

**REACTUALISER LE PROJET D'ETABLISSEMENT D'UN
FOYER DE VIE POUR FAVORISER UNE DYNAMIQUE
PARTICIPATIVE DES PERSONNES ACCUEILLIES**

Eva QUENARD

2018

Remerciements

Je tiens à saisir cette occasion et adresser mes profonds remerciements et ma profonde reconnaissance à :

-Mr José Arènes, en sa qualité de directeur de mémoire, pour ses précieux conseils prodigués, sa confiance et sa disponibilité infaillible dans la réalisation de ce travail

-Mr Philippe Ducalet, directeur de stage, pour sa culture partagée, sa bienveillance et son expertise dans la fonction de direction

-à tous les résidents et les professionnels pour leur accueil chaleureux, leurs énergies qui ont été pour moi source d'inspiration

-à tous mes collègues de formation pour notre soutien mutuel et nos échanges riches sur ce que nous sommes et ce qui nous attend dans l'exercice professionnel

-à toute l'équipe pédagogique de l'IRTS Nouvelle-Aquitaine pour leurs nombreux apports instructifs et formateurs

-à Cathy et Julie pour leurs relectures bienveillantes et leurs aides sophistiquées, raffinées sur « le fond et la forme »

-enfin, et surtout, je remercie mon conjoint Jean-Baptiste et nos deux enfants Romy et Hector pour leur soutien inconditionnel et leur patience, chaque jour durant ces années de formation. Votre présence douce, rassurante et stimulante m'a permis de me surpasser dans les moments de doute pour ne jamais renoncer.

Sommaire

Introduction	1
1 De l'environnement externe au diagnostic interne : un contexte propice à un changement de paradigme	3
1.1 L'évolution du handicap et de ses représentations sociales	3
1.1.1 De « l'estropié » au sujet citoyen-acteur.....	4
1.1.2 Du handicap aux capacités : des politiques internationales et européennes qui impulsent l'affirmation des droits et une nouvelle approche du handicap	6
1.1.3 La législation et réglementation française : l'affirmation des droits de la personne et de nouvelles orientations sur la notion de parcours	7
1.2 Le foyer Les Cigalons : un établissement de l'ALGEEI	10
1.2.1 Une association gestionnaire laïque et des établissements pour l'éducation et l'insertion	10
1.2.2 Le foyer de vie dans son environnement territorial	12
1.2.3 Le foyer de vie dans l'esprit des lois	14
1.2.4 Une population hétérogène aux attentes et besoins disparates	16
1.2.5 L'offre de service unique construite sur un mode collectif	20
1.2.6 Des équipes en recherche de cohésion	23
1.3 Présentation des écarts entre l'offre de service, les attentes et besoins des personnes accueillies et les politiques publiques	24
1.3.1 La difficulté à positionner le résident en sujet adulte acteur de sa vie.....	24
1.3.2 Les limites d'un modèle unique au regard d'une population hétérogène	25
1.3.3 Un projet d'établissement qui gagnerait à être plus fédérateur.....	25
1.4 Synthèse de la première partie -Problématique	26
2 Un changement nécessaire au bénéfice d'une meilleure citoyenneté	28
2.1 L'importance d'une réflexion pour accompagner les personnes vers une plus grande autodétermination	29
2.1.1 La participation : un gage pour la citoyenneté des personnes accompagnées....	30
2.1.2 L'autonomie	33
2.1.3 Pour aller vers un objectif d'autodétermination de la personne	36
2.1.4 Pourquoi valoriser l'autodétermination des personnes en situation de handicap mental ?.....	41

2.2	Le changement de la culture, des postures et des pratiques : pour une meilleure prise en compte des attentes et des besoins des résidents	42
2.2.1	Le changement : un processus global.....	42
2.2.2	La co-construction : un outil managérial.....	47
2.2.3	La réflexion éthique au service de la qualité de vie des acteurs	49
2.3	Synthèse de la deuxième partie	50
3	Le projet managérial pour promouvoir une nouvelle dynamique	51
3.1	Le management de projet	51
3.1.1	Un nouveau COPIL « Projet 2019 »	51
3.1.2	Réorganiser le dispositif de réunions pour une meilleure cohésion	52
3.1.3	« La communication, moteur de la construction d'une stratégie commune ».....	53
3.2	Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement.....	54
3.2.1	Utiliser la GPEC comme un support au management de projet	54
3.2.2	Repenser les ressources humaines pour renforcer la cohésion et la créativité ...	58
3.3	Promouvoir le résident comme acteur de son projet de vie et de ses propres choix.....	61
3.3.1	Une sensibilisation des résidents à l'autodétermination	62
3.3.2	Garantir la participation à travers de nouvelles instances	64
3.3.3	L'habitat inclusif : un pas de plus vers une citoyenneté affirmée.....	67
3.4	Renforcer l'ouverture avec l'extérieur pour l'émancipation des résidents ..	70
3.4.1	Promouvoir un partenariat propice à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.....	71
3.4.2	Associer les familles et élargir le réseau	74
3.5	L'écriture du projet d'établissement.....	75
3.6	Une évaluation nécessaire à la réussite du projet par la démarche qualité.	76
	Conclusion	79
	Bibliographie	80
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALGEEI : Association Laïque de Gestion des Etablissements d'Education et d'Insertion

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

CATT : Centre d'Aide Thérapeutique par le Travail

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CHVS : Complexe d'Hébergement et de Vie Sociale

CMPP : Centre Médico-Psycho- Pédagogique

COPIL : Comité de Pilotage

CODIR : Comité de Direction

CPB : Conseil des Pairs de la Bienveillance

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DPA : Développement du Pouvoir d'Agir

ETP : Equivalent Temps Plein

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FOL : Fédération des Œuvres Laïques

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences

GRH : Gestion des Ressources Humaines

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

IME : Institut Médico-Educatif

IMP : Institut Médico-Pédagogique

IRP : Instances Représentatives du Personnel

ITEP : Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MLPH : Maison Landaise des Personnes Handicapées

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PPH : Processus de Production du Handicap

QVT : Qualité de Vie au Travail

RBPP : Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles

RH : Ressources Humaines

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

Introduction

« Moi, mon rêve, c'est de partir loin sur une île ». Voilà les premiers mots que j'ai entendu lors de la réactualisation du projet personnalisé de Madame C., résidente au foyer de vie Les Cigalons.

« L'île de Ré ? à deux heures de l'institution ! » lui répond l'éducateur référent sur un ton moqueur mais bienveillant.

« Non ! Je veux partir au soleil, là où il fait très chaud, avec des cocotiers. Loin, une vraie île ».

C'est bien dans ce contexte que mon sujet de mémoire s'inscrit. Assurer et encourager la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle dans les prises de décisions qui les concernent, mais aussi, favoriser leur autodétermination est un enjeu majeur qu'il est nécessaire de respecter aux vues des politiques publiques actuelles. Avoir le choix et le contrôle des décisions que nous prenons à propos de la manière dont nous vivons notre vie est un choix que presque chacun d'entre nous tient pour acquis. Il est important, à mes yeux, que les personnes en situation de handicap aient également cette même liberté de choix et de contrôle comme tout citoyen. Cette participation active permet d'améliorer leur qualité de vie. Le foyer de vie Les Cigalons, dans lequel j'ai entrepris un stage de six mois en tant que directrice, est un établissement situé sur la commune de Lit et Mixe dans le département des Landes. L'association gestionnaire est l'ALGEEI¹.

Propriété de la Fédération des Œuvres Laïques du Lot et Garonne depuis 1947, l'établissement était à l'origine une colonie de vacances. Vers 1960, il a été transformé en un Institut Médico-Educatif qui accueille une soixantaine d'enfants et adolescents déficients mentaux. En 1982, alors que l'IME est en sous-effectif, il est restructuré en un foyer pour adultes. L'établissement démarre initialement comme un CATT². La mission s'avère irréalisable pour des raisons juridiques et le CATT est transformé en foyer de vie. En septembre 2011, le foyer Les Cigalons est étendu par l'ouverture d'un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) pour personnes en perte d'autonomie et d'un FAM pour personnes ayant des troubles du spectre autistique, afin de répondre aux besoins d'accueil médicalisé du public accueilli et, d'une façon plus générale, aux besoins du département des Landes.

Mon mémoire portera sur l'entité foyer de vie.

¹ Association Laïque de Gestion des Etablissements d'Education et d'Insertion.

² Centre d'aide thérapeutique par le travail

Depuis plus de dix ans, les nouvelles lois et orientations européennes invitent à penser le parcours de l'utilisateur comme dynamique. Elles nous amènent à nous questionner sur des choix qui favorisent la vie autonome et dans quelle mesure ces choix intègrent le pouvoir de décision et le pouvoir d'agir des personnes concernées. L'accompagnement dans le social et les soins ne peuvent se concevoir de la même manière qu'il y a trente ans. Le contexte socio-politique impacte les modalités d'accompagnement et les regards posés sur le handicap, il invite à une adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, des attentes, besoins et droits des usagers.

Ce que je souhaite mettre en perspective au travers de ce travail, c'est l'enjeu que revêt ce projet managérial autour du changement des représentations sociales du handicap de tous les acteurs : résidents, familles, professionnels.

L'ensemble de ces éléments m'a amené à poser le questionnement suivant : comment promouvoir la participation et l'autonomie des personnes en situation de handicap mental d'un foyer de vie ?

Dans la première partie, j'aborderai les principales lignes des politiques publiques dans le champ du handicap mental : de l'international au local. Je m'appliquerai ensuite à décrire le foyer de vie au regard de son territoire, de son offre de service, des pratiques professionnelles existantes en tenant compte de l'évolution de la population accueillie, des contraintes architecturales et organisationnelles. Une fois ce diagnostic posé, je mettrai en relief les écarts qui me permettront de dégager ma problématique.

Je proposerai dans une seconde partie, les concepts théoriques autour de la participation et l'autonomie. Une réflexion autour de la théorie de l'autodétermination sera également abordée pour appuyer cette logique d'accompagnement. Cette adaptation permanente entre une réalité observée et une ambition future à espérer nous portera vers la théorie du changement, qui reste au cœur de la vie de toute organisation.

Enfin, la troisième partie présentera mon plan d'actions stratégique qui impactera tous les acteurs en interne. Nous verrons aussi que ce projet mobilisera et impliquera la constitution d'un réseau et de partenaires extérieurs.

Ce projet managérial va considérablement modifier la culture institutionnelle, les habitudes de vie et de travail, les pratiques professionnelles, les représentations de chacun ; la finalité ne peut ainsi être autrement que de réactualiser le projet d'établissement pour inscrire celui-ci comme un réel support à l'émancipation des personnes accueillies dans leurs parcours de vie.

1 De l'environnement externe au diagnostic interne : un contexte propice à un changement de paradigme

Le foyer de vie Les Cigalons accueille des personnes adultes en situation de handicap mental et /ou psychique qui ne peuvent demeurer à leur domicile ou dans leur famille et dont l'accueil en MAS ne se justifie pas car elles possèdent une autonomie physique et intellectuelle suffisante pour réaliser les actes de la vie courante. Elles sont en capacité de participer à une animation sociale et à des activités variées et collectives ; cependant l'orientation en foyer de vie, délivrée par la Maison Landaise des Personnes Handicapées (MLPH) les privent d'exercer une activité à caractère professionnel. L'établissement dispose d'une autorisation pour 43 places en hébergement permanent, 2 places en accueil de jour et 1 place en accueil temporaire.

Le foyer de vie s'insère dans les politiques publiques du champ du handicap. C'est donc de ma place de directrice que j'ai réalisé cette démarche diagnostique afin d'élaborer une stratégie visant à faire *toujours mieux* et concevoir l'accompagnement comme du cousu-main pour valoriser les droits et libertés des personnes accueillies.

Cette analyse de la situation va prendre en compte une pluralité de facteurs externes et internes : contexte environnemental, orientations des politiques publiques, attentes et besoins des résidents, contexte organisationnel et culturel. Elle me permettra alors de dégager une question centrale, puis des hypothèses théoriques et opérationnelles, qui serviront de socle à mon plan d'actions stratégique.

1.1 L'évolution du handicap et de ses représentations sociales

Nul doute que les évolutions culturelles décrites dans la mythologie, la littérature, la sociologie ou la médecine autour du rapport entre la société et l'infirmité ont pour conséquences des dynamiques différentes et nouvelles à chaque époque. De l'Antiquité à notre société contemporaine, nous verrons comment de l'infirme à la personne en situation de handicap, de la personne assujettie à la prestation de l'utilisateur-acteur, d'un objet de désir et des représentations à une personne citoyenne, avec des droits et des devoirs ; les représentations et la prise en charge (désormais appelé accompagnement) des personnes en situation de handicap ont beaucoup évolué d'un point de vue social et politique.

1.1.1 De « l'estropié » au sujet citoyen-acteur

A) « Le handicap ou l'impossible définition »³

Le mot handicap est un terme récent, emprunté à l'anglais. A l'origine, ce terme est attribué à l'expression « hand in cap » qui signifie main dans le chapeau. Il s'agissait d'un jeu d'échange d'objets personnels pratiqués au XVI^e siècle en Grande Bretagne. Un arbitre, le handicapeur, évaluant le prix des objets, était chargé de surveiller l'équivalence des lots afin d'assurer l'égalité des chances des joueurs. Puis le terme fut utilisé dans le domaine des courses hippiques. Il désignait un processus d'égalisation des chances des coursiers. Un désavantage était appliqué sur les meilleurs concurrents afin d'égaliser leurs chances avec les moins bons chevaux lors de courses à handicap.

Le sens même du mot *handicap* du vocable anglais d'origine est totalement antinomique du sens commun actuel. Dans la langue française, ce terme fait plutôt référence à la notion de désavantage qu'à la notion d'égalité comme il était question à l'époque en Grande-Bretagne.

L'évolution du vocabulaire, au cours des siècles, montre ainsi une multitude de termes employés pour désigner des personnes qui n'étaient pas dans la norme. Il s'est substitué à des vocables comme infirme, débile, idiot, invalide, inadapté ; termes à caractère très péjoratif et dévalorisant.

Il s'agit bien d'un cheminement historique lent pour que l'évolution des représentations de la personne handicapée se soit effectuée. D'une représentation d'un statut d'« infirmes, « monstres » immanents à la société et non dans ses marges »⁴ à une approche plus médicalisée, l'infirmes (terminologie usitée jusqu'à la loi sociale de 1975) a été écarté, exclu, enfermé, puis reconnu, avant de parvenir à une volonté sociale d'être inséré, puis réadapté pour enfin aujourd'hui, être reconnu comme personne citoyenne jouissant de ses droits.

B) De l'activité charitable à l'action médico-sociale

Sous l'Antiquité, considérées comme impurs ou victimes d'une malédiction divine, les personnes handicapées étaient totalement exclues de la société. Le handicap suscitait de la peur, c'est pourquoi la société répondait au besoin de s'occuper de la différence par « l'exposition qui est une manière de « remettre » aux dieux »⁵ ou par l'enfermement. Puis

³ DELCEY M. éd., 2002, *Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés*, 2^e édition, Paris : Edition APF, 504p

⁴ STIKER H.-J., 1982, *Corps infirmes et sociétés*, 3^e édition revue et augmentée., Paris : Dunod, 330p, page 89

⁵ *Ibid.* page 54

commence une légère reconnaissance, des hospices sont mis en place pour accueillir les infirmes, les pauvres et les malades mentaux de la société. De cette manière, l'ordre social régnait plus facilement. A partir du XIX^{ème} siècle, on assiste à une montée progressive du pouvoir médical qui tend à une prise en charge plus technique pour les personnes handicapées. Malgré l'enfermement persistant des malades mentaux, selon Henri-Jacques Stiker, la médecine va devenir régulatrice de la déviance dans un mélange de « *compassion et de science* » et de « *bienveillance et d'autorité* »⁶.

Les lois concernant le handicap commencent à apparaître tant dans sa reconnaissance que dans sa prise en charge. Le pays bascule dans une logique d'assistance. Ce dispositif législatif destiné à reconnaître et intégrer les personnes handicapées dans la société donne un élan de solidarité dès le début du XX^{ème} siècle.

Suite à la loi de 1901, « *les associations se multiplient et se créent autour de réalisations et « vivent » de leur activité, plus tard dénommée médicosociale* »⁷. Ces associations de défense des personnes handicapées ont vu le jour autour des années trente. C'est à partir du premier conflit mondial que les représentations sociales et culturelles évoluent dans la conception du handicap. Il y a un besoin de la nation à « réparer » les mutilés de guerre. Ces changements de conception permettent aux personnes handicapées d'être « réadaptées » et reclassées pour pouvoir continuer de vivre comme avant.

En France, les lois du 30 Juin 1975 constituent le premier acte en matière de solidarité et reconnaissance de la société en faveur des personnes handicapées. Ces deux lois, dites « de solidarité », ont impacté l'ensemble des établissements accueillant les personnes considérées comme bénéficiaires sous le terme générique d'institutions médicosociales. Pour autant, à l'image du mouvement « Handicapé méchant », des opposants ont revendiqué la volonté d'émancipation des personnes en situation de handicap placées en institution, « *forcées de résider pour être en état de recevoir un service approprié à leurs besoins, sans possibilité de choisir leur mode de vie et lieu de vie, pas plus que des personnes avec qui cohabiter ou partager leur vie* »⁸.

⁶ *Ibid.* page 146

⁷ GAURIER B., 2018, *Personnes en situation de handicap au défi des droits et libertés. Droits fondamentaux et accompagnement*, Lyon : Les Editions de la Chronique Sociale, 203p, page 19

⁸ *Ibid.* page 21

1.1.2 Du handicap aux capacités : des politiques internationales et européennes qui impulsent l'affirmation des droits et une nouvelle approche du handicap

Au niveau international, la Convention relative aux droits des personnes handicapées a été adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006, la France a ratifié cette convention le 30 mars 2007.

Basées sur la Déclaration universelle des droits de l'homme et sur les conventions de l'Organisation des Nations Unies sur le droit international des droits de l'homme, de nouvelles notions sur les droits humains sont affirmées. Ce sont, entre autres, le droit à l'autonomie, le respect de l'estime de soi et de l'intégrité, l'apprentissage tout au long de leur vie, la sensibilisation aux stéréotypes et aux préjugés.

Les articles 3 et 19⁹ de la présente Convention font référence à des notions de respect d'autonomie individuelle, de la liberté de faire ses propres choix et d'inclusion dans la société.

Les politiques européennes s'orientent vers la protection des droits et la reconnaissance des personnes handicapées et le refus de toutes discriminations. A l'image de la chartre des droits fondamentaux de l'Union Européenne, adoptée en 2000, celle-ci interdit toute discrimination fondée sur le handicap et reconnaît « *le droit des personnes handicapées à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté* »¹⁰

En mars 2002, la Déclaration de Madrid¹¹ affiche, lors du Congrès européen des personnes handicapées, son slogan : « Non-discrimination plus actions positives= inclusion sociale ». Cette déclaration s'oppose à l'approche paternaliste à l'égard des personnes handicapées au profit d'une approche visant à donner les moyens de gérer par elles-mêmes leur propre vie. Il est déclaré « *Rien pour les personnes handicapées sans les personnes handicapées* ».

De la même façon, le rapport « Vie autonome : de la théorie à la réalité » publié par le Réseau Social Européen, en novembre 2013, souligne que le chemin à parcourir est encore long avant que toutes les personnes handicapées aient un réel contrôle sur leurs vies et qu'elles puissent vivre de façon autonome en raison principalement d'un décalage entre les principes législatifs et leur mise en œuvre.

⁹ Annexe 1 : extrait de la convention relative aux droits des personnes handicapées, [visité le 18.06.2018], <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

¹⁰ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, un guide de lecture, [visité le 18.06.2018] <https://rm.coe.int/16802f5c61>, page 46

¹¹ Proclamée par plus de 600 participants issus 34 pays différents

Plus récemment, le Conseil de l'Europe a lancé sa nouvelle stratégie sur le handicap pour la période 2017-2023, intitulée « *Droits de l'homme : une réalité pour tous* »¹². Le commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a demandé aux Etats membres d'augmenter les efforts destinés à protéger les droits des personnes en situation de handicap, soulignant la nécessité de promouvoir l'égalité et de garantir l'autonomie, la liberté de choix, la participation pleine et effective à la vie de la société et de la communauté. Le secrétaire général du Conseil de l'Europe a également indiqué « *Nous devons mettre l'accent sur les capacités plutôt que sur le handicap. Les législateurs doivent concevoir des lois, des politiques et des pratiques qui assurent aux personnes handicapées l'autonomie, l'accès à l'information, à l'éducation et à l'emploi. Notre nouvelle stratégie montre la voie à suivre* »¹³.

