents et aux personnes déficientes intellectuelles, les services dont ils ont besoin ou à les orienter et les accompagner vers les prestataires de services.
- Accompagner juridiquement et administrativement chaque personne.



Association de Parents et Amis  
de Personnes Intellectuellement  
Déficientes

LE PROJET ASSOCIATIF  
10 rue Charles Monstère - B.P. 106 - 59012 DOUAI CEDEX  
Tél. 03 27 95 93 93 - Fax. 03 27 95 93 99  
papillons blancs@apeidouai.asso.fr

## ANNEXE 4 : Méthode d'Evaluation Clinique Qualitative

### LA METHODE D'EVALUATION CLINIQUE QUALITATIVE

Depuis 1990, l'Association des Papillons Blancs de DOUAI s'est dotée d'une méthode d'Evaluation de type « Clinique ». La méthode d'Evaluation Clinique Qualitative a été conçue par Anne-Marie FAVARD (Docteur en psychologie et en criminologie) dans le cadre de ses recherches CNRS.

Cette méthode utilisée sur l'ensemble des établissements de l'APEI permet à cette même Association d'évaluer l'impact des prestations, des interventions sur le devenir des usagers accueillis, en prenant compte deux variables :

- les prestations dispensées par ses différents établissements et,
- l'évolution des usagers.

Ce qui est évalué n'est ni seulement l'une ni seulement l'autre, mais l'impact de l'une sur l'autre. Celles-ci nous amènent à prendre en compte les caractéristiques à la fois des interventions, des problématiques individuelles et, en particulier leur évolution.

Cette démarche d'Evaluation de type « *clinique* » nous permet :

- d'une part de répondre à la mission de prise en charge qui nous est confiée par les tutelles et,
- d'autre part, de répondre aux exigences de la loi du 2 janvier 2002-2.

L'Evaluation Clinique Qualitative est destinée :

- **aux décideurs et financeurs** : il est important de s'interroger sur les attentes des décideurs et financeurs en matière de résultats, mais sans tomber dans le piège de la « dénaturation sociale » sous prétexte d'objectivation ;
- **au professionnel lui-même** : mettre en évidence, rendre visible l'impact des pratiques sur l'évolution et le devenir des usagers c'est aussi mettre en évidence la spécificité de la pratique et les effets qu'elle produit. Cela contribue à **une réassurance identitaire professionnelle**.
- **A l'usager, pour une optimisation du service rendu** : rendre lisible l'impact des prestations sur l'évolution des usagers c'est enfin se donner les moyens d'interroger la pertinence des actions mises en œuvre dans un projet. Ce dernier point se développe à deux niveaux :

1. au niveau des pratiques de services, cela permet une meilleure connaissance des problématiques accueillies, leur évolution dans le temps, et donc un aménagement des moyens, humains, techniques et financiers, pour répondre le mieux possible aux besoins ;

2. au niveau d'un suivi individualisé, c'est suivre l'évolution d'une personne au plus près et adapter l'intervention à sa problématique, à sa dynamique, à son rythme, à sa réalité complexe.

Ces deux niveaux trouvent lien dans la méthodologie de projet individualisé ou personnalisé proposée par la méthode d'évaluation clinique qualitative.

## **POURQUOI L'APEI DE DOUAI A-T-ELLE FAIT LE CHOIX D'UNE METHODE D'EVALUATION CLINIQUE ?**

En action sociale, nous trouvons deux types de méthodologie.

D'un côté, nous avons les boîtes à outils. Ce type d'évaluation présente l'avantage de ne pas prédéfinir l'objet ; mais il présente un important inconvénient : celui de ne reposer sur aucune méthode, de n'être composé que d'outils de recueil de données ne donnant aucun cadre à l'analyse et donc aucune prise sur le sens.

De l'autre côté, nous avons les méthodes dites dures. Celles-ci sont hyper formalisées. Elles présentent l'avantage de reposer sur un modèle de méthode qui rend possible l'analyse et l'accès au sens. Mais ce sens est prédéterminé par la construction a priori de l'objet. Il s'agit de méthodes d'évaluations procédant par grilles d'évaluation entièrement construites sur la base de normes définies en amont, dans l'extériorité de la pratique, normes auxquelles il faut correspondre.