C'est donc bien cette participation active et ce droit de choisir et du pouvoir d'agir qu'il faut rechercher, sans cesse, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes concernées. Un travail sur les représentations et les agissements envers les personnes handicapées doit être engagé dans le sens d'un développement de leurs capacités à participer et de leurs droits à la vie la plus autonome possible.

Au niveau international, européen, et par voie de conséquence français, il est bien question d'un long cheminement, partant d'une vision des personnes sous le seul aspect de leurs déficiences vers un autre regard. Un regard qui assoit la reconnaissance et la déclinaison claire de tous les droits, à l'égal de tous. En somme, vivre dans une société qui se voudrait inclusive, ouverte à tous, faite pour tous.

En France, ce changement de paradigme s'inscrit au niveau législatif.

1.1.3 La législation et règlementation française : l'affirmation des droits de la personne et de nouvelles orientations sur la notion de parcours

Le secteur de l'action sociale se doit de passer d'une logique d'institution, perçue trop rigide en termes d'adaptation aux besoins des usagers à « *une logique fondée sur la personne et sur l'évolution de ses besoins, notamment par la mise en place de réels projets d'établissement, des « projets de vie » fondés sur des contrats passés avec la personne et son représentant* »¹⁴.

¹² CONSEIL DE L'EUROPE, rapport « Droit de l'homme : une réalité pour tous », [visité le 18 juin 2018], disponible sur internet : <https://rm.coe.int/16806c400d>

¹³ <https://informations.handicap.fr/art-strategie-europe-handicap-853-9697.php>, [visité le 18 juin 2018]

¹⁴ Bilan d'application de la Loi du 30 Juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales, [visité le 24.06.2018] <https://www.legifrance.gouv.fr>

La Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale renforce la loi de 1975 avec pour objectif de rendre les personnes accompagnées actrices de leurs projets de vie et donc de leurs parcours. Le principe de participation des personnes à leur propre accompagnement est posé. Les recommandations de l'ANESM iront plus loin en parlant de co-construction. Elle réaffirme la place prépondérante des usagers, elle entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. Elle y confirme l'exercice des droits fondamentaux¹⁵ des personnes handicapées préexistants à la loi du 2 janvier 2002. De nouveaux droits s'exercent, comme le droit de choisir ; en cela, la loi prévoit un accompagnement individualisé favorisant son autonomie. Le législateur reconnaît à l'usager le droit de participer aux décisions qui le concernent et de voir ses choix respectés. La mise en œuvre de ce droit peut supposer d'apprendre à choisir et de comprendre la portée de son choix.

La loi du 2 janvier 2002 exige un ensemble d'outils juridiques obligatoires qui doivent être remis lors de l'admission. Il s'agit du livret d'accueil, la charte des droits et libertés, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement de l'établissement, le projet d'établissement ou de service, et le conseil de vie sociale.

Cette loi impulse un changement des représentations et des pratiques professionnelles. Il est bien question de passer de la protection du sujet fragile à la reconnaissance de l'usager citoyen.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pose l'obligation de solidarité de la collectivité nationale et les principes d'accessibilité universelle (l'accès de tous à tout) pour les personnes handicapées. Elle articule l'objectif d'accès au droit commun avec le droit à la compensation¹⁶ individuelle des conséquences d'un handicap dans la vie quotidienne afin de favoriser l'accès à l'autonomie des personnes en situation de handicap. Les toutes premières lignes rappellent les droits fondamentaux des personnes handicapées et intègrent une définition du handicap s'affranchissant de celle de l'OMS qui faisait loi.

« 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

¹⁵ Droits à un accompagnement individualisé et de qualité, respect de sa vie privée et à son intimité, droit à la dignité.

¹⁶ Dans l'article 11 de la loi n°2005-102 du 11 février 2005, « *La personne handicapée a droit à une compensation des conséquences de son handicap quel que soit l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie* », [visité le 25.06.2018], disponible sur www.legifrance.gouv.fr

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 ».

Innovation de la loi, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées deviennent le guichet unique pour l'accès aux droits sous la direction du conseil départemental. Elles simplifient l'accès des publics concernés à toutes les formes d'aides destinées à compenser le handicap. Les MDPH, maillon essentiel pour la mise en œuvre du projet de vie, proposent un plan personnalisé de compensation du handicap.

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, positionne le niveau régional comme le niveau de décision et de relais de l'Etat en créant les Agences Régionales de Santé. Ces agences veillent à la régulation, la planification et la coordination des acteurs de la prévention du sanitaire et du médico-social dans un objectif de complémentarités des offres. La loi affiche l'ambition de réorganiser et moderniser l'ensemble du système de santé. Des logiques de décloisonnement et territorialisation des réponses sont amorcées sous la compétence de l'ARS ; celle-ci chargée de coordonner et de décliner au niveau régional la politique de santé définie au niveau national.

La loi « de modernisation de notre système de santé » du 26 janvier 2016 pose un nouveau cadre juridique qui témoigne d'un changement de paradigme. Cette évolution des postures a vocation à modifier les pratiques et doit permettre de fluidifier les parcours des usagers afin d'être en mesure de leur assurer les accompagnements les plus individualisés possibles, de proposer des réponses à toutes les situations, dans le but d'assumer les défis tels qu'évoqués par le Conseiller d'Etat Denis Piveteau, auteur du rapport « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. L'article 89 de cette loi pose le cadre juridique d' « une réponse accompagnée pour tous »¹⁷, en particulier, par l'élaboration d'un Plan d'Accompagnement Global (PAG) « *actualisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, par l'équipe pluridisciplinaire de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées* »¹⁸. La loi « santé » pose néanmoins les bases d'un renforcement de coopérations entre les établissements et les dispositifs en fonction des besoins des usagers, de même qu'un

¹⁷ Nom du dispositif destiné à mettre en œuvre des solutions d'accompagnement pour les personnes handicapées, afin d'éviter toute rupture de parcours. Mission confiée à Marie-Sophie DESAULLE pour donner suite au rapport de Denis PIVETEAU.

¹⁸ Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé, [visité le 25.06.2018], disponible sur www.legifrance.gouv.fr

assouplissement et diversification des fonctionnements des structures dans l'intérêt des personnes accueillies. Cela passe également par « *l'évolution des pratiques professionnelles et le renforcement qualitatif de l'offre existante afin que l'accompagnement des personnes puisse être davantage en phase avec leur projet de vie* »¹⁹.

L'ANESM a publié en avril 2018 une recommandation sur le sujet « Les pratiques de coopération et de coordination des parcours des personnes handicapées », dans laquelle l'accent est mis sur la nécessité de rendre la personne actrice de son projet en l'aidant à exprimer ses attentes, ses aspirations. Cette expression passe par le développement de sa capacité d'autodétermination en « *définissant avec la personne ce qu'elle peut réaliser pour optimiser son potentiel et vivre des situations valorisantes ; en prenant en compte son niveau d'autonomie et en l'accompagnant pour atteindre le niveau d'autonomie le plus haut, en l'accompagnant pour exprimer des souhaits réalisables, ..., enfin en prenant en compte l'écart qui existe entre la situation présente et la situation souhaitée* »²⁰. Reconnaître et favoriser systématiquement cette autodétermination est nécessaire à l'amélioration de la qualité de vie des personnes accueillies.

L'ALGEEI œuvre dans le domaine social et médico-social depuis plusieurs décennies. Cette association porte et véhicule des valeurs et des axes stratégiques déclinés dans le projet associatif en lien avec les orientations des politiques publiques actuelles afin d'accompagner authentiquement toutes personnes quelles que soient leurs différences, car toutes sont citoyennes.

1.2 Le foyer Les Cigalons : un établissement de l'ALGEEI

1.2.1 Une association gestionnaire laïque et des établissements pour l'éducation et l'insertion

L'ALGEEI, Association Laïque de Gestion des Etablissements d'Education et d'Insertion, est une association loi 1901. Elle est issue de la Fédération des Œuvres Laïques (FOL) du Lot-et-Garonne. Sa mission : promouvoir et assurer l'éducation, l'insertion sociale et professionnelle d'enfants et adultes handicapés ou rencontrant des difficultés familiales, scolaires ou sociales. Elle assure la gestion et le développement de 29 établissements et

¹⁹ Circulaire DGCS/ 3B / 2017/ 148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions de la CIH du 2 Décembre 2016

²⁰ Recommandations de l'ANESM, 2018, *Synthèse et outils : pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, 23p, [visité le 24.06.2018], disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-03/coordination_synthese_et_outils.pdf

services répartis sur l'ensemble du territoire du Lot et Garonne. Les autres structures sont IME, CMPP, CAMSP, SESSAD, MECS, ITEP, ESAT, CHVS, FAM, SAVS et foyer de vie. A noter que le complexe « Les Cigalons » est le seul situé dans les Landes, toutes les autres structures sont dans le Lot-et-Garonne.

A) Des valeurs héritées de la Fédération des Œuvres Laïques

En 1980, l'ALGEEI est créée, à la demande des autorités de contrôle et de tarification, pour reprendre la gestion et le développement des établissements sociaux et médico-sociaux de la FOL.

Jusqu'en 2002, il s'agissait d'une association sans adhérents, au service de la fédération. En 2002, une nouvelle présidente, institutrice de l'éducation nationale et ancienne directrice d'établissement récemment retraitée est élue. L'ALGEEI est devenue autonome et s'est ouverte aux représentants de la société civile. La directrice générale est recrutée dans la foulée. Son parcours dans le sanitaire marque une rupture avec le fonctionnement endogène de l'association. Par ce recrutement, l'association s'inscrit alors dans une volonté de changement culturel pour répondre aux exigences de la loi du 2 Janvier 2002, notamment en termes de démarche qualité et d'évaluation.

Aujourd'hui, le Conseil d'Administration est composé de quatre membres fondateurs (issus de la FOL, désormais ligue de l'enseignement), trois membres usagers, trois membres adhérents personnes morales et dix membres adhérents physiques.

Dans la lignée des valeurs fondamentales de la ligue de l'enseignement basées sur la laïcité, la citoyenneté et la liberté de conscience, l'ALGEEI se définit à travers sa charte.

« Les statuts reprennent les principes de laïcité et introduisent les termes suivants : éducation, insertion sociale et professionnelle, culture commune de solidarité au service du public, démocratie interne, réflexion éthique, évaluation des prestations et présence active dans toutes les instances concourant à l'élaboration des politiques sociales »²¹.

B) Les orientations du nouveau projet associatif

« A travers le projet associatif, l'association se doit d'affirmer la dimension situationnelle et contextuelle de la situation de handicap ou de vulnérabilité de la personne, car elle interpelle l'importance de l'environnement (social, architectural, normatif) et la responsabilité socio-politique d'une société qui se veut inclusive et promotrice de la participation sociale de tous quelles que soient ses difficultés »²².

L'association ne se satisfait pas de « mettre la personne au centre » des espaces qualifiés. Elle veut aller plus loin, en l'accompagnant, en la formant, en l'aidant ...mais

²¹ ARENES J., *Conduire un changement de culture institutionnelle en MECS pour améliorer le dispositif d'insertion des adolescents*, Mémoire ENSP, 2006, 78p, page 10

²² Extrait du Projet associatif 2017-2021, Axe 2, intégration, inclusion, citoyenneté

aussi en agissant auprès de ses espaces. La volonté est clairement affichée : ne pas se contenter du présent et viser *toujours mieux*. En cela, l'organisation doit devenir apprenante pour tous les acteurs. Le management doit encourager l'évolution des postures professionnelles et des organisations pour responsabiliser les usagers, et leur donner les moyens pour qu'ils apprennent à être acteur de leurs projets. Le principe de pair-émulation et du partenariat appuieront cette dynamique.

C) Un CPOM associatif 2018-2022

Dans le contexte de l'ALGEEI, il s'agit d'un CPOM associatif concernant tous les établissements et services sur cinq ans. Cet engagement mutuel permet à l'association, en fonction des objectifs d'activités menés par les différents établissements, de bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes, avec obligation de résultats liés aux objectifs.

Le CPOM est l'occasion de faire des choix, de les prioriser et de les expliciter.

C'est donc un levier de réflexion et de conduite du changement. De ma place de directrice, il me faut m'appuyer sur cet outil de pilotage stratégique et de ressources humaines pour accompagner les professionnels vers le changement, développer une offre de service qualitative auprès des personnes accompagnées.

Dans ce contrat, sont notamment intégrés :

- La garantie d'un accompagnement favorisant l'inclusion par la volonté de répondre de manière diversifiée à l'accueil d'un habitat inclusif
- Des objectifs relatifs à la participation sociale et citoyenne par la formation aux droits et devoirs, par une représentativité dans les instances institutionnelles ou encore l'intégration des usagers dans des groupes de projets.
- Un objectif relatif à la prise en compte du vieillissement des personnes handicapées en adaptant l'organisation du rythme de vie et les activités proposées en fonction de l'évolution des projets individuels de chacun.

1.2.2 Le foyer de vie dans son environnement territorial

Le foyer de vie Les Cigalons, sous l'autorité de contrôle et de tarification du conseil départemental des Landes, fait partie des huit foyers de vie accueillant des personnes en situation de handicap mental répartis sur le département. Pour répondre à cette logique de parcours de vie de plus en plus prépondérante, il existe une volonté de mettre en cohérence les dispositifs confiés au département avec l'évolution de l'offre au niveau régional prévue par l'ARS. En particulier avec le **Projet Régional de Santé 2018-2028**, élaboré par l'ARS Nouvelle-Aquitaine qui sera arrêté et publié par le directeur général de l'agence en juin 2018 ; ce projet s'appuie sur une analyse des enjeux de santé de la population par rapport à l'offre existante et induit une concertation des élus, institutions,

professionnels et usagers. Dans l'axe 3 ²³, le thème sur l'adaptation de l'offre de santé pour les personnes en situation de handicap propose des projets d'objectifs comme la garantie des aides et des accompagnements pour une vie citoyenne « avec les autres et comme les autres », le renforcement des compétences des personnes et des proches, le développement des connaissances et des compétences professionnelles en fonction du type et des difficultés de chaque handicap et l'objectif de ne laisser personne au bord du chemin, « sans solutions ».

Les principaux enjeux régionaux déclinés dans **le schéma régional de santé 2018-2023**, dans l'extrait consacré au champ du handicap, sont d'accompagner l'évolution des représentations, des pratiques, du fonctionnement des établissements et services sanitaires et médico-sociaux, en ayant une vigilance sur la coordination et le maillage des dispositifs avec pour ambition finale « *Changer le regard pour accompagner et garantir l'autonomie et la participation sociale des personnes en rendant la société plus accueillante et plus inclusive* ». ²⁴

Le schéma départemental : schéma Landais en faveur des personnes vulnérables 2014/2020 énonce sa priorité : améliorer la qualité des prestations offertes par les services et les établissements, tout en s'adaptant au mieux aux besoins. Ses grandes orientations données sont :

-Diversifier les pratiques et les modes opératoires. Le conseil départemental est prêt à soutenir et promouvoir des initiatives, comme par exemple les nouvelles modalités d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes ou l'actualisation de la formation des intervenants.

-Répondre aux besoins d'accompagnement des personnes en situation de handicap en renforçant la coordination et les partenariats ou en favorisant l'autonomie et le retour en milieu ordinaire.

-Optimiser les fonctionnements des établissements pour gagner en souplesse afin de mieux s'adapter aux réalités du terrain et aux besoins des usagers.

-Diversifier les modes d'accompagnement dans une logique de dynamique de parcours.

²³ Projet Régional de Santé 2018-2027 Nouvelle-Aquitaine, schéma régional de santé, Axes et thèmes (projet), Juin 2017, Axe 3 : *Améliorer la coordination des acteurs et accompagner les professionnels de santé pour une approche en mode parcours*, 7p, page 3

²⁴ Schéma régional de santé Nouvelle aquitaine 2018-2023, [visité le 25.06.2018] document de consultation sur le site <https://nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/consultation-sur-le-projet-regional-de-sante-nouvelleaquitaine>

Le ton est donné : s'adapter à de nouveaux besoins, innover, se former, mutualiser, se coordonner, optimiser... sont des vocables que je dois intégrer dans nos missions au quotidien pour offrir des parcours de vie plus diversifiés et adaptés aux personnes.

Je dois maîtriser et m'inspirer des outils de régulation tel que le schéma régional de santé et le schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale afin d'inscrire l'établissement dans le territoire landais. Ils permettent d'élaborer l'offre sociale et médico-sociale en adéquation avec l'analyse de la nature, du niveau et de l'évolution des besoins de la population, de fixer des objectifs de développement de cette offre, les moyens nécessaires à cet effet et les critères d'évaluation des actions réalisées.

1.2.3 Le foyer de vie dans l'esprit des lois

Je souhaite mesurer les écarts éventuels entre l'organisation, le fonctionnement et les pratiques actuelles au regard des orientations des politiques publiques présentées en première partie. Ceci me permettra ainsi d'envisager des leviers d'actions possibles à intégrer dans mon futur projet managérial.

-Face à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, l'établissement est particulièrement engagé dans le droit à l'expression des personnes accueillies, leurs participations et sur la question de la bientraitance. L'évaluation externe de 2014 en témoigne : « *les professionnels sont soucieux d'orienter leurs actions d'amélioration vers la qualité de vie, la vigilance éthique et clinique relative à la bientraitance et vers la participation réelle des résidents à la vie institutionnelle* ». L'établissement est en recherche d'équilibre entre la prise de risque et la sécurité. Cela se traduit notamment par le niveau de liberté d'aller et venir en interne ou à l'extérieur. Par exemple, les sorties en ville pour les résidents du Foyer de vie sont à travailler sans cesse pour éviter un alignement sur la sécurité maximum au détriment des bénéfices associés à des prises de risques mesurés. D'autres réflexions sur les pratiques sont engagées, notamment sur la liberté de choix et de participation aux activités, ou entre autres, la présence de la télévision dans chaque chambre.

-Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité, engagée depuis 2005 dans l'établissement, un nouveau formulaire du recueil des attentes a été élaboré. Celui-ci répond à une meilleure prise en compte de la logique des attentes à celle des besoins. Ce recueil est désormais plus concordant avec la trame des projets personnalisés afin de faciliter la mise en lien des perceptions des professionnels, des résidents et de leurs familles sur les mêmes items (alimentation, habillement...). Tous les projets personnalisés sont existants et renouvelés une fois par an. La participation du

résident, pour l'élaboration de son projet se fait en prenant compte de son niveau de compréhension et de sa faculté d'expression.

-Les outils de la loi 2002 -2 sont à l'œuvre, à noter que le livret d'accueil destiné aux personnes accueillies n'est pas réellement adapté. Des retours écrits des comptes-rendus des réunions des groupes de vie ou Conseil de la Vie Sociale (CVS) témoignent d'un défaut de compréhension de certains résidents. La volonté de l'association, et donc la mienne, est d'y retravailler afin de l'améliorer et de permettre une accessibilité pour tous.

-Les instances pour l'expression des résidents (CVS, Réunions de groupes de vie, commission repas) sont de plus en plus investies. A noter que le Conseil des Pairs pour la Bienveillance (CPB) n'est plus d'actualité depuis deux ans, faute de temps et de moyens humains. Il s'agit d'un lieu d'échange où se retrouvent de façon paritaire les résidents et les professionnels. Il a pour objectif de faire monter en puissance la préoccupation autour de la qualité de vie dans l'établissement.

-Face au devoir d'individualiser les accompagnements, l'institution peine à trouver un équilibre entre individuel et collectif. Les contraintes du collectif ne permettent pas tout le temps de privilégier les attentes et aspirations individuelles, ce qui peut entraîner des zones de tensions entre résidents ou résident et professionnel.

-Face aux orientations déclinées, en particulier, dans la loi du 11 février 2005 qui appellent à œuvrer davantage à l'inclusion des personnes en situation de handicap dans la vie sociale ordinaire ; il est désormais impossible de réfléchir uniquement en termes de places, car les politiques publiques et parfois les résidents eux-mêmes nous invitent à penser l'institution « hors-les-murs ». Maintenir les personnes accueillies dans une seule modalité résidentielle qui plus est sur un modèle uniquement collectif n'est plus acceptable.

Penser et décliner une approche qui valorisera l'autonomie dans la dépendance, amener tous les acteurs (professionnels, résidents et familles) à évoluer dans leurs propres perceptions et représentations de leur postures respectives sont des axes forts du projet managérial. De telles modifications culturelles et organisationnelles auront pour finalité un nouveau projet d'établissement conforme aux orientations des politiques publiques et du projet associatif.

-Face au schéma départemental

L'établissement s'inscrit dans le schéma landais en faveur des personnes vulnérables 2014-2020, de ce fait je dois nous engager dans les orientations citées dans la partie

1.2.2. Ainsi, je retiendrai essentiellement deux points :

- La nécessité d'optimiser l'organisation et le fonctionnement de l'établissement pour favoriser l'autonomie de chaque résident et l'inclusion sociale en adoptant des pratiques innovantes et diversifiées.
- Le soin : un besoin fortement émergent. Des difficultés d'accompagnement dans le soin par le personnel éducatif sont réelles. Le foyer n'a pas de personnel soignant. Or avec le vieillissement naturel des résidents et l'arrivée d'un public souffrant de troubles psychiques, le personnel proche au quotidien n'est ni formé pour les soins, ni même pour identifier les besoins. Une réflexion doit émerger concernant cette dimension. La recherche d'une meilleure coordination avec les partenaires. Des conventions avec l'hôpital spécialisé de Mont de Marsan et des services de soins à domicile ont été actées. Un partenariat plus souple et interactif entre le foyer et ces structures permettra de mettre en place des lieux de concertation et de codécision nécessaires à la continuité du projet de vie de la personne et de définir les rôles de chacun. Ce travail aura pour avantage d'accompagner les équipes vers une meilleure connaissance des partenaires et des besoins de soins.

Le travail en partenariat va nécessairement améliorer l'ouverture vers l'extérieur, cela permettra d'offrir aux résidents des réponses que l'établissement ne peut envisager à lui tout seul. Ainsi, réseaux et partenariats amélioreront l'accompagnement dans le champ de la santé, de la vie sociale et de l'accès à la citoyenneté.

Au regard de ces éléments, il m'apparaît indispensable de m'appuyer sur ces nouvelles orientations stratégiques déclinées pour impulser le changement des représentations sociales liées au handicap, les perceptions mêmes de chacun et favoriser de nouvelles logiques d'actions pour tendre vers un accompagnement relatif à une plus grande autodétermination des personnes.

1.2.4 Une population hétérogène aux attentes et besoins disparates

J'ai pris mes fonctions en janvier 2018. Afin d'optimiser mes connaissances sur la population accueillie et dans la perspective des investigations à réaliser dans le cadre du mémoire, j'ai rencontré chaque résident en individuel pour que chacun puisse me faire part de son histoire, ses ressentis sur la vie au foyer, ses attentes et besoins. J'ai

également analysé chaque dossier. Je participe, dans la mesure du possible, à la réactualisation de leur projet personnalisé.

Enfin, dans le cadre de ma prise de fonction, j'ai reçu chaque professionnel en individuel pour échanger sur leurs histoires professionnelles et leurs attentes.

Le foyer de vie accueille 46 adultes en situation de handicap mental et/ou psychique. En interne, l'appellation *résident* est le terme actuel retenu. Au départ, *résident* signifie « *personne qui réside dans un pays qui n'est pas son pays d'origine* »²⁵. Aujourd'hui, il a comme sens une personne qui vit ou est hébergée dans un lieu donné.

L'établissement est identifié par les résidents comme le lieu de vie dont la finalité est d'une part, la qualité de vie de chacun tout au long de son séjour, et ceci quelles que soient leurs difficultés, d'autre part de les rendre autonome et maintenir leurs potentiels afin qu'ils restent le plus autonome possible dans les actes courants.

A) Photographie et reflet d'évolution du public

Les personnes accueillies au sein du foyer de vie sont orientées par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées au regard de l'évaluation de leur dossier déposé auprès de la MLPH.

En lien avec des pathologies diverses, ces personnes présentent une altération de leurs capacités cognitives, ainsi que des difficultés dans l'exécution des actes essentiels de la vie et de la sphère relationnelle et sociale. Ces difficultés sont liées à une perturbation du fonctionnement mental sur le versant de la déficience ainsi qu'aux conséquences des troubles du comportement.

Les résidents sont des hommes et des femmes entre 24 et 65 ans. La mixité est équilibrée puisqu'il y a 24 hommes et 22 femmes. La moyenne d'âge est de 40,29 ans. La moitié des résidents a moins de 40 ans, et 15% ont plus de 50 ans. Les tableaux en annexe 2 présentent un récapitulatif des données ci-dessus.

Deux profils de personnes se distinguent :

- 41 résidents sont en situation de déficience intellectuelle.
- 5 résidents sont des personnes en situation de troubles d'ordre psychiatrique caractérisés associés à un déficit mental secondaire.

Globalement, les résidents vivent depuis longtemps aux Cigalons, 52 % de la population réside depuis plus de 15 ans au sein de l'établissement, pour certains le temps de présence atteint trente années. La liste d'attente est actuellement d'une vingtaine de

²⁵ CONSEIL SUPERIEUR DE TRAVAIL SOCIAL (CSTS), rapport 2015, *Refonder le rapport aux personnes* « *Merci de ne plus nous appeler usagers* », 184p, page 19

personnes, il y a peu de sorties du foyer de vie...donc peu d'admissions. A titre d'exemple, aucune sortie et aucune entrée n'ont été faite depuis 2 ans.

Selon l'étude de caractérisation faite par la psychologue et le médecin psychiatre, on constate 3 niveaux de déficience intellectuelle : 8 résidents ont un retard mental léger, 36 résidents ont un retard mental moyen et 2 résidents ont un retard mental profond.

Une proximité géographique avec les familles est recherchée afin de ne pas rompre ce lien, en effet 95 % des résidents sont originaires de la région Aquitaine dont 85 % du département des Landes.

Sur les 46 résidents : 43 sont des majeurs protégés.

Au foyer de vie, les résidents ont connu, pour 80% d'entre eux, un parcours institutionnel antérieur dans des institutions médico-sociales pour enfants, adolescents ou adultes. Les autres habitaient auparavant dans le milieu familial. En revanche, aucun n'a eu une expérience de vie en logement autonome, suivi ou non par un SAVS.

Quoi qu'il en soit, les perceptions qu'ils ont d'eux-mêmes, leurs comportements et agissements poussent les résidents à se laisser piloter et guider par les professionnels et le fonctionnement institutionnel. En témoigne ces deux expériences :

-Chaque groupe de vie est équipé d'un tableau central où l'organisation et le planning de la semaine sont affichés. Les professionnels ont mené l'expérience de laisser volontairement ce tableau sans inscriptions pendant un mois. Ils m'ont rapporté les faits : les résidents se sont sentis en difficulté. Ce manque de repères a bouleversé leurs habitudes et leurs agirs pour les gestes quotidiens.

-La deuxième expérience concerne l'organisation pour un séjour. Les résidents peinent à s'impliquer dans les choix des différentes étapes de sa préparation. Ils attendent les propositions des professionnels. Ce propos recueilli d'une éducatrice spécialisée lors d'une réunion d'équipe le confirme « *L'institution pense encore trop pour eux* ».

B) Des niveaux de dépendance et d'autonomie disparates

Cela se caractérise, pour les résidents avec un retard intellectuel léger ou moyen par des notions élémentaires d'hygiène, de sécurité, d'habiletés pratiques et manuelles. Ils sont également capables, certes de manière limitée, de verbalisation et d'échange, voire d'élaboration. Ils se différencient alors par un accès inégal à la représentation mentale et à la symbolisation, se traduisant d'abord par des difficultés voire des incapacités à accéder au raisonnement abstrait tel que le nécessitent l'arithmétique et la lecture. L'hétérogénéité des compétences est bien réelle. Certains résidents sont capables d'aller retirer de l'argent, d'autres d'aller à la bibliothèque, d'aller à la librairie ou tout simplement de se promener dans la commune. Par le passé, certains se rendaient parfois d'eux-

mêmes au cinéma. Pour d'autres résidents, la peur d'aller vers l'extérieur est exprimée, ils ressentent la nécessité et le besoin d'être accompagnés.

Les résidents avec retard intellectuel profond n'ont pas accès à cette représentation mentale et à la symbolisation. Cela se caractérise par un apprentissage systématique des gestes simples inhérents à la vie quotidienne.

Le vieillissement des plus anciens et une chronicisation des troubles de certains induisent une baisse des capacités d'autonomie, que l'on peut observer, entre autres, sur l'accès à l'hygiène, la participation aux tâches ménagères, la nécessité d'avoir plus de temps pour la prise en charge de leur quotidien, la difficulté de participer aux activités proposées parce que trop longues et trop techniques.

Globalement, les résidents ont des difficultés à investir un lieu ou une activité sans éducateur.

De nombreuses compétences et aptitudes sont développées dans le cadre éducatif, en revanche les questions de l'autonomie, de la prise d'initiative et prise de décision sont moins mobilisées. Si le fait de décider n'est pas spontané, des actions peuvent être mises en place pour favoriser cet accès à la décision. Par exemple, des programmes de cinéma pourraient être mis à disposition et commentés pour susciter l'envie de certains de s'y rendre.

C) Des besoins et des attentes diversifiés

Certains résidents sont en recherche d'une vie en cherchant l'inclusion dans le milieu ordinaire le plus rapidement possible. La compréhension de leurs droits de citoyen est parfois recherchée. Ces mêmes résidents souhaitent plus de liberté, travailler parfois en ESAT, vivre comme une personne ordinaire. Malgré l'abstraction de leurs propres difficultés liées à des compétences du quotidien non acquises ou des problèmes de relation sociale, ils ont le souhait de se voir proposer des activités pour apprendre, participer à des activités de vie sociale. Ils montrent un intérêt pour des projets qui favorisent la reconnaissance de ce qu'ils sont. Le désir d'accomplissement personnel et la volonté de mettre en avant l'expression de leurs choix, notamment avec un projet d'accès à un logement ordinaire, est réel. Des attentes sont clairement exprimées et s'inscrivent dans une volonté de s'affirmer et d'exister en tant que sujet citoyen. Les demandes sont les suivantes :

- « *Je veux la WIFI sur l'hébergement* »
- « *Je veux aller vivre seul à l'extérieur* »
- « *Je souhaite m'enfermer dans ma chambre la nuit pendant que je dors* »
- « *Je veux un chat dans le foyer* »
- « *Je veux la télé dans ma chambre* »

- « *Je veux dormir avec ma copine tous les soirs* »

Pour d'autres, l'institution est vécue comme maternante avec une visée protectrice.

- « *Je me sens bien ici, les gens sont gentils avec moi et c'est bien* »
- « *Je mange bien, je fais du sport, je suis content* »
- « *Ici, ça va, mais j'aime bien rentrer chez moi, dans ma famille* »

Avec l'avancée en âge, ils sont plus fatigables, certains sont de plus en plus isolés socialement du fait notamment du vieillissement ou de la disparition de leurs parents. Le foyer de vie et les professionnels deviennent leurs seuls repères, ils sont en demande d'avoir plus de temps consacré à leur personne. Aussi, leurs aspirations évoluent, ils peuvent exprimer une démotivation pour participer à certaines activités éducatives ou pratiques sportives. D'autres ont des besoins nouveaux, certains nécessitent davantage de suivis médicaux et de soins qu'auparavant. Le nursing, l'accompagnement au soin et prendre soin de soi, de son lieu de vie sont des temps essentiels et propices à des activités du quotidien. Leurs prises en compte sont à investir dans un futur proche.

Globalement, la nécessité de protection et d'accompagnement est sollicitée par la majorité des résidents pour permettre l'affirmation de leurs propres choix. Les besoins de sécurité sont pris en compte dans l'accompagnement.

En conclusion, cette cohabitation d'adultes, aux problématiques et exigences différentes, nécessite une évaluation fine et permanente des attentes et des besoins, entre l'individuel et le collectif, afin d'adapter une offre de service à la fois repérante et structurante d'une part et qui permet d'autre part, à chaque résident, quelle que soit son degré d'autonomie et de dépendance, de se réaliser dans l'accomplissement de soi à travers le développement des besoins psychologiques : besoin d'autonomie, besoin de compétence et besoin d'appartenance sociale.

1.2.5 L'offre de service unique construite sur un mode collectif

Né de la reconversion d'un centre de colonie de vacances, puis d'un IME et enfin un CATT, l'offre de service est fortement marquée par sa culture institutionnelle d'une part, et d'autre part, par une organisation et un fonctionnement sous-tendu par des logiques collectives qui ne facilitent pas l'individualisation des personnes.

Il y a un réel héritage d'une culture psycho-éducative, l'accompagnement est basé sur une conception pédagogique construite sur le monde des enfants. Les propos des résidents relatant leur vie au foyer révèlent l'importance accordée aux droits et aux devoirs, ceux-ci faisant l'objet d'une attention constante des professionnels.

- « *Après le petit-déjeuner, on a le droit de nettoyer notre chambre* »

- *« J'en ai un peu marre qu'on me donne des ordres et qu'on me commande, je suis un adulte et je voudrais vivre comme un adulte »*

Si ceux-ci sécurisent et apportent des repères, ils peuvent aussi s'ils sont trop prégnants être vecteurs d'immobilisme. En outre certaines sanctions, vécues comme des punitions peuvent avoir une dimension infantilisante. L'estime de soi et l'accomplissement personnel des résidents restent encore à mobiliser dans l'accompagnement au quotidien.

L'organisation et les pratiques d'accompagnement sont basées sur un fort impact des activités sportives et de la valeur travail. En effet, la particularité historique d'accorder une grande place au sport et à la compétition reste un objet de fierté pour les résidents. A travers le soutien de l'association sportive du foyer, initiée en 1991 par quelques professionnels, l'établissement bénéficie d'une ouverture vers l'extérieur importante. Le partenariat entre le foyer et le département, fortement engagé dans le domaine du sport adapté, démultiplie les possibilités de sorties, de séjours, de rencontres extérieures. Ces activités ont de fait un fort potentiel de valorisation, d'entretien des capacités des résidents et d'inclusion sociale. Le référentiel travail, hérité des origines du CATT, imprègne encore les pratiques. Une partie des activités sont d'utilité sociale et monétaire.

Des activités valorisant la dimension de citoyenneté et de participation à la vie du village, comme l'entretien des espaces verts du camping ou le nettoyage des plages, ne sont plus d'actualité. Or, ces activités étaient le support d'une socialisation avec les habitants et les touristes pendant la période estivale. L'offre de service doit être repensée ainsi pour réinvestir ces espaces, vecteurs de reconnaissance et d'enrichissement auxquels sont attachés tant les résidents que les professionnels, et pour faciliter une personnalisation de l'accompagnement très appréciée des résidents.

L'architecture des lieux n'est guère compatible avec la symbolique du « chez soi » pourtant indispensable à ces résidents qui habitent là, la quasi-totalité du temps.

Le foyer de vie occupe une grande maison ancienne et des bâtiments sur deux hectares appartenant à la Fédération des Œuvres Laïques. Les chambres disposées sur deux ailes et deux étages forment quatre espaces de vie distincts, appelés aujourd'hui groupes de vie. Si les chambres sont assez confortables et grandes, les espaces communs sont trop petits. Les groupes de vie sont peu séparés les uns des autres incitant à la circulation libre de l'un à l'autre, ce qui rend difficile la différenciation de ces quatre lieux de vie souhaitée par les professionnels. L'aménagement de ces espaces en outre rend plus difficile la création d'espaces et de temps intermédiaires entre le collectif et l'individuel.

Il existe un lieu collectif de 50 m² peu utilisé et peu attractif par son aménagement et décoration. Son emplacement au cœur du domaine est un potentiel à valoriser afin d'investir cet espace pour des projets d'animation diverses.

La localisation du foyer de vie au centre de la commune est une ressource pour développer ou maintenir l'autonomie et l'inclusion sociale des résidents. Ainsi, l'établissement a une belle ouverture sur l'environnement à travers son implantation géographique et un partenariat existant riche et diversifié. Ce dernier pourrait être encore développé à travers de nouveaux projets où les résidents gagneraient en autonomie, en participation et en développement de leurs individualités en étant acteur de leurs choix de vie.

L'établissement est en recherche permanente d'équilibre entre l'accompagnement individuel et la complexité du collectif. La vie en collectivité peut être pesante notamment en raison de la taille des groupes qui permet difficilement aux personnes ayant moins de facilité d'expression d'y être reconnues. Les activités de la semaine reposent sur des attentes individuelles croisées avec des propositions institutionnelles pluridisciplinaires. Elles prennent peu en compte les affinités électives des résidents, privilégiant la prise en compte des incompatibilités de caractères ou de pathologie dans la formation des groupes. Un travail sur des activités individuelles ou en plus petit groupe est souhaitable pour favoriser la dynamique participative de tous les résidents.

Des plannings d'activités, décidées par l'équipe éducative, sont mis en place pour les matins et les après-midis de semaine, avec cette notion d'engagement de participation. Toutefois, depuis peu, quelques résidents peuvent prendre le temps le matin hors activités. Cela questionne, en effet, la notion de libre choix et fait donc référence à des modèles d'accompagnement établis sur le droit du choix, de l'autonomie et de l'autodétermination de chacun.

L'individuation des personnes est rendue difficile du fait de la vie en collectivité qui vient homogénéiser les personnalités, les potentiels et les représentations qu'ils ont d'eux-mêmes. Une vigilance est nécessaire afin d'éviter un oubli de soi ou bien la quasi-impossibilité de se construire comme une personne singulière et autonome.

Développer par petits groupes ou en individuel des ateliers à dimension expressive ou favorisant l'apprentissage (gestion de l'argent, organisation des vacances, gestion des courses...) viendrait soutenir les individualités et permettre des espaces de « liberté ».

Aujourd'hui, les règles institutionnelles sont identiques pour tout le monde, ce modèle unique (même rythme de vie, mêmes manières de vivre ensemble) ne permet pas de répondre aux attentes et besoins diversifiés en matière de qualité de vie, ni aux objectifs

des lois 2002 et 2005 et aux nouvelles orientations qui valorisent les droits, l'autodétermination et le pouvoir d'agir des personnes accueillies.

En conclusion, des limites de cette offre de service construite sur un mode repérant, structuré et collectif se font ressentir. Du fait d'un vivre ensemble parfois oppressant, des tensions intracommunautaires, des comportements individuels, voire collectif, exprimés parfois sur un mode d'auto ou d'hétéro-agressivité, sont de plus en plus fréquents (relevés sur des fiches incidents).

1.2.6 Des équipes en recherche de cohésion

Le foyer de vie est composé d'une équipe éducative de 15 personnes qui se répartissent comme suit : 1 chef de service (1 ETP), 4 éducateurs spécialisés (3,5 ETP), 7 moniteurs éducateurs (6,25 ETP), 2 AMP (2 ETP) et 1 moniteur éducateur (1 ETP).

Depuis la création des deux FAM en 2011, des services transversaux sont attribués aux trois établissements : les services médicaux, les services généraux, le service administratif, un adjoint de direction, un directeur.

La répartition des équipes par métier est présentée sous forme d'un organigramme²⁶ qu'il conviendrait de réactualiser.

Le personnel féminin est majoritaire à hauteur de 83 % de l'effectif global.

Au foyer de vie, 75% du personnel éducatif a plus de 15 ans d'ancienneté et 50% des professionnels ont plus de 25 ans d'ancienneté²⁷. Le turn-over est faible. Le contexte politico-économique, peu générateur d'emploi, fait de l'établissement un employeur convoité. Certains professionnels (essentiellement du service éducatif) ont connu l'établissement quand celui-ci était un IME. C'est donc une équipe qui connaît les résidents et leurs familles depuis longtemps. La moitié des professionnels n'a connu que le site des Cigalons comme employeur. Les formations en cours d'emploi leur ont alors permis d'accéder à une professionnalisation. Depuis, d'autres professionnels ont intégré l'équipe avec un regard nouveau, des expériences variées auprès de publics différents.

Les représentations se sont ainsi modelées par des pratiques historiques construites sur une logique de protection prédominante, proposant des solutions d'éducation, d'hébergement, de réadaptation qui avaient et ont encore pour objet d'aider, soutenir, répondre aux besoins des personnes, mais aussi à ceux de leurs familles. Nous avons constaté que l'offre de service, induite par l'histoire et la culture institutionnelle et portée

²⁶ Annexe 3 : organigramme du foyer de vie

²⁷ Annexe 3 : répartition des RH

par les différents métiers, présente aujourd'hui certaines limites pour répondre aux nouvelles attentes et aspirations des résidents, aux orientations associatives et des politiques publiques. En effet, une réflexion autour de nouveaux métiers, comme un poste d'animateur et d'aide-soignante, au sein de l'équipe du foyer de vie pourrait être intéressante pour améliorer la qualité d'accompagnement des résidents.

L'étude de l'ensemble des documents afférents à la question sociale de l'établissement m'a permis d'analyser un taux d'absentéisme relativement faible (3%) et constant sur les cinq dernières années. Les données sociales sont correctes : le nombre d'accidents de travail et de maladies professionnelles sont en nette diminution depuis 2 ans. Au travers des questions posées dans le droit d'expression, je peux affirmer que le climat social est serein.