Au milieu, c'est-à-dire à un niveau intermédiaire de formalisation, se situe la méthode d'évaluation clinique qualitative. Comme les méthodes dures, elle propose **un modèle de méthode** permettant *l'analyse et l'accès au sens*. Comme les boîtes à outils, elle ne propose **pas de modèle d'objet**, c'est-à-dire que l'objet n'est aucunement préconstruit. Le modèle de méthode permet le développement de méthodologies originales, adaptées à l'objet, permettant l'élaboration empirique des indicateurs et indices nécessaires à la mesure de l'objet. En ce sens nous pouvons parler de critères d'évaluation endogènes.

Cette méthode se définit comme un ensemble structuré de modèles, de concepts, de méthodologies et d'outils organisés selon **la logique de la démarche clinique**.

Le postulat de base consiste à affirmer que **la clinique est la clé de voûte** de l'ensemble structuro organisationnel que constitue le système d'action sociale et médico-sociale, encadré par les politiques publiques.

Si la clinique désigne bien la posture spécifique d'aide individualisée que doivent avoir les professionnels de terrain, dans le cadre de leur pratique quotidienne auprès des personnes accueillies, conformément à la mission qui leur est confiée, une démarche d'évaluation devrait prioritairement se centrer sur **l'analyse de cette clinique praxéologique déterminante de l'efficacité de tout le système d'action sociale et médico-sociale**.

Si le terme clinique évoque bien une étymologie médicale, la posture clinique qu'implique toute intervention sociale et médico-sociale dans le cadre d'un projet individualisé, permet de considérer la **clinique comme le lieu commun de la pratique pluridisciplinaire**.

Si le projet individualisé évoque bien la centration sur l'utilisateur bénéficiaire et co-acteur de l'action sociale et médico-sociale, **le terme d'utilisateur implique la prise en compte de sa singularité, son unité et son unicité**.

La primauté de la clinique dans la démarche d'évaluation va permettre de prendre en compte la **subjectivité**, de l'objectiver et de faire des mesures non plus exclusivement quantitatives mais également **qualitatives**.

- Dans le travail social, nous nous inscrivons typiquement dans la **subjectivité** ; mais cela ne signifie pas que nous sommes dans le flou, l'indémontrable, l'insaisissable, l'immesurable. Subjectivité signifie que l'on a à faire à un ou plusieurs sujets, irréductiblement singuliers et particuliers, donc à une ou plusieurs réalités subjectives. Plus encore, le travail social implique la relation (d'aide notamment) ; la subjectivité des pratiques signifie alors la rencontre de deux ou plusieurs réalités subjectives, celle d'un usager et celle d'un professionnel. La subjectivité envisagée sous cet angle, c'est-à-dire sous l'angle de la pratique professionnelle, n'implique pas nécessairement une opposition avec l'objectivité. Ce qui est objectif c'est ce qui se constitue comme objet saisissable. La pensée commune consiste à dire que ce qui est objectif c'est ce qui est visible à l'œil nu, saisissable immédiatement, qui ne prête pas à la remise en question. Vu sous cet angle, difficile d'imaginer comment les pratiques sociales, comment la relation d'aide pourrait être objectivée. La méthode d'évaluation clinique qualitative permet grâce à ces méthodologies de rendre possible ce travail d'objectivation du subjectif (processus d'élaboration qui permet de rendre saisissable l'objet).

- **Le quantitatif renvoie à la question du combien**, dans le sens du dénombrement. On ne parle alors qu'en terme de fréquence, d'apparition, restant ainsi dans une approche purement descriptive. Cette approche du quantitatif est extrêmement réductrice. **Le qualitatif, lui renvoie à la question du sens, du contenu**. On ne cherche plus à savoir combien mais plutôt quoi. On comprend bien que c'est la notion clef du champ sanitaire et social.

On peut envisager que la combinaison du quantitatif et du qualitatif peut être extrêmement riche. Tout dépend du modèle et des méthodologies qui supportent le dispositif.

#### LES OUTILS DE L'EVALUATION CLINIQUE QUALITATIVE :

1. **Des outils sur mesure, jamais préconstruits** : par définition, la démarche clinique est hautement individualisée. En toute rigueur, les outils de ce type de démarche ne sauraient être préconstruits en référence à une modélisation a priori de la réalité à laquelle ils sont censés s'appliquer. Toute pré construction d'outils implique une démarche évaluative normative réduisant l'extrême complexité et diversités des situations de terrain à leur plus petit commun dénominateur, celui des invariants. Le travail d'élaboration d'outils constitue pour une équipe de professionnels, l'occasion privilégiée de revisiter, de critiquer, de réajuster ses propres représentations, ses préconstruits, ses rigidités progressivement sédimentés dans la « routinisation » de ses pratiques. Peuvent ainsi se préciser de nouveaux référentiels communs, référentiels sémantiques, conceptuels etc., partagés par l'équipe pluridisciplinaire, référentiels réactualisant les évolutions de population, de problématiques, de pratiques.