Je ne relève pas de conflits avérés entre salariés. Toutefois, au cours des entretiens menés en individuel avec chaque professionnel ou lors d'échanges informels, je note une perte de cohésion et une baisse de motivation au sein des équipes. Selon les propos recueillis des professionnels et l'observation des modes d'intervention repérés, ils ne se sentent plus investis comme ils l'étaient par le passé. Chacun agit de manière plutôt singulière, des projets d'accompagnement éducatifs émergent de façon éparse. J'ai également constaté que l'équipe éducative intervient de façon indifférenciée auprès des résidents durant les temps d'accompagnement.

D'autre part, les professionnels bénéficient d'une analyse de la pratique par un intervenant extérieur à hauteur de huit séances par an. Cette démarche réflexive et participative contribue à la prévention des Risques Psycho-Sociaux (RPS) et à la Qualité de Vie au Travail (QVT).

1.3 Présentation des écarts entre l'offre de service, les attentes et besoins des personnes accueillies et les politiques publiques

1.3.1 La difficulté à positionner le résident en sujet adulte acteur de sa vie

Cette difficulté émane de deux positionnements :

- celui des résidents et de la perception qu'ils ont d'eux-mêmes.

Ils sont depuis leur plus jeune âge habitués à se conformer à des logiques sociétales, institutionnelles et familiales de l'ordre de la charité, de la protection, de la dépendance. Il faut construire des conditions pour leur permettre de surmonter la difficulté de ne pas être comme les autres, pour penser une nouvelle logique d'accompagnement qui consiste à créer les conditions d'accès de la personne à ses propres ressources. Par accompagnement, il faut entendre la mise à disposition de ressources permettant à la personne de soutenir et concrétiser sa volonté d'avancer, de faire évoluer sa situation,

selon la voie qu'elle a choisie et collaborer avec elle. Dans cette dynamique participative, et dans une logique de co-construction avec professionnels et familles, nous devons leur donner l'envie d'être autonome, transformer cette envie en pouvoir et leur donner les capacités à décider et à apprendre à être le plus autonome possible.

- celui des représentations sociales et des pratiques professionnelles qui ne facilitent pas le statut de sujet citoyen, sujet adulte capable de faire des choix malgré ses difficultés. Par bienveillance, les professionnels *pensent et décident* encore trop pour eux. « *Changer de langage, changer de regard, changer d'attitude, partager avec toutes les différences, c'est aussi peut-être revoir nos fondamentaux, sans remettre en cause la société mais en sachant la faire évoluer* »²⁸, ces idées se corrélaient alors avec celles inscrites dans le rapport du Conseil Supérieur du Travail Social²⁹ sur le fait de valoriser les pratiques professionnelles en s'appuyant sur les compétences des personnes accueillies en leur accordant une réelle position d'acteur de leur projet.

1.3.2 Les limites d'un modèle unique au regard d'une population hétérogène

Il s'agit de repérer les tensions, de les analyser et de trouver des solutions permettant de gérer la complexité du collectif, tout en étant le plus attentif possible aux attentes et besoins singuliers de chaque résident. Trouver le juste équilibre entre individuel et collectif induit une régulation des fondements de l'accompagnement en interne et en externe, en agissant sur divers leviers :

- l'adaptabilité de la règle à la singularité des individus
- le développement d'une logique partenariale afin de proposer une palette d'interventions et des savoir-faire autres qu'en interne. Un travail collaboratif avec les familles et des personnes externes, professionnels ou non-professionnels de l'action sociale, renforce cette dynamique de participation et de mutualisation pour pouvoir répondre à une multitude d'attentes et besoins d'accompagnement.
- l'ajustement d'une organisation de travail qui améliorerait l'individualisation et renforcerait le statut de sujet décideur de son projet de vie.

1.3.3 Un projet d'établissement qui gagnerait à être plus fédérateur

Outil porteur de sens, « *il a vocation à constituer la pièce d'identité de l'établissement ; à lui servir de support promotionnel et de communication ; à permettre le contrôle et l'évaluation des prestations servies ; à fédérer l'ensemble des professionnels et à faciliter le pilotage de l'établissement* »³⁰. Je projette d'instaurer un management participatif, où

²⁸ *Ibid.*, page 50

²⁹ Rapport : *Fonder le rapport aux personnes* « *Merci de ne plus nous appeler usagers* »

³⁰ BECKER J.-C., BRISSONNET C., LAPRIE B., et al., 2004, *Projet d'établissement Comment le concevoir, comment le concevoir*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 183p, page 34

responsabilisation et liberté de parole seront les mots d'ordre. Dans cette dynamique participative, la réactualisation sera un travail collectif, il est de ma responsabilité, selon l'article L.3315-17 du CASF, de veiller à la mise en œuvre et à la rédaction finale du projet d'établissement. Celui-ci intégrera les nouvelles attentes et besoins des usagers, les nouvelles pratiques déployées, les axes stratégiques et les actions à déployer.

Il s'articulera avec les orientations des politiques publiques d'action sociale, les politiques locales, en cohérence avec le projet associatif de l'ALGEEI. Il prendra comme support les résultats de l'évaluation interne réalisée en 2017 ainsi que les RBPP de l'ANESM.

Finalement, la réactualisation du projet d'établissement sera la finalité et la résultante de mon projet managérial que je souhaite mettre en place. Les modifications seront telles au niveau de la culture institutionnelle, des représentations, des perceptions, des pratiques, que le projet d'établissement ne peut pas rester en l'état.

1.4 Synthèse de la première partie -Problématique

La présentation des écarts montre la nécessité d'aller encore plus loin pour tendre vers une offre de service porteuse d'une volonté perfectible.

En référence avec les écarts relevés, mon questionnaire est le suivant :

- Comment les professionnels peuvent-ils faire évoluer leurs pratiques et leurs regards pour que l'institution devienne un « support » à l'émancipation des parcours de vie des résidents en développant les compétences et capacités singulières ?
- Dans quelle mesure une personne déficiente intellectuelle peut-elle adopter des comportements autodéterminés ou est-ce que l'environnement, tel qu'il est organisé, ne permet pas l'émergence de ces comportements autodéterminés ?
- Comment accompagner les personnes accueillies pour les amener à développer des capacités pour exercer un pouvoir sur leur vie pour des petites choses comme pour des grandes choses ?

Le questionnaire m'amène à poser ma problématique suivante :

Comment promouvoir la participation et l'autonomie des personnes en situation de handicap mental et psychique d'un foyer de vie ?

Mon approche théorique se décline autour de 2 axes :

- Le premier axe de recherche repose sur une nécessité d'aller plus loin pour viser une meilleure citoyenneté, pour promouvoir la participation et l'émancipation des résidents au quotidien. Je m'appuierai ainsi sur ces concepts et sur **la théorie de l'autodétermination.**

- Le deuxième axe de recherche repose sur la nécessité, pour tous les acteurs du foyer, de prendre en compte les enjeux relatifs à ce projet. Je m'appuierai sur la **théorie du changement**.

L'hypothèse opérationnelle va s'articuler autour de 3 axes stratégiques :

- **Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement**, par la mise en place d'une formation issue de la démarche GPEC, basée sur une dynamique de co-construction et de réorganisation de l'accompagnement au quotidien.
- **Promouvoir l'émancipation des personnes accueillies**, par la sensibilisation des résidents à l'autodétermination, par des temps individuels et espaces d'expression en petits groupes, par le développement de lieux de vie intermédiaires.
- **Développer une ouverture avec et sur l'environnement extérieur par une stratégie partenariale plus soutenue**

Ces actions auront pour finalité une réactualisation du projet d'établissement dont les objectifs d'accompagnement seront axés sur une plus grande participation des résidents, l'apprentissage de l'autonomie et une autodétermination, aussi petite soit-elle. Ainsi notre institution deviendra un support à l'émancipation des parcours de vie des résidents en développant les compétences et capacités singulières des résidents.

2 Un changement nécessaire au bénéfice d'une meilleure citoyenneté

Au cours de mes différentes lectures, l'usage des termes sémantiques désignant la personne en situation de handicap a fluctué dans le temps. Cette terminologie traduit souvent les représentations sociales d'une époque et des professions. Face à cette hétérogénéité d'appellations, il me paraît intéressant d'analyser la sémantique des termes suivants :

- La figure du *citoyen* ne se définit pas uniquement d'un point de vue juridique et politique. Elle se définit comme une participation à la vie de la cité. Nous aborderons ce concept dans la deuxième partie du mémoire.
- Le mot *acteur* a plusieurs significations. Nous retiendrons le terme acteur « *comme une entité sociale (individu, groupe, associations...) dotée d'une capacité d'acteur propre (il est opérateur), autonome et possédant une compétence intentionnelle stratégique de nature à influencer les autres acteurs* »³¹. On dit être acteur de sa vie, c'est-à-dire la capacité de décision-action et son impact sur l'environnement.
- Enfin, le terme *client* a pris un sens en référence à une relation marchande. Les professionnels de l'action sociale s'y sont opposés par crainte d'y voir des critères de rentabilité, déplorant l'entrée des logiques du clientélisme et de l'économie des services.

Cependant, le terme client est à nouveau utilisé, pour signifier la personne dans sa globalité, dans sa personnalité et dans ses interactions avec son environnement.

Pour Marie-Agnès Roux, « *il traduit un renversement de la conception classique des institutions du travail social : le client devient roi, il n'est plus captif ... il a la possibilité de faire un choix de façon plus éclairé* »³².

Plus récemment, lors d'une réunion à l'Assemblée nationale, Noémie Nauleau, jeune femme représentant sa propre personne en situation de handicap, a défini sa conception du mot client : « *Etre client, pour une personne handicapée, c'est sa capacité d'être le décideur de tous les actes qui la concernent* »³³.

³¹ *Ibid.*

³² ROUX M.-A., Novembre / Décembre 2002, « Promouvoir la place de l'usager. D'une vision mécaniste des professions du social vers un accompagnement moderniste et politique du citoyen », *Les cahiers de l'actif*, N°318-319, pp. 137-148, page 141

³³ JACOB P./ éd., 2016, *Il n'y a pas de citoyen inutiles*, Malakoff : Dunod, 304p, page 19

Ces trois définitions, non exhaustives, montrent l'individu social avec toute l'ambiguïté des désignations sociales et la dérive des pratiques des professionnels au regard d'une mission initiale.

Aujourd'hui, l'évolution des mœurs et les nouveaux modes d'accompagnement nous amènent à concevoir les personnes en situation de handicap, non plus comme un simple objet de l'intervention sociale, mais comme un acteur et un partenaire.

Nous avons pu mettre en relief, dans la première partie, que nos représentations sociales, notre pratique clinique et notre fonctionnement ont tendance à nous positionner du côté de ceux qui savent, et les résidents plutôt positionnés du côté de ceux qui ne peuvent pas, ceux qui ne savent pas. Un changement de nos représentations et nos postures s'impose à nous et nous pousse à entamer une réflexion sur un nouveau regard à porter sur les résidents et de nouvelles pratiques d'accompagnement.

Désormais, la tendance est à l'expression, par la personne concernée, de son projet de vie qui doit permettre la plus grande cohérence possible entre d'une part, ses aspirations, ses ressources et ses capacités, et d'autre part, les aides et accompagnements qui lui sont proposés.

L'accompagnement de la personne en tant que « sujet responsable » et « sujet de droit », sous-tendu par une dimension de protection et de gestion de prise de risque, doit continuer à œuvrer pour contribuer à l'autonomisation des personnes accompagnées.

Dans cette deuxième partie, nous aborderons ainsi les concepts de participation et d'autonomie, qui renforcent la dimension de citoyenneté. J'explorerai aussi la théorie de l'autodétermination autour de l'approche de Wehmeyer. Enfin, pour éclairer la mise en œuvre des orientations de mon projet managérial autour de l'exercice effectif du libre choix et de la promotion de personnes plus autodéterminées, nous allons explorer le processus du changement tant d'ordre culturel que technique afin d'élargir le cadre de notre expérience.

2.1 L'importance d'une réflexion pour accompagner les personnes vers une plus grande autodétermination

Utilisés à tort comme synonymes, participation, autonomie, indépendance, autodétermination comportent des nuances. Le sens des mots permet de donner du sens à l'action, ainsi il est pertinent de clarifier ces notions.

2.1.1 La participation : un gage pour la citoyenneté des personnes accompagnées

A) La participation des résidents

J'ai constaté, en première partie, que de nombreuses instances d'expression et participatives existaient au foyer : conseil de la vie sociale, commission des repas, réunion d'expression des groupes de vie. Pour autant, l'équilibre entre accompagnement individuel et accompagnement collectif est mis en tension. Il convient alors de valoriser et capitaliser les travaux engagés autour du registre de la participation collective (à travers des groupes d'expression ouverts à tous les résidents), autour du registre relatif au pouvoir d'initiative (à travers des groupes d'organisation d'activités, internes ou externes), celui de la participation et de l'expression individuelle (notamment à travers des enquêtes de satisfaction) et enfin autour du registre de la démocratie représentative (à travers le Conseil de la Vie Sociale). Je me suis interrogée : dans un but d'améliorer la qualité de l'accompagnement, les résidents se sont-ils réellement saisis de la place qui leur a été faite par la loi ? Leur participation n'est-elle pas perçue, y compris par eux, comme une contrainte ? En effet, pour exemple, il ne suffit pas de participer à un Conseil de la Vie Sociale pour que le résident, représentant d'un groupe, soit en capacité d'y prendre sa place.

L'accompagnement signifie une relation de proximité, de confiance ; mais ce terme induit aussi l'idée que le professionnel est « à côté », disponible si besoin mais dans un rapport interpersonnel « égal ».

M'appuyant sur la recommandation de l'ANESM sur le sujet³⁴, la définition de la participation et de l'expression des usagers est la suivante :

- ✓ Expression d'une opinion, d'une préférence dans le cadre de l'institution
- ✓ Participation à la prise de décision qui concerne la personne accompagnée

Plusieurs niveaux de participation peuvent ainsi être distingués :

- L'expression et la communication : il s'agit de l'affirmation de soi par la prise de la parole, sans craindre de préjugés de cette action.
- La consultation : il s'agit de susciter des discussions et donc d'obtenir des éléments avant qu'une prise de décision soit posée.
- La concertation : il s'agit d'associer les personnes dans la recherche de solutions communes.
- La co-décision : il s'agit de viser le partage de la décision pour parvenir à un accord commun.

³⁴ Recommandations de l'ANESM, 2008, *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion*, 36p, page 12

Participer ne peut pas être une injonction, mais plutôt une proposition. Il s'agit de l'exercice d'un droit, ainsi il existe également le droit à la non-participation ; de cette façon, par l'affirmation du « non », le pouvoir d'agir de la personne commence à émerger. Cette approche démocratique de la participation ouvre à l'exercice de la citoyenneté et permet l'avènement de la figure du citoyen.

La finalité ultime du bien-fondé de la participation est le pouvoir que la personne accueillie acquiert sur sa propre vie et son environnement. Elle est un outil de la constitution de cohésion sociale au sein du groupe³⁵. Selon l'intervenant, le travailleur social est convoqué pour permettre à la personne d'acquérir de l'autonomie, de réaliser son indépendance et ainsi d'élaborer et mettre en œuvre son projet individualisé. L'accompagnement individuel est le support privilégié dans la relation d'aide. La notion de projet personnalisé d'accompagnement se retient car elle se complète d'une référence à un groupe d'appartenance où « *la dimension collective est fondamentale pour la construction d'un individu : le sentiment d'appartenance à un groupe, l'identification à des pairs, l'expérience du conflit, de la rivalité, de la négociation, de la solidarité...* »³⁶. A condition que le groupe permette à chacun de se différencier.

Promouvoir une meilleure participation des usagers découle d'une réelle volonté institutionnelle. Une réflexion sur ce concept et l'élaboration des pratiques prenant en compte cette participation des personnes accueillies doivent émerger de l'ensemble de l'équipe. En effet, « *participer demande de comprendre et, parfois, pour comprendre, il faut être accompagné* »³⁷, en cela « *il appartient aux professionnels, compte-tenu de la spécificité de la population accueillie, de mettre en place les conditions de cette indépendance afin de tenter de s'approcher de la vérité, de cette adéquation à la réalité profonde de la situation, afin que le service rendu corresponde aux besoins, aux aspirations et aux droits légitimes d'usagers citoyens* »³⁸.

B) La participation des salariés

Cette notion de participation ne doit pas être juste associée aux usagers, il convient également de considérer celle des professionnels. Il s'agit alors de mettre en place des processus d'apprentissage de compétences en partant d'un postulat de base : les personnes accueillies ont des compétences, des opinions, des analyses sur la

³⁵ Propos recueillis de ELICHERY J.-D., lors de son intervention sur la participation, dans le groupe d'analyse de pratique de directeur, IRTS Nouvelle-Aquitaine, promotion CADFES 2016

³⁶ HUMBERT C./éd., 2001, *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?* PARIS : Edition L' Harmattan, 285p, page 152

³⁷ JACOB P./ éd., 2016, *Il n'y a pas de citoyen inutiles*, Malakoff : Dunod, 304p, page 265

³⁸ VENTELOU D., 2006, « L'action sociale comme propédeutique de l'exercice démocratique », *Empan*, n°64, pp. 46-53, page 49

citoyenneté, la solidarité. Ces processus d'empowerment³⁹ partent des préoccupations des personnes, passent par des phases d'engagement et de réserve, avec des résultats incertains, voire incontrôlables. Promouvoir la création d'espaces où les personnes seraient amenées à affirmer un point de vue, à s'affirmer, à confronter des arguments, à négocier n'est pas anodin institutionnellement et ouvre la gestion du pouvoir des zones d'incertitudes (selon Crozier) et des espaces du possible tel que l'évolution du regard porté par les professionnels sur les capacités des personnes accueillies.

Pour mener à bien cette dynamique, il est de ma responsabilité de promouvoir une méthode de management dite participative et d'utiliser les outils en référence à ce management tels que le développement de l'implication des salariés dans la stratégie ou la participation aux prises de décisions. La finalité de ce management sera d'affirmer l'art de gérer les relations humaines et organisationnelles (par la reconnaissance des individus dans leur travail et une meilleure estime d'eux), de laisser aux collaborateurs un certain pouvoir de proposition et de développer l'intelligence collective, tout en gardant bien en tête la mission finale de l'action sociale, qui vise l'inclusion des personnes dans la société.

C) La participation de tous les acteurs du foyer de vie

Notre devoir est bien de continuer d'accompagner les résidents dans l'accession à la citoyenneté, les accompagner à faire des choix, et appréhender les moyens de vivre ses choix. Par citoyenneté, il faut entendre « *la citoyenneté ne se définit pas uniquement d'un point de vue juridique par la possession de la nationalité française et de ses droits civils et politiques. Elle se définit aussi comme une participation à la vie de la Cité* »⁴⁰.

Ainsi, l'enjeu actuel consiste à créer des espaces de débat libre et de responsabilité pour un apprentissage de la démocratie et de la citoyenneté au quotidien.

S'appuyer sur un langage commun instauré au fil du temps passé sur la dimension de participation et définir ensemble son niveau souhaité au sein de l'établissement est un axe fort pour développer une offre de service orientée vers l'apprentissage de l'autonomie et le développement de l'autodétermination des résidents du foyer de vie.

Les postures professionnelles doivent donner place aux initiatives des personnes, les soutenir dans ce positionnement. La participation effective des résidents ne peut être réalisée sur la seule base d'un changement des postures des professionnels.

L'organisation et le management doivent aussi être interrogés. Justement, l'organisation au quotidien est plutôt descendante, il revient le plus fréquemment aux résidents de

³⁹ To *empower* signifie autoriser ou habiliter quelqu'un à faire quelque chose

⁴⁰ JANVIER R., MATHO Y., 1999, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, contexte, pratiques, enjeux*. Paris : Dunod, 206p, p96

s'adapter aux services et non l'inverse. En cela, la participation effective des résidents à l'élaboration de l'offre de service induira le développement des capacités et de l'autonomie, pour devenir auteur et acteur de leur projet de vie.

2.1.2 L'autonomie

A) Définition de l'autonomie et l'indépendance

Conformément à la Classification internationale des handicaps (CIH, 1980), l'autonomie est la capacité de décider, de choisir l'orientation de ses actes et les risques que l'on est prêt à courir pour les assumer.

Une autre acception possible, selon le philosophe Emmanuel Kant, est la capacité de se donner à soi-même ses propres lois⁴¹. L'autonomie est d'agir de soi-même.

Il l'oppose à l'hétéronomie qui est le caractère de la volonté quand elle se détermine en fonction de principes extérieurs à elle-même.

L'indépendance se réfère, pour sa part, à la capacité à effectuer sans aide les activités de la vie courante et donc d'agir par soi-même.

Globalement, je retiendrai que l'autonomie est la capacité de « penser l'action », elle relève du domaine de l'intellectuel, cognitif et affectif. Elle est de l'ordre du « vouloir », comme faire le choix de ne plus participer à une activité ou le choix de vivre en appartement autonome.

Alors que l'indépendance est la capacité à « faire l'action », elle relève du domaine neurosensoriel et moteur, elle est de l'ordre du « pouvoir », comme prendre le bus ou aller au cinéma.

Il est nécessaire de faire la distinction de ces deux notions, « *l'autonomie ne se confond pas avec l'indépendance, et l'on peut être autonome (dans une certaine mesure) tout en étant dépendant* ». ⁴² Et inversement, une personne peut être indépendante sans être réellement autonome.

Par rapport à mon questionnaire central, mon intérêt, en lien avec l'approche théorique, est bien de savoir comment préserver ou acquérir de l'autonomie chez des personnes en situation de handicap mental ?

Il ne s'agit pas de décréter que les gens doivent être autonomes mais de faire en sorte qu'ils puissent le devenir. L'autonomie est impossible sans liberté, toutefois elle implique un cadre, une organisation et des responsabilités. Elle exclut les relations de sujétion et de contrainte à autrui, en revanche elle n'exclut pas les relations d'aide. Que ce soit à penser ou à mettre en actes, l'autonomie n'est pas chose aisée. Il est indispensable que

⁴¹ Définition autonomie/ hétéronomie, [visité le 25.06.2018], disponible sur internet : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Heteronomie.htm>

⁴² JACOB P./ éd., 2016, *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Malakoff : Dunod, 304p, page 12

la recherche d'autonomie soit une pratique continue, même dans les plus petits gestes de la vie. Pour choisir, pour décider, cela nécessite des capacités intellectuelles. Ces capacités et compétences sont à considérer et à évaluer. Pour devenir autonome, il faut savoir discerner ce qu'on peut réaliser seul, et ce qui nécessite l'aide d'autrui.

« L'autonomie, ça s'apprend. J'apprenais à demander ce dont j'avais besoin, à exprimer mon désaccord, j'apprenais à me positionner comme adulte responsable »⁴³. Apprendre, c'est essayer des choses, c'est prendre des risques, expérimenter, avoir confiance pour expérimenter et donc de faire des erreurs.

« Par ailleurs, exprimer ses envies et ses attentes requiert des ressources naturelles qui ne vont pas de soi. Le regard social, l'expérience de stigmatisation et de discriminations, vécues depuis l'enfance, le fait d'être aidé dans les actes de la vie quotidienne ou encore les problèmes de communication et la solitude peuvent marquer la personnalité dans le sens d'une faible estime de soi »⁴⁴

Etre autonome, gagner en autonomie aussi petite soit-elle, constitue un défi majeur autant qu'un formidable moteur de vie. Ce chemin vers l'autonomie fait de la personne accompagnée un sujet placé dans une dynamique de progression, renforçant son estime de soi, et sa force de vie. L'idée est que les personnes ont le droit à l'autonomie, à travers le contrôle sur leur vie, basée sur la capacité et la possibilité de prendre des décisions et de réaliser des activités quotidiennes, et ce quel que ce soit le niveau des difficultés d'apprentissage. Il convient de retenir que l'autonomie est une notion philosophique qui signifie pouvoir garder le contrôle de sa vie, faire des choix, accepter des contraintes, être un citoyen.

B) Entre protection et autonomie, les dilemmes de l'accompagnement

La tension entre protection et autonomie est réelle. Est-il possible de protéger tout en favorisant l'autonomie ? Fonder l'intervention sociale sur les aspirations, demandes et attentes des personnes est un engagement à soutenir pour améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées. Tout ne sera pas possible, tous les objectifs ne seront pas atteints, mais l'objectif est bien de ne pas se substituer à la personne aidée, se percevoir comme *faire avec* plutôt que *faire pour*, *« œuvrer au déploiement du potentiel et à la mise en œuvre des aspirations de la personne aidée, donne sens au travail effectué et participe à l'amélioration de la qualité de vie des personnes aidées par le fait de retrouver une certaine maîtrise de leur existence »⁴⁵.*

⁴³ *Ibid.*, page 19

⁴⁴ *Ibid.*, page 174

⁴⁵ CONSEIL SUPERIEUR DE TRAVAIL SOCIAL (CSTS), Rapport 2015, *Refonder le rapport aux personnes* « Merci de ne plus nous appeler usagers », 184p, page 58

Il est nécessaire de former les acteurs de l'accompagnement à l'élaboration de l'autonomie. Il faut donner envie de favoriser et faciliter l'autonomie de toutes les personnes accueillies par un accès, un accompagnement et une adaptation à chacun. Nous pouvons ainsi chercher de nouvelles idées, nous renseigner sur des pratiques innovantes, rencontrer des partenaires et solliciter leurs points de vue, créer, inventer et innover. Pour cela, il y a également des prérequis nécessaires à considérer comme indispensables : du respect, du temps et de la concertation.

C) Au foyer de vie

Toutes les démarches en faveur de l'apprentissage de l'autonomie, du développement du pouvoir d'agir⁴⁶ et de l'autodétermination sont à encourager. Inspirée par l'expérience des pays voisins comme les Pays scandinaves, la Suisse ou le Québec, cette approche du pouvoir d'agir est venue interroger les fondamentaux du travail social, bousculer les postures professionnelles (prévention, responsabilisation, engagement individuel et collectif, distance et participation) et modifier les rapports de pouvoir entre professionnels et usagers.

Or, comme je l'ai évoqué en première partie du mémoire, la culture institutionnelle, les représentations, les postures, les perceptions de chacun peinent à favoriser une émancipation réelle des résidents en raison de logiques collectives et de postures de protection qui ne facilitent pas l'apprentissage de l'autonomie personnelle.

Des actions envers les résidents peuvent ainsi être proposées comme la formation, l'information, les groupes de paroles, des jeux de rôles, soutien par des pairs. Ainsi de nouvelles stratégies sont à inventer pour donner à chacun l'expérience de réussite, pour renforcer les aptitudes à communiquer, améliorer les compétences dans divers domaines, savoir faire des choix.

Dans la perspective d'un apprentissage de l'autonomie et de l'autodétermination, cela présuppose qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème individuel lié au handicap de la personne, mais aussi d'une problématique liée aux obstacles physiques, environnementaux, sociétaux que génère notre société. L'approche de la problématique de l'autonomie doit par conséquent pouvoir prendre en compte aussi bien les facteurs personnels qu'environnementaux. Les travaux réalisés autour du modèle de Processus de Production du Handicap, tout comme la Convention internationale relative aux droits

⁴⁶ Défini comme le processus dynamique et interactif entre la personne et son environnement, par lequel la personne apprend à devenir de plus en plus acteur de ce qui concerne sa propre vie.

des personnes handicapées⁴⁷, constituent un point d'appui et nous renseignent sur l'état du droit dans notre époque actuelle.

D) Le modèle Processus de Production du Handicap

Le modèle théorique d'approche sociale intitulé Processus de Production du Handicap⁴⁸ (PPH) est d'origine québécoise. Cette approche environnementale offre des perspectives novatrices dans l'accompagnement social des personnes en situation de handicap. Le PPH montre que nos habitudes de vie sont le résultat de notre identité, de nos choix, de nos capacités et incapacités, mais également des caractéristiques de notre milieu de vie. Ainsi cette réalisation peut être influencée par le renforcement de nos aptitudes et la compensation de nos incapacités par la réadaptation, mais également par la réduction des obstacles dus, par exemple, aux préjugés ou manque d'aide et de ressources.

Le PPH est donc un modèle positif qui ne place pas la responsabilité du handicap sur la personne. Ce modèle confirme bien de travailler sur l'environnement de vie au regard des capacités des résidents pour les amener vers plus d'autonomie, composante incontournable de l'autodétermination.

2.1.3 Pour aller vers un objectif d'autodétermination de la personne

A) La définition de l'autodétermination

Le terme autodétermination peut paraître abstrait et beaucoup de définitions lui ont été données, ce qui peut mener à un certain flou. Pour le comprendre, partons de son étymologie : « auto » vient du grec et signifie « soi-même », « détermination » vient du latin et signifie « fixation d'une limite ».

Pour chacun d'entre nous, le processus d'autodétermination s'instaure naturellement depuis l'enfance avec un ajustement de l'aide apportée par l'entourage. Qu'il s'agisse ainsi du travail, des loisirs, de sa vie affective et amoureuse, de son choix de lieu de vie, l'individu s'autodétermine et s'émancipe progressivement. Pour la personne en situation de handicap mental, de nombreux obstacles se dressent sur le parcours de l'émancipation. Certains découlent directement de ses déficiences et incapacités, alors que d'autres proviennent de l'environnement et des personnes qui le composent. Pour arriver à s'autodéterminer dans différentes situations, la personne devra développer des compétences et s'affirmer face à une famille (si elle est présente) souvent bienveillante et des équipes de professionnels qui la (sur)protègent.

⁴⁷ Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées, signée à New York le 30 mars 2007, (Cf ; site internet JORF n°0079 du 3 avril 2010 page 6501 texte n° 16)

⁴⁸ Annexe 4 : le modèle fonctionnel du Processus de Production du Handicap

Historiquement, ce terme fait référence à une dimension géopolitique. Il s'agit de l'action, pour un peuple, de prendre en main son destin, de choisir librement son statut international et sa propre organisation politique et économique.

Un mouvement de réflexion et d'action au sujet de l'émancipation, la participation, la citoyenneté des personnes en situation de handicap s'est développée en Europe et dans le monde entier. Ce mouvement trouve son origine dans l'affirmation des droits et la reconnaissance légale des personnes en situation de handicap. Les politiques publiques internationales, européennes, nationales valorisent de plus en plus les personnes handicapées comme des sujets de droits et des citoyens à part entière.

Nirje, en 1972, est l'un des premiers auteurs à avoir employé le terme d'autodétermination en référence aux personnes présentant des incapacités. Il affirme alors que « *Les choix, les souhaits, les désirs et les aspirations d'une personne handicapée doivent être pris en considération pour les actions qui la concernent (...) Ainsi, le chemin vers l'autodétermination est à la fois difficile mais d'une importance capitale pour les personnes présentant des incapacités* »⁴⁹. Dès lors, un sens nouveau au terme d'autodétermination émerge. Alors que son acception traditionnelle concerne le droit d'une nation à s'auto-gouverner, le terme devient progressivement un construit personnel référant au fait d'avoir du contrôle sur sa vie et son destin.

Ainsi, l'autodétermination s'inscrit alors dans la mouvance d'égalité des chances selon laquelle tous, malgré leurs conditions, doivent avoir accès aux mêmes occasions. Différentes capacités comme faire des choix, s'affirmer, se prendre en charge, se connaître, prendre des décisions, revendiquer ses droits sont des compétences clés pour exprimer son autodétermination. Cependant, selon la nature et la gravité du handicap, les défis sont différents afin de permettre à une personne de s'autodéterminer.

L'autodétermination est un concept important dans l'évolution de l'individu. Elle est définie comme « *l'ensemble des habiletés et attitudes requises pour agir comme agent causal primaire sur sa propre vie et faire des choix en ce qui concerne ses propres actions, libéré des influences et des interférences externes exagérées* » (Wehmeyer, 1996)

Selon Wehmeyer, un comportement autodéterminé est composé de 4 caractéristiques essentielles :

⁴⁹ LACHAPELLE Y., WEHMEYER M.L.,2003, « *L'autodétermination* », TASSE MJ, MORIN D (sous la direction), *La déficience intellectuelle*, Bourcheville (Québec) : GMorin éditeur, pages 203 à 214, page 205

-L'autonomie comportementale : il s'agit de l'ensemble des habiletés d'une personne à indiquer ses préférences, à faire des choix, indépendamment de toute influence extérieure.

-L'autorégulation : c'est la capacité à analyser les environnements, isoler la situation problème et adapter ses actions en conséquence et donc de mettre en place des stratégies de résolution de problèmes, c'est l'autorégulation⁵⁰.

-L'empowerment psychologique : il s'agit de croire que l'on a les habiletés nécessaires pour réussir une tâche et la capacité à s'investir dans ces actions pour soi et non pour les autres.

-L'auto-réalisation : c'est la capacité d'une personne à tirer profit de ses forces et faiblesses afin de maximiser son développement personnel.

L'autodétermination dépasse l'autonomie (capacité de décider) et l'indépendance (capacité d'agir), elle consiste à transformer son choix en décision, ce qui requiert une capacité à analyser, une capacité à agir en fonction de sa décision et une capacité de prendre un risque, ce qui implique d'être prêt à assumer les conséquences de l'action, un devoir d'anticipation des conséquences de ces actes.

Le modèle fonctionnel d'autodétermination⁵¹ de Wehmeyer représente la complexité de cette notion qui ne tient pas simplement à ses quatre caractéristiques que sont l'autonomie, l'autorégulation, l'empowerment psychologique et l'autorégulation. Il met en évidence la nécessité de développer les capacités de la personne en leur donnant la possibilité et les moyens de faire des apprentissages. La personne doit recevoir du soutien pour agir de manière autodéterminée.

B) Au foyer de vie

Au foyer de vie Les Cigalons, les résidents ont des degrés de dépendance plus ou moins élevés, ils nécessitent donc un accompagnement plus ou moins important dans leur quotidien. Les professionnels doivent donc être en capacité de s'adapter à chaque profil. Dans cette perspective, le rôle des accompagnants, qu'ils proviennent du réseau familial ou professionnels, est alors de proposer à chaque résident une réponse personnalisée à ses attentes, ses besoins, ses aspirations, ses goûts et intérêts. Comme je l'ai évoqué

⁵⁰ L'autorégulation : pour y arriver, quatre comportements sont nécessaires : la gestion et maîtrise de soi, l'élaboration et planification des objectifs, la résolution de problèmes et la prise de décisions et enfin l'ajustement et adaptabilité

⁵¹ Annexe 5 : Le modèle fonctionnel de l'autodétermination d'après Wehmeyer, 1999

dans les constats en première partie, l'organisation actuelle est plutôt dans une logique collective, celle-ci ne facilite pas toujours la prise en compte des aspirations et besoins singuliers et l'individualisation, essentiellement par manque de moyens techniques.

Pourtant, il est primordial de donner des occasions aux résidents de s'exprimer et d'affirmer leurs attentes et besoins en groupes et de façon individuelle. La réunion d'expression de chaque groupe de vie qui a lieu toutes les quatre semaines est un moment privilégié qui permet aux résidents de s'exprimer, d'être écoutés, d'être confrontés aux avis des autres personnes, de prendre des décisions à plusieurs. De plus, certains apprentissages spécifiques, au cas par cas, ont pu être menés à bien et favorisent de la sorte l'évolution de la personne comme le fait, par exemple, de se laver les mains avant de passer à table ou apprendre à gérer un budget seul.

En somme, travailler l'autodétermination est fonction, dans un premier temps, de la personne qui acquiert des capacités tout au long de son développement personnel et de ses apprentissages. En outre, si elle peut effectivement évoluer et être de plus en plus autodéterminée, c'est aussi parce qu'elle progresse dans un environnement particulier qui lui propose des occasions de vivre de nouvelles expériences enrichissantes. Par exemple, un professionnel P peut, en effet, considérer qu'un individu I, en raison de ses caractéristiques propres (handicap, difficultés d'apprentissage) n'est pas à même de développer la compétence C. Dès lors, il y a peu de chances pour qu'il lui propose un environnement ou des occasions qui vont effectivement permettre à l'individu d'exercer cette compétence C. L'aspect relatif aux perceptions et croyances des accompagnants (professionnels et familles) et des résidents est propre à chacun, ce qui complexifie le travail de l'autodétermination.

Travailler l'autodétermination touche donc non seulement les personnes, les professionnels et l'entourage, mais elle implique aussi des modifications de perceptions et d'organisation environnementale afin d'aider les personnes en situation de handicap. A noter que la notion d'autodétermination est relative car il n'y a pas un niveau unique et prédéterminé à atteindre. En fonction de ses caractéristiques propres et de l'environnement dans lequel elle évolue, chaque personne tend à développer des comportements plus ou moins autodéterminés. Mais personne ne peut se revendiquer totalement autodéterminée puisque nous vivons dans une société qui a ses codes et que nous côtoyons un entourage avec lequel il faut bien souvent composer.

Dès lors, que pouvons-nous mettre en place pour développer l'autodétermination des personnes en situation de handicap ?

Certes, il y a dans un premier temps la sensibilisation des personnes elles-mêmes, mais il y a aussi la formation des équipes éducatives aux enjeux de l'autodétermination pour des personnes à besoins spécifiques quel que soit leur niveau de handicap, quel que soit leur âge. L'autodétermination devrait, en effet, être davantage considérée comme une philosophie de vie, un principe auquel on adhère parce qu'il fait partie de nos propres valeurs. Il apparaît donc pertinent d'informer et de former toutes les personnes qui entourent quotidiennement une personne en situation de handicap à l'autodétermination. Les formations peuvent contribuer à cette connaissance et à aider à la réflexion et au développement de stratégies simples et efficaces. Il convient également de garder à l'esprit que l'autodétermination peut encore effrayer car elle remet en question le fonctionnement des institutions spécialisées mais également des croyances de certains parents mais aussi professionnels.

C) Aider les personnes dans l'acquisition de ses compétences

- D'une part, développer les compétences personnelles des résidents par des modalités spécifiques comme l'expression adaptée, l'individualisation de l'accompagnement, le travail d'analyse en petits groupes, la sensibilisation des résidents à l'autodétermination. Cela peut se décliner par la création d'espaces de discussion où ils peuvent réfléchir, élaborer, se questionner, questionner, s'exprimer avec leurs possibilités sans avoir peur d'être jugés, espaces d'expression où ils se sentent libres et autorisés, sans avoir peur. La planification des situations pédagogiques actives, motivantes et différenciées peut aussi être envisagée pour engendrer le désir et le besoin d'apprendre et faire vivre les réussites.
- D'autre part, au niveau de l'accompagnement, il paraît nécessaire d'accepter de prendre des risques et de permettre aux résidents de vivre des échecs et de les sortir naturellement de cette dimension de (sur)protection.

Favoriser l'autodétermination permettra à la personne de s'affirmer face à une décision qu'elle a prise. Il s'agit, par exemple, de refuser de ranger sa chambre ou encore de porter des habits qui ne sont pas au goût de tous. Ces situations-là présentent des risques pour la personne elle-même peu importants. D'autres situations présentent des risques accrus qui pourraient porter atteintes à la santé ou à la sécurité des personnes ou de leurs pairs. Il s'agit par exemple de manger ce dont on a envie sans respecter le régime ou encore d'aller se promener seul dans le village au risque de s'égarer.

Contribuer à une perception de soi positive nécessaire à la prise de risques en leur offrant une reconnaissance pour ce qu'ils sont et ce qu'ils font tout en suscitant la confiance en eux est un axe majeur pour amener les résidents sur le chemin de l'autodétermination.

- Enfin, instaurer la pair-émulation qui est une technique d'entraide, d'émulation en pairs consistant à faire partager son expérience, à exposer ses points de vue pour faire émerger des analyses, des solutions.
- D) La place et le rôle des accompagnants dans la mise en place des conduites favorisant l'autodétermination
- D'une part, il s'agit de mieux comprendre le concept de l'autodétermination dans ces différentes dimensions, puis de prendre conscience et de questionner ses représentations et ses manières d'agir dans l'accompagnement au quotidien afin de co-construire une pratique qui facilite l'autodétermination de la personne accompagnée. En cela, la formation est un moyen qui a pour objectif d'induire des conduites d'action nouvelles et une modification durable des représentations. Elle peut amener les accompagnants à s'interroger sur leurs propres attitudes, comme par exemple sur la question du libre choix : est-ce que je favorise les opportunités de choix ? Est-ce que je soutiens les choix ? Est-ce que j'encourage les choix ? Est-ce que je veille à ce que la routine ne freine pas les possibilités de choix ?
 - Il est nécessaire de favoriser dans l'organisation les actions visant à faire des choix, identifier et énoncer ses préférences, résoudre des problèmes, apprendre à réagir de manière constructive à l'échec, réfléchir sur soi.
 - Enfin, accompagner la personne, dans une posture de guide, permet de susciter l'apprentissage et l'appropriation du savoir-faire par le résident lui-même.

2.1.4 Pourquoi valoriser l'autodétermination des personnes en situation de handicap mental ?

L'apprentissage de l'autodétermination sera l'aboutissement d'un chemin long, complexe, fait d'étapes successives. Cet apprentissage peut sembler difficile à mettre en place ; consciente de cette complexité à piloter, il convient de se fixer des objectifs réalistes et atteignables afin de ne pas décourager les acteurs et bien garder en tête l'idée d'un *cheminement vers* plutôt qu'un objectif attendu direct.