2. **Des outils d'utilisation clinique immédiate et différée** : si l'évaluation prend pour objet privilégié d'analyser la situation clinique, la collecte des données doit être faite en situation par les professionnels eux-mêmes, et ce pour plusieurs raisons. La présence d'un tiers observateur modifie en effet la relation entre l'utilisateur et le professionnel. Cette collecte de données doit avoir d'abord une vocation *d'usage immédiat et servir la démarche clinique à l'œuvre dans la pratique concrète*. Il en va ainsi par exemple du support « losange développé » utilisé et qui constitue un véritable outil de travail pour une équipe pluridisciplinaire en situation de réunion de synthèse. L'exigence technique de rigueur de l'analyse clinique et de la prise de décision dans la conduite de l'intervention individualisée est soutenue par la forme de l'outil et les contraintes de son utilisation. A minima, ce support joue le rôle de moyen mnémotechnique, évitant à une équipe en réunion de synthèse, l'oubli d'informations nécessaires au bon développement de la logique clinique. Mais, au-delà d'un usage immédiat, les données doivent être capitalisées, sauvegardées sous forme de bases de données et traitées dans des analyses à posteriori, *à des fins de production de rapports d'évaluation*.

La charge de travail incontestable que constitue la collecte des données pour les professionnels et, qui plus est leur saisie informatisée sur le logiciel clinique dédié à la méthode, doit être rentabilisée par une double utilisation possible des mêmes informations : utilisation en temps réel, clinique immédiate au service de l'action en train de se faire, utilisation en temps différé autorisant une évaluation à court, moyen ou long terme.

### 3. Les différents outils utilisés :

- *La ligne de vie* est un outil graphique qui permet la visualisation et l'analyse clinique de l'anamnèse du sujet en interaction avec l'anamnèse familiale.
- *Le génogramme* est un outil graphique qui permet la visualisation et l'analyse clinique systémique transgénérationnelle de la problématique du sujet signifiée dans le contexte familial.
- *Le losange développé* est un support d'élaboration et de saisie des données cliniques permettant de mettre en rapport la demande, l'analyse, les actions réponses et le devenir interrogeant ainsi la logique clinique de gestion de projet individualisé.
- *le graphe dimensionnel* est une matrice graphique d'évaluation qualitative de l'évolution de l'utilisateur sur un certain nombre d'indicateurs et de critères, évolution perçue par les intervenants et le sujet lui-même. L'exploitation statistique du graphe permet de mesurer l'évolution perçue (sous forme de courbes d'évolution) et de mesurer l'incidence de la subjectivité des professionnels dans l'évaluation qualitative de l'évolution des usagers (par analyse de variance).

## Annexe 5 : Feuille d'informations hebdomadaire

### INFORMATIONS DU 14 AU 18 SEPTEMBRE 2009

#### A DIFFUSER :

- Direction
- Service Qualité
- Service Administratif
- Service Comptable
- Service Médico-Social
- Service Technique