Pourquoi ne pas rester dans le confort du « faire à la place de » et « décider pour » ?

De la même façon, les résidents vont être confrontés à ces changements en voyant leur routine perturbée, en étant face à des prises de décisions et de risques inconnus.

Alors pourquoi mettre en place ce travail d'apprentissage de l'autodétermination long et difficile ?

Tout d'abord, l'autodétermination est un facteur de santé et de bien-être, ensuite parce qu'elle favorise la qualité de vie et la participation sociale, importante à l'épanouissement de chacun.

Par qualité de vie, il faut entendre « *la perception qu'a un individu de sa place dans son existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* »⁵².

Au premier regard, autodétermination et déficience intellectuelle ne semblent pas réellement compatibles. Cependant, mon approche théorique indique que l'autodétermination dépend aussi de l'encadrement, des moyens fournis et de l'environnement. Je pars donc de l'idée que si les moyens, l'encadrement et un travail sur les capacités de la personne existent ou peuvent être développés, les résidents pourront être plus autodéterminés que ce qu'ils ne sont déjà.

Pour conclure cette partie, l'autodétermination est associée à des comportements porteurs d'amélioration de la qualité de vie en permettant aux résidents de s'affirmer, agir et réaliser leurs choix dans la mesure de leurs possibilités, en prenant des risques qu'ils auront eux-mêmes définis et mesurés avec les équipes. Le soutien au développement de l'autodétermination nécessite alors un changement de paradigme :

- Le passage du résident dépendant au résident autonome
- Le passage du résident passif au résident actif.

Ces changements de paradigme appuient la nécessité de prendre en compte la mesure des enjeux du changement tant pour les résidents et leurs familles que pour les professionnels avant que les actions ne soient rendues opérationnelles.

2.2 Le changement de la culture, des postures et des pratiques : pour une meilleure prise en compte des attentes et des besoins des résidents

2.2.1 Le changement : un processus global

Dans son ouvrage, *Sociologie du changement*, Philippe Bernoux évoque les trois grandes catégories de ce qu'il appelle « les racines du changement » :

- *L'environnement*, au sens où le changement sera attribué à des contraintes venues de l'environnement technique ou économique.

⁵² Définition de la notion de qualité de vie, [visité le 22.06.2018], disponible sur internet : <http://blogensante.fr/2013/09/02/definir-la-notion-de-qualite-de-vie/>

- *Les institutions*, qui peuvent apparaître comme un élément de l'environnement, et qu'il définit comme « *un ensemble humain jouant une fonction reconnue dans la société (la famille, l'école, le système juridique), qui possède une certaine autonomie ; qui a une certaine durée, qui est producteur d'un ordre social et donc de valeurs plus ou moins clairement affichées, et dont les membres sont soumis à des règles communes* »⁵³.

- *Les acteurs* dont le rôle est indispensable à la mise en œuvre du changement.

Pour cet auteur, tout changement est issu de ces trois composantes. Il relève cette image paradoxale : la racine évoque la stabilité, à l'inverse du changement ! Or, « *il s'agit justement de ne pas penser le changement comme un vent venu d'on ne sait où, qui soufflerait de manière aléatoire. L'image de la racine renvoie au contraire au fait que tout changement s'origine dans une histoire, un passé, ne surgit pas du néant mais est préparé par un ensemble d'évènements* ».⁵⁴

Si l'on observe notre environnement, notre société, la nature, le vivant ; on s'aperçoit que tout est changement, en évolution, en perpétuelle transformation. Selon Jean-Philippe Toutut, consultant et formateur dans le secteur social et médico-social : « *changer est le principe de tout organisme vivant* »⁵⁵. Toute organisation peut être appréhendée comme un organisme, c'est-à-dire une structure productive vivante, composée de chair (les personnes qui y travaillent et celles qui en bénéficient), de sang (la communication circulante), de nerfs (l'information) et d'organes (les institutions internes). Le changement est une condition nécessaire pour que l'organisation soit vivante.

Le paysage actuel de l'action sociale et médico-sociale est immergé dans un contexte de changement socio-économique, celui-ci pousse les institutions du social à davantage de bureaucratisation : logique gestionnaire, de procédures, de management, d'efficacité. Face à ces changements, Jean-Marie Miramon, dans *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, propose de tenter de les maîtriser, pour en être l'acteur ; « *Le changement n'est pas synonyme de « grand soir » ou de révolution. Il peut être humble dans ses objectifs, pragmatique. Au moyen de petits efforts, ponctuels ou durables, il modifie peu à peu les mentalités, les attitudes, les habitudes, qu'elles soient individuelles ou collectives* »⁵⁶.

J'emploie ici le terme de processus global dans le sens défini par Jean-Marie Miramon. Ce terme de changement « *concerne à la fois les personnes (formation, fonctions,*

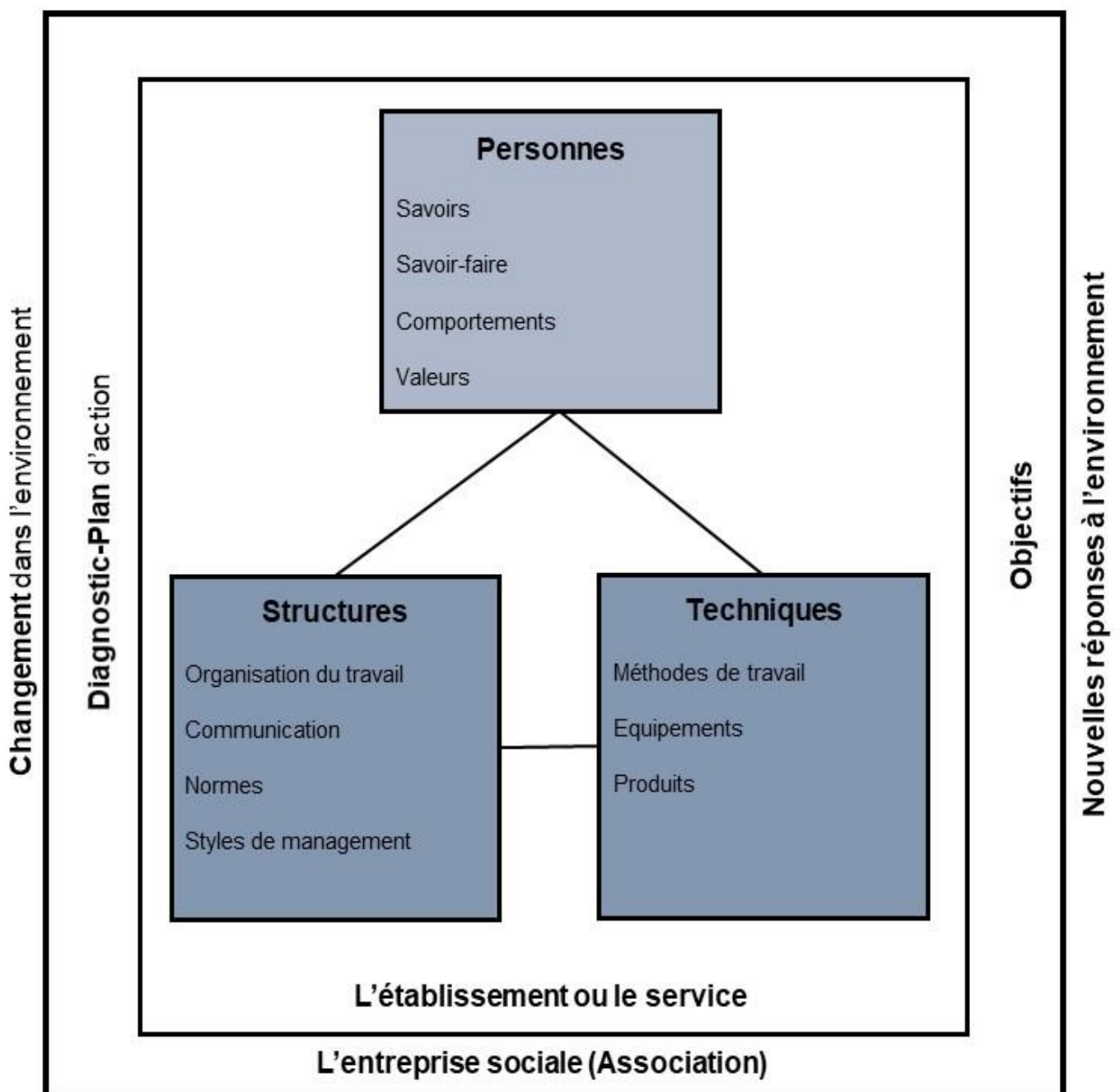
⁵³ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, 307p, page 117

⁵⁴ *Ibid.*, page 80

⁵⁵ TOUTUT J.-P., 2017, « Contribution à un modèle psychologique du changement », Les cahiers de l'actif, n°492/495, pp.177-218, page 198

⁵⁶ MIRAMON J.-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150p, page 29

mentalités, culture d'entreprise), les structures (organisation du travail, outils de suivi, management), et les techniques (modalités de prise en charge). Ces trois facteurs interagissent de façon permanente dans les organisations »⁵⁷



Le changement : un processus global⁵⁸

Le mot changement est polymorphe, certains le définissent comme « une rupture entre un existant obsolète et un futur synonyme de progrès »⁵⁹.

⁵⁷ Ibid., page 130

⁵⁸ Ibid., page 131

Pour Michel Foudriat, un changement organisationnel se définit par « *les modifications observables et relativement durables des dimensions formelles (les règles et méthodes de travail, les modalités de communication et de coordination) et/ou des dimensions informelles (les comportements réels dans le travail, les formes de régulation collective)* »⁶⁰.

Selon Jean-Marie Miramon, « *changer, c'est avant tout oser se regarder, élargir le cadre de son expérience, interroger ses certitudes* »⁶¹.

Je ne peux concevoir le changement comme une rupture avec le passé, mais plutôt comme une *transition vers*, une dynamique institutionnelle qui tendrait à répondre à de nouvelles attentes, à la fois des politiques publiques, des orientations associatives, et des acteurs qui fondent l'institution.

Le changement se matérialise par l'évolution de l'existant, ce qui contraint à un effort d'apprentissage ; c'est une sorte de balancier entre l'existant connu et un avenir inconnu et incertain. L'existant procure un sentiment de confort et de sécurité car il n'est pas nécessaire de s'interroger en permanence sur ce qui est fait et ce qui doit être fait. « *L'existant, c'est un peu le pilotage automatique de notre activité. On se laisse bercer par les habitudes et les routines. Le futur est caractérisé par des espérances d'évolution, de promotions et d'améliorations* »⁶².

Ce qui va conditionner l'adhésion et la participation des professionnels au changement, c'est le niveau de risque perçu et l'appréciation de ce risque à perdre un existant sécurisant pour un avenir incertain. Cette prise de risque est une explication à la peur du changement.

A) Les jeux de pouvoir et les résistances des acteurs

En référence aux écrits de Jean-Marie Miramon, je suis consciente que ces changements entraîneront des résistances « *légitimes et inévitables* ». Cette réaction est parfaitement saine. « *Il s'agit du passage du dur et du sûr au souple et à l'incertain* »⁶³. On imagine souvent les résistances comme les manifestations de la routine et de la passivité des exécutants.

⁵⁹ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2013, *Méthode de conduite du changement*, 3^e édition, Paris : Dunod, 252p, page 6

⁶⁰ FOUURIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3^e édition, Paris : Pearson Education France, 372p, page 326

⁶¹ MIRAMON J.-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150p, page 29

⁶² AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2013, *Méthode de conduite du changement*, 3^e édition, Paris : Dunod, 252p, page 8

⁶³ MIRAMON J.-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150p

Or, pour Jean-Marie Miramon⁶⁴, « ces résistances sont dues au fait que l'organisation de l'entreprise (structure, hiérarchie, procédures, techniques...) est l'expression d'un certain équilibre sous-tendu par des relations de pouvoir, dans lesquelles les individus ont trouvé, en principe, une satisfaction minimum, un compromis entre leurs objectifs personnels et ceux de l'entreprise. Changer une entreprise revient donc à casser ou modifier cet équilibre, et à redistribuer entre les partenaires les atouts et les moyens de marchandage qu'ils avaient mobilisés pour y parvenir. Ils feront tout pour se prémunir et se protéger au mieux des risques qu'une telle redistribution représente pour eux. C'est l'origine des résistances au changement ».

Pour le sociologue Philippe Bernoux, « Si les changements sont introduits le plus souvent par la volonté des décideurs, ils ne réussissent que s'ils sont acceptés, légitimés et transformés par les acteurs chargés de les mettre en œuvre »⁶⁵. Ce dernier met l'accent sur l'importance de l'autonomie des acteurs. Les changements ne se réalisent que lorsque ceux qui ont à les appliquer en comprennent et acceptent le sens et en font l'objet de leur action. « Il n'y a d'acceptation du changement dans les organisations que lorsque l'acteur comprend pour quelles raisons le nouveau mode d'action remet en cause ses logiques d'action, ses manières de faire, (...). Être convaincu, c'est reconnaître le changement comme légitime, donc en accepter la mise en œuvre »⁶⁶.

« Le changement ne se décrète pas, il se partage »⁶⁷, c'est bel et bien sur cette idée que je m'appuierai si je souhaite que le changement envisagé soit réussi en profondeur et durable dans le temps. Il y a nécessité que chacun puisse intégrer toutes les dimensions de ressources potentielles, et puisse s'engager comme partie prenante dans la définition des modalités de sa mise en œuvre. L'objectif est de faire en sorte que chacun ait le sentiment qu'une partie au moins du changement lui appartient, qu'il le maîtrise suffisamment.

B) Le changement par l'approche centrée sur le Développement du Pouvoir d'Agir (DPA)

La plupart du temps, on assimile le concept d'*empowerment*⁶⁸ à la question de la participation des publics ; pour améliorer la façon par laquelle la personne aura le

⁶⁴ *Ibid.*, page 130

⁶⁵ BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, 307p

⁶⁶ *Ibid.*, page 274

⁶⁷ TOUTUT J.-P., 2017, « Contribution à un modèle psychologique du changement », Les cahiers de l'actif, n°492/495, pp.177-218, page 204

⁶⁸ Le terme d'*empowerment* signifie littéralement accroître le pouvoir d'un acteur, au sens de donner pouvoir. Dans le domaine du management, ce terme signifie un enrichissement des habilitations, des responsabilités et des champs d'action professionnels. (Définition extrait Les cahiers de l'actif, n° 492/495, p172)

sentiment qu'elle a une influence et un contrôle sur son environnement et sur sa vie. Cette notion d'empowerment est également liée au développement de la motivation, de l'estime de soi et aux apprentissages de la personne.

Mais ce « pouvoir d'agir » peut se travailler également au niveau d'autres acteurs comme les professionnels (et les familles) qui accompagnent au quotidien les personnes. L'approche centrée sur le DPA propose des outils concrets qui permettent de dépasser les bonnes intentions en mettant en acte le fait de ne pas penser ou faire à la place des personnes accompagnées. Elle permet un changement de posture avec les personnes : passer de celle d'expert (qui sait) ou de sauveur (qui veut le bien de l'autre) à celle de personne ressource. Cette approche centrée sur le DPA des professionnels n'est pas un but, mais plutôt un passage nécessaire pour créer les conditions nécessaires pour que les personnes accompagnées puissent développer à leur tour leur propre pouvoir d'agir.

Permettre aux professionnels de faire eux-mêmes l'expérience du développement de leur propre pouvoir d'agir les amènera à changer de posture et de regard sur les personnes qu'ils accompagnent et à abandonner l'expertise unilatérale sur les méthodes d'accompagnement pratiquées.

En guise de conclusion sur cette réflexion, en prenant appui sur la question suivante, « *Comment permettre aux travailleurs sociaux de se réapproprier et de développer de nouvelles cultures professionnelles riches de sens, de valeurs et de savoirs professionnels et qui représenteront autant de nouveaux leviers d'aide à la transformation sociale ?* »⁶⁹, l'approche centrée sur le DPA constitue probablement une des pistes pour faire face aux enjeux actuels dans le domaine de l'action sociale et médico-sociale. Cette approche permet de sortir des bonnes intentions concernant le pouvoir d'agir pour passer à de l'agir effectif, en proposant de nouvelles pistes en matière de pratiques professionnelles qui reposent sur une autre façon de regarder les personnes.

2.2.2 La co-construction : un outil managérial

La définition et la conception du changement tel qu'elles ont été décrites ci-dessus sont envisagées comme un construit d'acteurs, et non comme une simple décision des dirigeants.

Pour Michel Foudriat, « *La co-construction se traduit par un processus complexe définissant un point de vue qui est un aboutissement d'un jeu de négociations, de médiations, d'arrangements, de compromis entre acteurs. Pour cette conception, le dispositif offre des conditions pour que les acteurs cherchent à s'accorder sur un point de*

⁶⁹ CHASSERIAUD C., « Société et travail social », *La revue française de service social*, n° 251/2013-4, pp. 15-25, page 24

vue partagé ou acceptable pour chacun d'entre eux »⁷⁰. L'idée est de définir un « *monde commun* » qui va fonder les compromis de chacun. La recherche de compromis acceptables par tous devient une voie inéluctable pour réduire les risques de résistance. Cependant, le processus de recherche de convergence n'est pas simple. Il est difficile d'appréhender quel degré de convergence sera atteint, et dans quel temps imparti cette convergence de pluralité de points de vue, voire de divergences sera nécessaire. Ainsi, je dois me positionner pour définir les caractéristiques des dispositifs, à savoir la définition, le nombre et la composition des espaces dialogiques⁷¹, la définition d'une temporalité minimale, la référence à des outils servant à l'expression et aux médiations, la gestion des processus de production des accords, l'organisation de la communication et la légitimation des processus décisionnels et des décisions.

Pour la démarche engagée autour de la co-construction, les objectifs les plus importants mais aussi les plus délicats à définir sont, en premier lieu, l'organisation de l'expression de la diversité des points de vue, ensuite la mise en délibération, puis enfin, la recherche d'une convergence suffisante permettant aux acteurs de s'engager vers un compromis.

Au-delà de ces objectifs majeurs, je dois définir, à priori, les modalités et les règles organisant les délibérations au sein de l'espace dialogique et des modalités de fonctionnement, mais également définir les rôles des acteurs dirigeants et de l'intervenant externe (s'il y en a un) au sein de cet espace.

L'objectif recherché de cette démarche de co-construction vise à créer un environnement interactif et apprenant. La co-construction est considérée d'une part comme un processus de partage de points de vue différents, ce qui devient alors source d'apprentissage pour les uns comme pour les autres ; d'autre part, du fait de l'engagement des acteurs dans les délibérations et construction d'accords, la co-construction est un processus producteur d'appropriation de sens chez les acteurs. Il est de ma responsabilité aussi de veiller au rythme du changement qui doit être adapté à la co-construction qui nécessairement prend du temps.

⁷⁰ FOUURIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3^e édition, Paris : Pearson Education France, 372p, page 339

⁷¹ Par espace dialogique, il faut entendre un « *espace de jeux, de rapports de pouvoir entre acteurs parce que ces derniers n'ont pas les mêmes ressources pour argumenter et délibérer autour de la définition des problèmes, de la construction des analyses ou de l'élaboration de pistes ou de solutions* », (définition extrait de l'ouvrage de FOUURIAT M., *La co-construction une alternative managériale*, éditions Presses de l'EHESP, page 144.)

2.2.3 La réflexion éthique au service de la qualité de vie des acteurs

En 2014, un groupe de réflexion éthique s'est constitué au sein de l'ALGEEI, il était composé de directeurs d'établissements et service ; aujourd'hui, cette commission est ouverte à tous.

L'éthique occupe une place importante dans nos réflexions et nos pratiques, aux côtés de la clinique, du droit et de la déontologie. Cette commission éthique est avant tout, un groupe de réflexion qui cherche à donner sens et forme à la préoccupation éthique. Celle-ci est une préoccupation partagée, à la fois induite par les pratiques et par l'association dans ces dimensions politique et dirigeante. Elle prend la forme de questionnements qui émergent de débats internes qui peuvent être, par exemple, le rapport entre la liberté et la sécurité, ou des thématiques comme l'intimité, le respect, la dignité. Cette préoccupation doit nous tenir en veille et en vigilance, individuellement ou en équipes, pour éprouver nos actions passées, présentes et à venir. Cette réflexion éthique ne peut se contenter d'être l'apanage de quelques-uns, elle doit se partager avec tous, en collégialité. Pour se faire, un principe de communication est posé : une lettre d'information, à l'attention de tous les professionnels permet de transmettre les réflexions et les apports, et ainsi, faire vivre la préoccupation éthique et co-construire une acculturation sur cette thématique.

De ma place de directrice, il m'apparaît pertinent de promouvoir la création d'instances de réflexion éthique au sein de l'établissement que je dirige, car cette réflexion ne peut pas se restreindre au seul espace éthique associatif.

L'accueil, l'accompagnement, le prendre soin et le soin des personnes vulnérables accueillies nous invitent à un devoir d'humanité et de vigilance prenant en compte la singularité des personnes et des situations. Or, j'ai pu constater les tensions, les dilemmes, les impasses face à la force des représentations singulières de chaque professionnel. En effet, les situations complexes, juxtaposées à des contraintes institutionnelles, comme la liberté d'aller et venir, l'individuel et le collectif, l'apprentissage de l'autonomie et de l'autodétermination, ont été abordées et étayées dans les réunions de professionnels auxquelles j'ai participé.

Ces instances ne sont pas là pour conduire à de bonnes postures éthiques qui seraient fondamentalement contradictoires avec l'essence même de l'éthique (car celle-ci renvoie à la singularité de la personne et de la situation). Mais plutôt, permettre à l'ensemble des acteurs de pouvoir échanger, discuter, traiter, dans un souci d'intersubjectivité, autour de la gestion de ces paradoxes, ces tensions et ces questionnements éthiques et des valeurs communes. La finalité est bien de trouver un équilibre entre sécurité, qualité de vie et autonomie.

La question du temps est incontournable, ne pas vouloir précipiter et aller trop vite dans notre démarche de changement, sans quoi les professionnels et les résidents pourraient se sentir en difficulté pour se mobiliser et adhérer à la progression du projet.

2.3 Synthèse de la deuxième partie

Cette deuxième partie de mon mémoire m'a permis d'appréhender l'accompagnement des personnes en situation de handicap mental autour des notions de participation et autonomie. La promotion de la participation effective ainsi que l'apprentissage de l'autonomie par les résidents m'amènent à envisager des solutions opérationnelles concrètes qui favoriseront l'émancipation des personnes accueillies. Ce qui aura pour finalité de conduire les résidents sur le chemin de l'autodétermination.

Le foyer de vie Les Cigalons doit pouvoir tout mettre en œuvre pour favoriser de nouvelles modalités d'accompagnement à la fois en individuel et collectif, en interne et avec l'environnement externe, au plus proche des attentes et des besoins à la fois pluriels et singuliers. Il doit pouvoir ouvrir son champ d'action vers des modularités d'accompagnement et de projets de vie diverses jusqu'à penser un nouveau mode d'habitat dans le milieu ordinaire pour certains.

Cette dynamique participative, associant les professionnels, les résidents, les familles et représentants légaux, sur laquelle s'appuie mon projet managérial, permet de mettre en lumière un changement de paradigmes où co-construction et responsabilisation seront des facteurs-clés pour l'amélioration de manière continue de l'organisation et seront un vecteur pour renforcer la cohésion des équipes.

Les axes stratégiques présentés en troisième partie de mon mémoire considèrent le contexte de changement pour susciter le mouvement accés sur le long terme. Il sera question de travailler autour :

- De l'accompagnement des équipes et de l'organisation dans le changement
- De la promotion de la personne accueillie comme actrice de son projet de vie et de ses propres choix
- Du développement de l'ouverture avec et sur l'environnement extérieur pour viser une plus grande émancipation de la personne accueillie

La stratégie déclinée s'appuiera sur une dynamique et volonté associative forte, la réactualisation du projet d'établissement sera l'étape ultime de ce projet managérial qui se déroulera sur une période de 18 mois, à minima.

3 Le projet managérial pour promouvoir une nouvelle dynamique

Depuis ma prise de poste en janvier 2018, je rencontre mensuellement la directrice générale ainsi que le directeur administratif et financier et la directrice des ressources humaines. Ces rencontres sont un moment privilégié pour faire un reporting. C'est dans ce cadre que j'ai présenté ma démarche de diagnostic et les orientations de mon projet managérial. Ce dernier est fidèle au projet associatif et conforme à la dynamique de l'ALGEEI. Je l'ai également présenté aux administrateurs de l'association, il a reçu leurs approbations.

Impulser une dynamique auprès de tous les acteurs, en interne et en externe, en mobilisant toutes les ressources existantes et en travaillant ensemble sur l'émergence de nouvelles compétences est le point d'ancrage de mon projet managérial.

Dans cette optique, la troisième partie de mon mémoire développera trois axes stratégiques :

- Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement
- Promouvoir la personne accueillie comme actrice de son projet de vie et de ses propres choix
- Développer une ouverture avec et sur l'environnement extérieur pour l'émancipation de la personne accueillie

L'ensemble des actions menées au cours des 18 prochains mois nous permettra de réécrire ensemble le projet d'établissement, à ce jour obsolète.

Des fiches actions seront déclinées tout au long de cette troisième partie.

Un plan de communication sera mis en œuvre tout au long du projet. Une démarche évaluative des actions permettra ainsi de mesurer si les objectifs sont atteints.

3.1 Le management de projet

3.1.1 Un nouveau COPIL « Projet 2019 »

Pour s'assurer du suivi de l'effectivité du projet dont le cadre global a été donné par le CODIR, j'ai décidé de constituer un comité de pilotage « Projet 2019 », composé d'un professionnel de chaque service (éducatif, médical, administratif, logistique, services généraux), de deux représentants des résidents, d'un représentant des familles, de la chef de service et de moi-même. Il a vocation à organiser la mise en œuvre du projet, de suivre l'avancement des objectifs fixés, de suivre le budget prévisionnel ainsi que les

indicateurs d'évaluation de ce projet. Il rassemblera et synthétisera les éléments et actions correctives issues des différents groupes de travail.

Je profiterai des réunions institutionnelles pour communiquer sur l'avancement des travaux des groupes de travail, instruire les avis et valider les travaux réalisés. Le COPIL « Projet 2019 » est considéré comme l'organe moteur et fédérateur de la démarche. L'effectivité de ce groupe de travail est prévue pour novembre 2018.

3.1.2 Réorganiser le dispositif de réunions pour une meilleure cohésion

Le dispositif de réunions actuel ne permet pas de valoriser suffisamment des temps d'échanges, de partage et de confrontations d'idées. Je souhaite alors réorganiser ce dispositif, compte tenu de l'importance des nouvelles orientations choisies et d'un système en perte de cohésion et de dynamisme à reconsidérer.

Si je veux développer une cohésion interne, il convient alors de favoriser la communication et la coopération des équipes au sein de chaque service et entre chaque service. Cette réorganisation de réunions vise, avant tout, les principes basés sur l'expression partagée, la confiance, le « travailler ensemble » au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Décloisonner les services, renforcer leur interdépendance, libérer et écouter la parole de chaque acteur, y compris celle des représentants des personnes accueillies et des familles sont la finalité de ces réunions pour créer un espace de partage au sein du projet.

Pour ce faire, je propose aux différents services une planification des réunions :

- Une réunion institutionnelle tous les trois mois, qui a pour but d'informer, de façon régulière, l'ensemble des salariés des orientations, du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre du projet. Elle réunit les professionnels de tous les services : éducatif, médical, administratif, services généraux. J'animerai cette réunion. La première réunion débutera en octobre 2018. Ces réunions cesseront au terme du projet managérial, soit dans 18 mois.

La première réunion institutionnelle a pour objectif, d'une part, de présenter et partager le projet à travers la démarche de diagnostic réalisée. D'autre part, ce temps de partage et d'échange autour du projet à construire a pour finalité de visualiser le cap donné et de se sentir concerné par les objectifs énoncés.

- Une réunion du COPIL « Projet 2019 », positionnée avant chaque réunion institutionnelle, a pour mission de préparer l'ordre du jour de cette réunion en lien avec les actions menées sur la période écoulée. Cette réunion durera 2 heures.

- Les groupes d'analyse de pratique sont maintenus à raison de 5 séances par an sur une durée de 2 heures. Je veille à positionner ces réunions de manière à ce que les surveillants de nuit et le personnel des services généraux puissent les intégrer. L'objectif des groupes d'analyse des pratiques est bien de favoriser cette dynamique de co-construction basée sur l'échange, l'expression des ressentis, des dysfonctionnements, de soutien, de reconnaissance entre pairs.

- Une réunion de direction tous les 15 jours. Il s'agit d'un temps de concertation sur les orientations du projet, d'évaluation de sa mise en œuvre. Enfin, ce temps d'échange assurera la cohérence de l'ensemble en lien avec le COPIL du projet.

Dans un souci de démarche participative, de valorisation et de prise en compte de la parole de ceux qui souhaitent participer de manière active, il est primordial de rester à l'écoute des idées et propositions des professionnels. Tout avis sera entendu, partagé, discuté dans une logique de co-construction, comme nous l'avons vu précédemment. L'implication des professionnels est vivement encouragée tout au long du projet. Les membres du COPIL ont pour mission d'aller rechercher et stimuler l'ensemble des acteurs afin que ce projet devienne le projet de tous.

Ce nouveau dispositif de réunions sera présenté au comité de pilotage en décembre 2018, afin qu'il soit effectif dès le mois de janvier 2019. Ces informations seront intégrées dans le nouveau projet d'établissement. Afin de veiller à une efficacité de l'ensemble de ces réunions, il conviendra d'évaluer ce nouveau dispositif par des indicateurs comme le taux de participation, la pertinence des idées proposées et les retours lors d'une enquête satisfaction qui sera menée auprès des professionnels d'ici la fin d'année 2019.

3.1.3 « La communication, moteur de la construction d'une stratégie commune »⁷²

Mon projet managérial découle essentiellement d'une démarche diagnostique qui met en avant cette volonté et nécessité de *faire mieux* pour les personnes accueillies, sans oublier l'importance capitale de considérer et reconnaître les professionnels dans leur travail. Alors comment sensibiliser, mobiliser, engager un maximum de personnes de l'établissement dans cette démarche complexe qui va modeler l'existant et induire de nouvelles logiques d'action ?

⁷² GENELOT D., 2011, *Manager dans la complexité*, 4^e édition, Paris : Insep Consulting Editions, 371p, page 318

Communiquer sur la construction de nouvelles représentations d'un futur souhaitable relève de moments de partage, de moments d'expression, de débats, d'appropriation, à la fois sur le plan individuel et collectif.

La communication est bien un outil essentiel pour mettre en commun, informer, traduire et passer des messages : dans ce sens, elle facilite la création ou le renforcement du lien entre les professionnels et aussi avec les résidents.

De la même façon, la communication en interne est conçue comme un moyen de connaissance partagée d'un contexte et de construction d'un projet commun. Elle se matérialise, de façon interactive, lors des réunions et entretiens individuels, par des supports d'information comme l'affichage des comptes-rendus de chaque réunion dans les bureaux des professionnels et sur chaque groupe de vie, des courriers d'information, des lettres d'étapes informant de l'avancée du travail et diffusion sur le serveur partagé. Je me saisirai également des rencontres en CVS et avec les représentants du personnel pour les informer de l'engagement de la démarche, des orientations choisies et des objectifs fixés et réalisés.

La communication doit aussi être tournée en externe, les démarches stratégiques de mon plan managérial se font en direction essentiellement du Conseil Départemental, de la MLPH. Les autres partenaires seront informés et sensibilisés aux nouvelles orientations travaillées. Le projet d'établissement finalisé sera un excellent outil de communication auprès de nos partenaires. Cette communication externe vise essentiellement à défendre la qualité de l'image de l'institution au travers du travail réalisé.

3.2 Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement

3.2.1 Utiliser la GPEC comme un support au management de projet

Pour accompagner le changement, je vais m'appuyer sur la logique de la GPEC au niveau de l'établissement. Je propose ainsi de retravailler sur des outils GRH existants tel que réaliser les entretiens annuels d'évaluation, réactualiser les fiches de poste et établir un plan de formation émanant de la GPEC.

A) Identifier les ressources/limites de l'établissement par les entretiens professionnels

L'entretien professionnel est un temps d'échange privilégié entre le salarié et son supérieur hiérarchique, où les désirs d'évolution et de formation pourront alors être repris lors de l'élaboration du plan de formation. Chaque entretien suppose une vision claire des objectifs de l'établissement, des moyens humains et économiques pour y parvenir. Ces rencontres permettent d'analyser les pratiques professionnelles, l'engagement et la qualité de travail des salariés d'une période écoulée et surtout de fixer les objectifs précis et mesurables à réaliser à court et moyen terme. Toutefois, elles permettent d'aborder la

volonté des professionnels de développer leurs compétences professionnelles, mais aussi de les (re)motiver, de leur permettre de redéfinir leurs missions et leurs responsabilités. Réalisés tous les deux ans, ils constituent, à mon sens, un accompagnement managérial valorisant chaque professionnel ; ils sont un véritable baromètre social.

Opérationnalité

Ce sont les supérieurs hiérarchiques directs qui rencontreront les salariés dont ils ont la responsabilité. La chef de service mènera l'ensemble des entretiens du personnel éducatif sur le dernier trimestre 2018. Pour le personnel des services généraux, habituellement, ces entretiens étaient menés par l'adjoint de direction, responsable de ce service. Désormais, je souhaite que ces entretiens soient réalisés par la chef de service. Ce changement permettra une meilleure coopération et un travail pluridisciplinaire dans le but de promouvoir une cohérence en termes d'accompagnements des résidents du foyer de vie.

Cette démarche requiert une information auprès des IRP et des salariés afin de clarifier ce qu'elle couvre, ses objectifs et les modalités de sa mise en œuvre.

Ces entretiens contribuent donc à préparer les décisions en matière d'évolution professionnelle, de formation, de recrutement. Ils viendront alimenter le plan de formation.

B) Redéfinir les fiches de postes pour clarifier les rôles et responsabilités au sein des équipes

Elément essentiel de la GRH, les fiches de poste sont établies à partir des référentiels de compétences des formations et des références métiers construits au niveau associatif.

Ces fiches existent, l'idée étant de les retravailler pour les affiner et les adapter aux nouvelles logiques d'action déclinées tout au long de ce projet. Leur réactualisation est l'occasion d'impliquer les salariés et de favoriser la cohésion à travers les échanges de pratiques.

Opérationnalité

Au niveau institutionnel, un groupe de travail est chargé de retravailler les fiches de fonction de chaque métier des services. Ce dernier est composé de la chef de service et d'un représentant par famille de métier. Il commencera par réactualiser les fiches des métiers de l'accompagnement éducatif, puis celles des autres services (deuxième trimestre 2019). Trois réunions de 2 heures sont planifiées sur octobre, novembre et décembre 2018.

Enfin, je me charge de finaliser les fiches de poste, qui seront approuvées par la direction générale et consultées par les IRP.

Je présenterai les fiches de postes lors d'une réunion institutionnelle en début d'année 2019. Dans un temps plus long, nous envisagerons d'établir les fiches de poste pour un animateur au sein du foyer.

C) Formaliser un plan de formation pour répondre aux nouvelles orientations

Je peux ensuite, grâce à l'ensemble des entretiens réalisés, élaborer un plan de formation cohérent au regard de l'étude de l'existant, de l'analyse des évolutions des orientations d'accompagnement des résidents et des compétences à développer. Valoriser son capital humain, c'est permettre à ses salariés d'accéder plus facilement à la formation. Celle-ci doit alors être un élément moteur permanent. Pour cela, les orientations de formation doivent aussi tenir compte des besoins exprimés sur le terrain. Il sera certainement nécessaire de faire des choix dans les demandes de formation. Je favoriserai, dans un premier temps, la nécessité de développer les compétences nouvelles en lien avec les orientations choisies, notamment sur la participation, l'autonomie et l'autodétermination.

Ce plan de formation sera soumis aux représentants des salariés pour obtenir un consensus salarial, et validé par la direction générale. La formation des équipes aux enjeux de l'autodétermination des personnes à besoins spécifiques est à développer au même titre que l'accompagnement des résidents dans l'apprentissage de leur propre autonomie et autodétermination. Les formations contribueront à ces connaissances et aideront à la réflexion et au développement de logiques d'actions simples et efficaces auprès des résidents.

Opérationnalité :

Je présenterai, lors de la réunion institutionnelle du mois d'octobre 2018, ce projet de formation collective, ses objectifs et ses finalités, en lien avec les nouvelles orientations choisies. Cette présentation permettra aux professionnels de donner un sens et de visualiser les actions à venir.

Une formation à l'autodétermination pour des professionnels suppose plusieurs défis à relever :

- Mieux comprendre le concept d'autodétermination dans ces différentes dimensions. Les rapprochements et distinctions avec d'autres concepts proches tels que l'autonomie, l'indépendance, l'empowerment, le pouvoir d'agir seront à l'œuvre.
- Prendre conscience et questionner ses représentations et ses manières d'agir dans l'accompagnement au quotidien afin de co-construire une pratique qui facilite l'autodétermination de la personne accompagnée.

L'objectif de la formation est de situer l'autodétermination dans le projet de vie de la personne en situation de handicap (pouvoir, choix, autonomie, indépendance, risques et responsabilités). Ainsi, chaque professionnel pourra s'approprier les facteurs personnels et environnementaux favorisant l'autodétermination, avec pour finalité commune d'adopter de nouvelles postures professionnelles. Ce projet exige des compétences nouvelles tant pour les résidents que pour les professionnels. La formation des professionnels sur le thème de l'autodétermination est le socle d'une adaptation des pratiques. Elle propose d'induire des processus par lesquels se produit une modification durable des représentations et des logiques d'action. Cette modification des postures professionnelles et du regard vise à accompagner les résidents, tout en étant présent à côté d'eux, dans le choix et l'opportunité de proposer, de décider et d'agir.

Cette formation sera suivie par l'ensemble des professionnels de tous les services, soit au total 42 personnes à former. Trois groupes pluridisciplinaires, d'environ quinze personnes, participent à cette formation sur site. La formation dure deux jours. En fonction du cahier des charges proposé, le devis retenu pour le coût pédagogique est de 7200 euros. Auxquels viennent s'ajouter les coûts de remplacement et les frais annexes, soit au total 13700 euros. L'ensemble est financé à hauteur de 55% par les fonds mutualisés (UNIFAF) ainsi que sur des budgets spécifiques. Mon plan de formation s'élève pour 2019 à 21300 euros, ce qui signifie que les formations obligatoires seront assurées et autres formations demandées par les professionnels pourront être envisagées.

Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement de postures
Fiche action n°1
Objectif stratégique : Réaliser une GPEC : un support au management de projet
Objectifs opérationnels : -Réaliser les entretiens professionnels -Réactualiser les fiches de poste -Elaborer un plan de formation
Résultats attendus : Permettre aux professionnels du foyer de s'approprier les bases théoriques de l'autodétermination
Pilote de l'action : Directrice
Acteurs : Adjoint de direction, chef de service, professionnels
Délais : de septembre 2018 à juin 2019 -Réalisation des entretiens : de septembre 2018 à décembre 2018 -Révision des fiches de poste : d'octobre 2018 à décembre 2018 -Réalisation des formations des professionnels : de mars 2019 à mai 2019
Instances : comité de direction, comité de pilotage, groupe de travail « GPEC »
Critères : constitution du COPIL, constitution du groupe de travail « GPEC », implication et dynamisme dans le groupe de travail, les propositions faites au COPIL, propositions du COPIL sur les retours d'expérience
Indicateurs : taux de participation au groupe de travail, nombre de réunions tenues par

rapport aux nombres de réunions annoncées, nombre de propositions faites par le COPIL, nombre de comptes-rendus des réunions
Livrables : Comptes-rendus des réunions, comptes-rendus des entretiens professionnels, formalisation des fiches de poste

3.2.2 Repenser les ressources humaines pour renforcer la cohésion et la créativité

Pour assurer la vitalité de ce projet, je souhaite décliner une politique RH basée sur les principes suivants : travailler ensemble- faire équipe- se faire confiance dans une logique de co-construction.

Je trouve opportun de responsabiliser les professionnels dans leur travail pour qu'ils s'impliquent dans la mission qui leur est confiée. Les laisser exister dans l'élaboration et la mise en œuvre d'une nouvelle organisation dans le respect du cadre réglementaire donné, libérer les énergies et la parole, favoriser les échanges sont l'idée principale de cette politique RH.

La démarche diagnostic de la première partie de mon mémoire a mis en évidence des points forts et des points à questionner, notamment en termes de représentations tant des professionnels que des résidents souvent modelés par des pratiques « historiques ». Or, le travail sur les approches théoriques de la deuxième partie autour du changement démontre bien que celui-ci n'est pas une posture naturelle, qu'il provoque des réactions de défenses et de mécanismes de protections. Il est de mon devoir et de ma fonction de direction de rappeler qu'un établissement social et médico-social a une responsabilité dans la définition, la conduite et l'accompagnement au changement afin de contribuer au développement de la qualité des prestations d'accompagnement des personnes accueillies. Le changement doit être intégré en tant que dynamique, nécessaire et essentiel.