#### INFORMATIONS DIVERSES – RAPPEL :

Bienvenue à Mme XX, stagiaire psychomotricienne

- ✓ Réunion Générale le Jeudi 17 Septembre à 16h45 en salle de réunion
- ✓ Merci de veiller à prendre vos numéros de bons commande le matin uniquement
- ✓ Journée découverte AMP Educ Mr ZZ de 9h à 16h le Jeudi 17 Septembre
- ✓ Formations du Personnel / Septembre 2009 : Les chefs de service vous préciseront les détails de ces formations
  - SST Recyclage :
    - Les 14 et 15 Septembre concerne :
    - Les 16 et 17 Septembre concerne :
  - Troubles psychiques et gestion de l'agressivité :
    - Le 16 Septembre concerne :
  - Formation pour les secrétariats de l'APEI :
    - Le 16 Septembre concerne
    - Le 17 Septembre concerne
- ✓ Formations Usagers 2009 :
  - Accueil de 6 personnes de l'ESAT de Cambrai pour la formation X2000 les 14, 15 et 16 Septembre 2009
  - Formation finition peinture et maçonnerie au lycée professionnel XX
    - Du 28 Septembre au 02 Octobre 2009 concerne :
  - Formation repassage à L'ESAT de Lambres avec la Vie Active :
    - Les 07, 14, 21 et 28 Octobre 2009 concerne :
- ✓ Ateliers :
  - Porte ouverte chez notre fournisseur XX le Jeudi 17 Septembre 2009 toute la journée
  - Reprise de la prestation aux YY : Equipe de 8 usagers pendant 3 jours
- ✓ Convocation visite médicale le Mardi 15 Septembre :
  - 14h45 concerne Mr YY
- ✓ Accueil stagiaires :
  - Mr ZZ, IME Emerchicourt, en stage du 14 au 25 Septembre en atelier mécano soudure
  - Mr WW, ESAT de Montigny, en stage du 14 au 25 Septembre en atelier conditionnement fer
  - Mlle XX, VISA, en stage du 14 au 25 Septembre en atelier retouches repassage
  - Mlle YY, IME de Dorignies en contrat d'alternance du 14 Septembre 2009 au 29 Janvier 2010 en atelier retouches repassage

#### ABSENCES

- ✓ Mr ZZ le Lundi 14 Septembre 2009
- ✓ Mme YY IRTS ARRAS du 14 au 24 Septembre 2009

#### LUNDI

- Travaux Manuels de 8h45 à 10h concerne et de 10h15 à 11h45 concerne
- Suivis psychomoteurs à 9h concerne à 10h15 concerne Mr ZZ , à 11h concerne Mlle XX et à 13h concerne Mme YY
- Réunion d'information VISA au siège à 10h

- VAD à 11h
- Réunion de Fonctionnement à l'ESAT de Lambres en salle visiteurs à 13h30
- Expression Corporelle de 13h45 à 15h45 concerne
- Groupe de paroles « Vie affective et Relationnelle » de 14h15 à 16h concerne
- Réunion Pôle formation à l'ESAT de Dorignies à 15h30

#### MARDI

- Réunion de Direction de 9h à 11h
- Esthétique fille de 9h à 10h15 concerne : et de 10h30 à 11h45 concerne
- Rencontre de la famille XX à 9h30
- Entretiens de 10h45 à 11h45 concerne Mr ZZ et à 14h concerne Mlle WW pour pré-bilan
- Suivi psychologique à 11h concerne Mr ZZ
- Suivis psychomoteurs à 13h concerne Mlle XX
- Bilans à 14h concerne Mr YY, à 15h concerne Mlle ZZ
- Groupe « Apprentissages gestuels » de 14h à 16h concerne

#### MERCREDI

- Groupe Numération en salle visiteur de 8h30 à 10h30 (pause de 10h30 à 10h45) concerne :
- Groupe MSB (niveau 1) de 10h45 à 11h45 et de 12h45 à 13h45 concerne :
- Groupe MSB (niveau 2) de 14h à 15h et de 15h15 à 16h15 concerne :

#### JEUDI

- Suivi psychologique à 11h30 concerne Mme HH
- Bilans à 14h concerne Mr ZZ et à 15h concerne Mlle YY
- Réunion Générale en salle de réunion à 16h45

#### VENDREDI

- Réunion SMS sur le thème « BURNOUT »
- Suivis psychologiques à 11h30 concerne et à 13h30 concerne
- Groupe « Apprentissages gestuels » de 13h à 15h concerne
- Full Contact (sous réserve) de 13h15 à 15h30 concerne
- Parentalité de 14h à 14h45 concerne :



A P E I DOUAI 68 RUE CHARLES MONSARRAT DOUAI PROJET EXTENSION ESAT LAMBRES ANNEE 2010

Etablissement :		Nombre de places	Nombre de mois					Trav nuit+astreintes annuel		Ind Dim et Fer annuel	Total points	Total euros
sect		ETP	Qualification	Indice base	éch	Indice maj	Indern	supp fam				
Nom	Prénom											
		1,00	MONITEUR D'ATELIER 2CL	411	7	501	41.13				6 505,59	23 875,50
		1,00	EDUCAT. TECH. SPEC.	434	4	503	41.30				6 531,56	23 970,81
		0,40	EDUCATEUR SPORTIF	421	1	421	34,56				2 186,71	8 025,22
		2,40	EDUCATIF								15 223,85	55 871,52
		0,50	INFIRMIER PSYCHIATRIQUE	434	6	570	46,80				3 700,78	13 581,87
L	B	0,20	PSYCHOLOGUE	770	4	872	71,59				2 264,62	8 311,15
		0,70	AUTRES				0,00				5 965,40	21 893,02
		3,10	TOTAL									77 764,55
				Valeur du point	3,670					Total points	21 189,25	
								Total euros	0,00	0,00		77 764,55

Nombre de points	21 189,25	
x 3,67 euros = C/641		77 765 €
<b>Total des salaires</b>		
C/ 631	8,60%	6 688 €
C/ 633	2,75%	2 139 €
C/ 645	44,80%	34 839 €
C/ 647	1,45%	1 128 €
C/ 647 (Méd. du travail)	0,47%	365 €
<b>Total des Charges</b>		<b>45 158 €</b>
<b>Total salaire et charges</b>		<b>122 922 €</b>

**GRUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE**

	Executoire	Extension 15 places	Total
	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)
<b>ACHATS</b>			
601	Achats stockés de matières premières et de fournitures		0
602	Achats stockés - autres approvisionnements		0
603	Variation des stocks		0
606	Achats non stockés de matières et fournitures	10000	10000
607	Achats de marchandise		0
709	Rabais, remises, ristournes accordés par l'établissement		0
713	Variations des stocks, en cours de production, produits (en dépenses)		0
<b>SERVICES EXTERIEURS</b>			
6111	Sous-traitance: prestations à caractère médical		0
6112	Sous-traitance: prestations à caractère médico-social	3000	3000
<b>AUTRES SERVICES EXTERIEURS</b>			
6241	Transports de biens		0
6242	Transports d'usagers		0
6247	Transports collectifs du personnel		0
6248	Transports divers		0
625	Déplacements, missions et réceptions		0
626	Frais postaux et frais de télécommunications		0
6281	Prestations de blanchissage à l'extérieur		0
6282	Prestations d'alimentation à l'extérieur	22000	22000
6283	Prestations de nettoyage à l'extérieur	2889	2889
6284	Prestations d'informatique à l'extérieur		0
6287	Remboursement de frais		0
6288	Autres prestations		0
<b>TOTAL GROUPE I</b>		<b>0</b>	<b>37889</b>

**GRUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL**

	Executoire	Extension 15 places	Total
	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)
621 Personnel extérieur à l'établissement			0
622 Rémunérations d'intermédiaires et honoraires			0
631 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)		6688	6688
633 Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)		2139	2139
641 Rémunération du personnel non médical		77765	77765
642 Rémunération du personnel médical			0
645 Charges de sécurité sociale et de prévoyance		34839	34839
646 Personnes handicapées			0
647 Autres charges sociales		1127	1127
648 Autres charges de personnel		364	364
<b>TOTAL GROUPE II</b>	<b>0</b>	<b>122922</b>	<b>122922</b>

**GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE**

	Executoire	Extension 15 places	Total
612	Redevances de crédit bail		0
6132	Locations immobilières		0
6135	Locations mobilières		0
614	Charges locatives et de co-propriété		0
6152	Entretien et réparations sur biens immobiliers	5000	5000
6155	Entretien et réparations sur biens mobiliers		0
6156	Maintenance	2000	2000
616	Primes d'assurances	1500	1500
617	Etudes et recherches		0
618	Divers		0
623	Information, publications, relations publiques		0
627	Services bancaires et assimilés		0
635	Autres impôts taxes et versements assimilés (administration des impôts)		0
637	Autres impôts taxes et versements assimilés (autres organismes)		0

 **AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE**

	(3)	(4)	(5)=(3)+(4)
651	Redevances pour concessions, brevets, licences, procédés, droits et valeurs similaires		0
654	Pertes sur créances irrécouvrables		0
655	Quote-parts de résultat sur opérations faites en commun ( <i>établissements privés</i> )		0
657	Subventions	400	400
658	Charges diverses de gestion courante	2000	2000

 **CHARGES FINANCIERES**

66	Charges financières	2969	2969
----	---------------------	------	------

 **CHARGES EXCEPTIONNELLES**

671	Charges exceptionnelles sur opérations de gestion		0
673	Charges sur exercices antérieurs		0
675	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés		0
678	Autres charges exceptionnelles		0

	Executoire	Extension 15 places	Total
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS</b>			
6811		11500	11500
6812			0
6815			0
6816			0
6817			0
686			0
687			0
68741			0
68748			0
689			0
<b>TOTAL GROUPE III</b>			
	0	25369	25369
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>			
	0	186180	186180
		Report à nouveau n	
002			0
<b>TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION</b>			
	0	186180	186180

**GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES**

	Executoire	Extension 15 places	Total
	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)
731	Produits de la tarification relevant du I de l'article L.312-1 du CASF		0
732	Forfaits journaliers (loi du 19 janvier 1983)	172500	172500
734	Tarif dépendance		0
736	Tarif soins (EHPAD)		0
737	Produits des prestations non prises en compte dans les tarifs journaliers soins		0
	<b>TOTAL GROUPE I</b>	0	172500

 **GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION**

	Executoire	Extension 15 places	Total
	(3)	(4)	(5) = (3) + (4)
70	Produits		13680
71	Production stockée	13680	13680
72	Production immobilisée		0
74	Subventions d'exploitation et participations		0
75	Autres produits de gestion courante		0
603	Variation des stocks (en recettes)		0
609	Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats		0
619	Rabais, remises et ristournes obtenus sur services extérieurs		0
629	Rabais, remises et ristournes obtenus sur autres services extérieurs		0
6419	Remboursements sur rémunérations du personnel non médical		0
6429	Remboursements sur rémunérations du personnel médical		0
6489	Fonds de compensation des cessations anticipées d'activité		0
6611	Intérêts des emprunts et dettes (en recettes)		0
	<b>TOTAL GROUPE II</b>	0	13680

**GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS  
 ET PRODUITS NON ENCAISSABLES**

	Executoire (3)	Extension 15 places	Total (5) = (3) + (4)
76	Produits financiers		0
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>			
771	Produits exceptionnels sur opérations de gestion		0
773	Produits sur exercices antérieurs		0
775	Produits de cessions d'éléments d'actif		0
777	Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice		0
778	Autres produits exceptionnels		0
<b>AUTRES PRODUITS</b>			
78	Reprises sur amortissements et provisions		0
78741	<i>dont reprises sur provision réglementée destinée à renforcer les capitaux propres(établissements publics)réserve de trésorerie (établissements privés)</i>		0
78746	<i>dont reprises sur provisions réglementées: réserves des plus values nettes (établissements privés)</i>		0
789	reprises des ressources non utilisées des exercices antérieurs (établissements privés)		0
79	Transfert de charges		0
<b>TOTAL GROUPE III</b>		0	0
<b>TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)</b>		0	186180
			Report à nouveau n
002	Excédent de la section d'exploitation reporté		
<b>TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION</b>		0	186180

## PROGRAMME D'INVESTISSEMENT- EXTENSION 2010

Ordre de priorité	Nature de l'opération prévue	Coût (par tranche si nécessaire)	Date de réalisation probable	Durée et mode linéaire (PT)d'amortissement	Financement prévu					
					Autofinancement (1)	Subvention ou apport (2)	Emprunts (3)			Total (de 1 à 3)
							Montant	Taux	Durée	
1	MATERIEL INFORMATIQUE	6 000	01/01/2010	4	6 000					6 000
1	MOBILIER	5 000	01/01/2010	5	2 000	3 000	5,50	5		5 000
1	TRAVAUX	40 000	01/01/2010	10	8 000	32 000	5,75	10		40 000
1	VEHICULE 9 PLACES	25 000	01/01/2010	5	5 000	20 000	5,50	5		25 000
										0
<b>TOTAL</b>		<b>76 000</b>			<b>21 000</b>	<b>0</b>	<b>55 000</b>			<b>76 000</b>



**TABLEAU DES EMPRUNTS NOUVEAUX SOUMIS A AUTORISATION - EXTENSION 2010**

ESAT T DE LAMBRES

Organisme prêteur	Date de souscription	Durée (années)	Taux %	Capital emprunté	Dette en fin d'exercice précédent		Remboursement du capital de l'année n	Montant des intérêts de l'année n
					Capital	Intérêt		
	1-janv-10	5	5,50	23 000			4 112	1 181
	1-janv.-10	10	5,75	32 000			1 832	1 788
<b>TOTAL</b>				55 000	0		5 944	2 969