Il s'agit aussi pour moi de donner « le cap », impulser, donner un cadre de travail, soutenir, accompagner les professionnels dans l'évolution au niveau culturel (représentations, habitudes, pratiques) et au niveau technique (moyens). Ce travail s'inscrit dans le temps, un facteur efficace mais qui est long.

J'attache une grande importance à la montée en compétence des salariés, la compétence repose également sur « *les attitudes et les comportements (l'adaptabilité, capacité à travailler en équipe, à apprendre, communiquer) qui permettent d'utiliser efficacement ses connaissances dans les situations professionnelles* »⁷³. Je souhaite également que chaque point de vue soit entendu et pris en compte. Le mode managérial participatif a

⁷³ GENELOT D., 2011, *Manager dans la complexité*, 4^e édition, Paris : Insep Consulting Editions, 371p, page 281

pour finalité de développer un sentiment d'appartenance et des équipes cohésives. Je veillerai également que ce modèle de management ne laisse pas de côté ceux qui n'arrivent pas à s'intégrer à ce type de fonctionnement. A la moindre exposition d'une hésitation d'équipe, je trancherai pour sécuriser.

Compte tenu des difficultés repérées en phase de diagnostic sur la difficulté d'investir les espaces, la vie en collectivité parfois oppressante et la nécessité de soutenir l'individualisation des résidents, je considère donc qu'il est important de réactualiser le planning au foyer de vie. En tant que directrice, je suis garante de l'organisation générale du travail. L'objectif de cette réactualisation est d'améliorer la prise en considération du résident par le respect de ses choix et aussi par le maintien et/ou le développement de ses acquis et capacités.

Sur cette question, l'établissement est déjà en réflexion. Je m'appuie ainsi sur les premiers constats et réflexions partagés comme l'évolution des attentes et besoins des résidents, l'évolution des politiques publiques en matière de participation et d'inclusion, mais aussi la construction d'une dynamique d'équipe dans le respect du cadre réglementaire et légal du travail.

L'objectif de cette réactualisation vise à ce que l'accompagnement socio-éducatif, le soin et le prendre soin concourent complémentaires et solidairement à l'accompagnement des résidents et de leur qualité de vie. En cela, ce planning a pour finalité de soutenir l'autonomisation de chaque groupe de vie mais également d'assumer une prise de position individuelle jusqu'ici difficile à assumer pour beaucoup de résidents.

Opérationnalité :

Un groupe de travail, constitué de la chef de service, un professionnel de chaque groupe de vie, ainsi que quatre résidents représentant, est en charge d'établir ce nouveau planning qu'il conviendra d'évaluer tous les ans. Ils se réuniront dès février 2019. Je souhaite que ces temps de réflexion aient lieu tous les trois mois, sur la mise en place d'un « pool volontariat » pour favoriser des temps dynamiques limitant la routine.

L'établissement doit être en mesure de proposer des espaces alternatifs ouverts, accueillants, accessibles toute la journée. Différentes pistes sont à étudier comme l'aménagement du lieu collectif, qui pourrait être le point central de tous les acteurs du foyer.

Il est également possible de développer par petits groupes des ateliers à dimension expressive qui viendraient soutenir les individualités.

L'importance de promouvoir des espaces de discussion, comme il est possible aujourd'hui, notamment avec la psychologue, est une idée intéressante à soutenir. Ces

espaces sont donc à prévoir, selon des modalités de rencontres différentes, adaptés aux attentes et besoins de chaque résident. Un temps privilégié, formalisé, est à planifier avec le référent toutes les semaines. La durée est à définir selon chaque situation singulière. Ce moment sera un temps pour la personne accueillie afin de l'amener à réfléchir, se questionner, élaborer et travailler sur soi.

Pour répondre à la variabilité des attentes, appétences et besoins, cette organisation suffisamment souple est souhaitée comme une organisation « cousu-main ».

Aujourd'hui, l'enjeu est de concevoir un emploi du temps proposé par l'équipe éducative qui prenne en compte les besoins et la vulnérabilité de la personne à un emploi du temps choisi par le résident en allant progressivement vers une organisation moins rigide et moins chargée en activités.

Je présenterai cette nouvelle organisation à l'ensemble des professionnels, résidents et familles avant de l'intégrer dans le nouveau projet d'établissement. Comme tout changement, il serait utopique de penser qu'il suffit d'insuffler de nouvelles modalités pour que les personnes soient en accord parfait avec des nouvelles pratiques. Je sais que je trouverai, au sein des équipes, des adeptes et d'autres qui seront moins favorables. Il faudra du temps pour que chacun puisse s'imprégner de ces nouvelles modalités et qu'ils évaluent ce qu'ils y perdent et ce qu'ils y gagnent.

Ainsi, le besoin d'évaluer la nouvelle organisation de planning est indispensable. Pour ce faire, une enquête de satisfaction devra être réalisée en juin 2020 auprès des résidents et des familles pour ajuster les axes d'amélioration.

Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement des postures Fiche Action n°2
Objectif stratégique : Repenser les Ressources Humaines pour renforcer la cohésion et la créativité
Objectifs opérationnels : -Mobiliser par les compétences -Co-construire un nouveau planning d'organisation
Résultats attendus : Que l'institution soutienne la capacité des professionnels à émettre et faire circuler des idées d'amélioration de pratiques. Appuyé sur la confiance, la solidarité et la reconnaissance des compétences, l'organisation veillera à les accompagner vers plus d'autonomie dans une institution juste et bienveillante.
Pilote de l'action : chef de service
Acteurs : adjoint de direction, professionnels, résidents
Délais : à partir de janvier 2019 -Constitution du groupe de travail « Planning » : janvier 2019 -1 ^{er} Groupe de travail « planning » : de février 2019 à juin 2020

-Enquête de satisfaction auprès des résidents et familles : juin 2020
Instances : comité de direction, comité de pilotage
Critères : Constitution du groupe de travail « Planning », les comptes-rendus du groupe de travail, les propositions de thèmes à travailler, les retours des professionnels, propositions des résidents pour les plannings.
Indicateurs : Nombre de personnes présentes dans les réunions, nombre de RDV référent et résident, nombre de réunions réalisées, nombre de professionnels volontaires
Livrables : Organisation du nouveau planning, enquête de satisfaction

3.3 Promouvoir le résident comme acteur de son projet de vie et de ses propres choix

Nous avons vu dans la deuxième partie de mon mémoire que l'autodétermination résulte d'un apprentissage, par conséquent les facteurs individuels (les capacités intellectuelles) et les facteurs environnementaux sont d'une importance capitale à considérer pour mettre en place ce processus complexe. La personne doit réussir à s'affirmer face à une famille (le plus souvent bienveillante) mais aussi face aux habitudes, normes institutionnelles et des réflexes protecteurs des équipes socio-éducatives. Ainsi, en partant de l'hypothèse suivante : l'autodétermination des personnes est possible à condition de :

- travailler sur les capacités propres de chaque résident. En somme, être capable d'exercer un pouvoir sur sa vie pour des petites choses comme pour des grandes choses. L'apprentissage de l'autodétermination n'est pas inné, par conséquent des moyens particuliers et un encadrement spécifique doivent être déployés pour leur permettre d'effectuer cet apprentissage.
- favoriser l'environnement pour leur offrir les occasions de vivre des expériences qui leur permettront de se construire des référentiels et des points de repères auxquels s'accrocher pour mieux appréhender les situations rencontrées.

De manière opérationnelle, que pouvons-nous mettre en place pour développer l'autodétermination des résidents ?

Deux idées essentielles émergent :

- La première est de programmer, en mai 2019, une journée de sensibilisation, pour les résidents, visant à attirer leurs attentions pour qu'ils deviennent de plus en plus autodéterminés et s'émancipent progressivement. Développer des compétences personnelles et singulières des résidents est un objectif ambitieux, qui prendra du temps mais non irréalisable. Je dois tenir compte d'un principe de réalité pour ne pas mettre à mal les résidents et les professionnels, à savoir s'adapter aux différents degrés d'autonomie et compréhension de chaque résident. Cette journée sera animée par un professionnel, de formation psychosociale. Son coût est estimé à 1200 euros la journée pour 12 personnes.

- La deuxième idée est de garantir et accroître la participation à travers des instances déjà existantes et déployer de nouveaux espaces. L'objectif est, là aussi, de développer des compétences personnelles et ouvrir des espaces d'expression et des espaces d'action où le « faire avec » sera prédominant au « faire pour ».

3.3.1 Une sensibilisation des résidents à l'autodétermination

Force est de constater que quelle que soit la situation, la tendance est d'éviter de prendre des risques (même s'ils sont parfois infimes) ; les normes et habitudes institutionnelles prennent le dessus, le contrôle et le « faire pour » domine l'accompagnement.

A) Evaluer les compétences singulières : le développement des individualités

Exister étymologiquement signifie *ex-sister*, c'est-à-dire se détacher, surgir. La différenciation et l'individualisation passent par la possibilité de reconnaître ce qui est singulier en soi : ses propres désirs, de ne pas se méfier de son jugement ou de ne pas enfouir son potentiel. Or, la vie en institution a tendance à venir homogénéiser les personnalités et les représentations des résidents, surtout pour ceux qui ont moins de facilités d'expression et relationnelle d'y être reconnus.

Certains ont la possibilité de participer et de s'émanciper dans d'autres groupes d'appartenance, des groupes extérieurs au foyer, notamment par le biais de leurs familles. Pour ceux qui n'en ont pas la possibilité, il faut veiller à ce qu'ils ne deviennent pas dépendants uniquement de leur groupe de vie ou de la vie institutionnelle, ce qui pourrait générer une difficulté à assumer une prise de position individuelle. Notre devoir est donc de permettre à tous les résidents, quel que soit leur niveau de capacité d'expression et de dépendance, d'avoir des outils de compréhension et d'analyse de la situation. Pour cela, les professionnels ont un rôle important de soutien pour les aider à acquérir une prise de parole, un niveau de compréhension et une confiance en eux.

Ce soutien exige des compétences nouvelles tant pour les résidents que pour les professionnels.

Opérationnalité :

En amont de la journée de sensibilisation, un travail de diagnostic devra être réalisé au cas par cas pour tenir compte des capacités de compréhension et d'élaboration de chaque résident. Je demanderai au professionnel référent et à la psychologue d'échanger avec le résident pour le sensibiliser sur différentes thématiques de la vie quotidienne. La famille et/ou le tuteur pourra être associé si la personne accueillie le souhaite. Chaque entretien durera deux heures. Ce travail pourra s'appuyer sur le projet personnalisé réalisé, véritable recueil d'information de l'équipe pluridisciplinaire. Les professionnels pourront également s'appuyer sur des supports existants comme la pyramide de Maslow, la grille GEVA pour la construction des items. La psychologue et la référente qualité

auront à charge de construire cette grille d'évaluation pour octobre 2018. Ces entretiens sont programmés de novembre 2018 à février 2019. Chaque professionnel de l'équipe éducative devra réaliser quatre entretiens. Un compte-rendu sur l'analyse des attentes, besoins et des capacités sera alors effectué en réunion institutionnelle en début d'année.

B) Permettre aux résidents de s'approprier les bases de la théorie de l'autodétermination

La journée de sensibilisation programmée en mai 2019 s'adressera ainsi en priorité aux personnes volontaires qui en comprennent le sens et qui en ressentent le besoin. L'objectif est de faire en sorte que les résidents acquièrent des capacités pour comprendre, connaître, s'exprimer, faire des choix, prendre des décisions, résoudre des problèmes, se fixer des buts à atteindre, s'évaluer, avoir confiance en soi et se connaître soi-même, dans la mesure de leurs possibilités en prenant des risques qu'ils auront définis et mesurés.

Une évaluation sur le premier groupe de personnes, six mois après la formation, sera effectuée afin de renseigner les points forts et les points d'amélioration à apporter pour les autres résidents qui en bénéficieront.

Promouvoir le résident comme acteur de son projet de vie
Fiche Action n°3
Objectif stratégique : Sensibiliser les résidents à l'autodétermination
Objectifs opérationnels : -Evaluer les compétences singulières des résidents -Permettre aux résidents de s'approprier les bases de l'autodétermination par la formation
Résultats attendus : Que les professionnels partent d'une base de compétences et capacités de chaque résident, et que par cette journée de sensibilisation, les résidents avancent sur le chemin de l'autonomie et autodétermination
Pilote : Chef de service
Acteurs : professionnels, résidents, familles
Instances : CODIR, COPIL
Délais : d'octobre 2018 à mai 2019 -Produire une grille (Référénte qualité et psychologue) : octobre 2018 -Réalisation des entretiens prof. référent/ résident : de novembre 2018 à février 2019 -Journée de sensibilisation du premier groupe de résidents (environ 12) : mai 2019
Critères : Production de documents supports pour les entretiens, les retours des professionnels et résidents sur les entretiens menés
Indicateurs : nombre d'entretiens menés avec chaque résident, nombre de participants volontaires à la formation, nombre de compte-rendu des entretiens
Livrables : Compte rendus des entretiens d'évaluation des compétences/capacités

3.3.2 Garantir la participation à travers de nouvelles instances

L'établissement est particulièrement engagé dans le droit à l'expression des résidents. Cependant, dans les éléments de diagnostic relatifs à l'établissement, j'ai perçu que l'individualisation des personnes est rendue difficile du fait de la vie en collectivité. L'expression n'est pas suscitée chez tous, certains s'expriment parfois pour l'ensemble du collectif.

Alors comment concilier l'objectif de promotion de l'autodétermination et la vie en collectivité ? Comment faire prendre conscience aux résidents de leurs propres attentes ? Dans un premier temps, il y a une nécessité à valoriser les instances d'expression et de participation des résidents existants. En effet, ces derniers investissent fortement tous ces espaces qu'ils considèrent « *comme un lieu de reconnaissance et d'écoute* ». ⁷⁴

A) Redynamiser le Conseil des Pairs pour la Bienveillance

Cette instance favorise l'expression des résidents autour de thèmes liés au bien-être (vie en collectivité et vie privée, intimité...), elle développe l'échange entre résidents et professionnels. L'intérêt est de croiser les regards sur la vie au foyer. Pour traiter ces sujets plutôt abstraits pour les résidents, la réflexion s'appuiera sur des éléments concrets de leur vie comme « la chambre » pour parler de la vie privée, « la salle de restauration » pour aborder la vie en collectivité.

Opérationnalité :

Ainsi, je profiterai de la première réunion institutionnelle pour reparler de cette volonté de redynamiser ce dispositif. Il sera constitué de 10 membres : 5 résidents et 5 professionnels (un représentant du service éducatif, une infirmière, la psychologue, la référente qualité et la directrice). Il est présidé par la personne référente qualité. Ensuite, je souhaite, pour mobiliser un maximum de professionnels et résidents, que les membres participants changent tous les ans. Ce conseil se réunira quatre fois par an. Afin de donner plus de consistance à ce conseil, chaque groupe de vie est invité à organiser un débat préparatoire. De la même façon, les représentants (résidents aidés d'un éducateur ou soignant) feront une restitution à leurs pairs lors des réunions de groupe de vie. Afin d'intéresser un maximum de personnes à cette démarche, un classeur de suivi sera mis en place sur chaque groupe de vie dans lequel les professionnels pourront trouver les éléments de préparation et les comptes rendus des différentes réunions mais aussi du CVS et de la commission repas.

L'évaluation de l'efficacité et l'efficience de ce conseil se fera à travers l'enquête de satisfaction réalisée auprès des résidents et des familles en juin 2020.

⁷⁴ Parole recueillie d'un résident

B) Repenser la réunion mensuelle du groupe de vie

Cette réunion réunit les 11 résidents par aile d'hébergement, c'est une instance favorisant une nouvelle forme d'implication et d'expression, complémentaire au CVS. Le groupe de taille restreinte permet ainsi la prise de parole et l'écoute de chacun pour échanger sur la vie du groupe. En effet, une dynamique de groupe peut générer le lien social, puissant vecteur d'épanouissement. Ces réunions ont toutes leurs raisons d'exister du fait principalement de cet apprentissage de la prise de parole et de décision.

Cependant, pour appuyer la volonté institutionnelle de toujours *faire mieux* et d'œuvrer pour rendre le résident acteur de son projet de vie, j'apporte quelques modifications.

Opérationnalité :

En particulier, il reviendra à un résident volontaire de coanimer avec un professionnel cette réunion. Après un temps de réflexion et d'échange sur l'ordre du jour, les deux animateurs présenteront une ou deux thématiques en lien avec la vie du groupe de vie. Il s'agit bien aussi de participer à l'individualisation nécessaire à la qualité de vie des résidents. Ainsi, la réunion de groupe de vie vise à développer, renforcer les liens entre résidents, et d'améliorer les centres d'intérêts ou préoccupations communs. Les professionnels veilleront à faciliter et encourager les échanges entre tous les participants de manière équilibrée. Ces nouvelles modalités d'organisation de réunion peuvent ainsi démarrer dès le mois de novembre 2018.

Un suivi des prises de décisions et des retours doit être formalisé sur un document qui servira d'outil pertinent et utilisable dans le travail au quotidien du groupe de vie. Il sera le fondement des actions à mener à court ou moyen terme.

C) Créer des nouvelles instances sur le chemin de l'autodétermination

Au-delà des ateliers de participation et d'expression indispensables à l'émancipation et donc à l'amélioration de la qualité de vie des résidents, j'envisage la mise en place d'ateliers qui permettront d'accroître l'autonomie de la personne pour lui permettre d'agir par elle-même sans forcément attendre l'aide d'un intervenant.

La deuxième partie de mon mémoire relate la particularité de l'autodétermination dans le domaine de la déficience intellectuelle ; notamment en raison du vécu institutionnel important des résidents, ils ont souvent quitté l'influence de la famille pour entrer sous l'influence institutionnelle.

Opérationnalité :

Des conditions structurelles à ce dispositif expérimental doivent être mises en place pour qu'il soit généralisé à long terme. Ce dispositif débutera en juillet 2019 après les journées de sensibilisation/formation sur l'autodétermination des résidents et professionnels. Ainsi,

les acteurs concernés seront munis d'apports théoriques et des axes de travail communiqués pendant leurs formations ; ce qui, à mon sens, facilitera l'organisation et le fonctionnement de ces ateliers. Ces ateliers seront en petit groupe (au maximum 7 résidents), pour optimiser les échanges, coanimé par un professionnel qui pourra être du service éducatif, médical, administratif ou des services généraux. Le choix du professionnel sera en lien avec la thématique du jour. Les résidents pourront s'inscrire de manière volontaire après avoir été informés sur le contenu de l'atelier. Ces ateliers auront lieu une fois par mois pendant deux heures. Ces ateliers « pratiques de la vie quotidienne » veilleront ainsi à développer le potentiel de chacun, aussi minimes qu'ils soient. Yves Lachapelle⁷⁵, titulaire de la Chaire de recherche sur les technologies de soutien à l'autodétermination, est grandement animé du désir de « *promouvoir l'émergence de l'autodétermination des personnes en modifiant leur savoir-faire (pratique) afin de leur permettre d'exercer davantage de contrôle sur leur vie* ».

Par ces ateliers, c'est l'apprentissage et le maintien de comportements autodéterminés tel que faire des choix, prendre des décisions, et exercer plus de contrôle sur l'environnement des personnes qui est mis en exergue.

Des thèmes précis seront proposés comme apprendre à gérer son argent, chercher un lieu pour les prochaines vacances, l'entretien de son logement, les relations familiales, préparer des repas, faire des courses, apprendre à vivre des échecs, prendre son traitement médical, l'alimentation, l'hygiène...Ce qui doit fonder nos actions au sein de ces ateliers, c'est d'apporter une plus-value pour l'accompagnement au quotidien, en ne perdant pas de vue notre objectif tel que le respect de la citoyenneté et d'œuvrer pour rendre la personne accueillie le plus acteur possible sans avoir des attentes irréalisables pour eux.

Ces opportunités d'apprentissage contribuent à viser l'objectif initial recherché compte tenu des éléments relatés dans les deux premières parties de mon mémoire.

Comme toutes les actions à mener, il est indispensable de travailler sur l'évaluation de ces ateliers, notamment en mesurant l'implication des personnes dans leur propre parcours et le développement de leur pouvoir d'agir dans leur vie quotidienne par le biais de grille d'évaluation.

⁷⁵ LACHAPELLE Y., 2010, « Sur le chemin de l'autodétermination », *Revue CNRIS* (Québec), Vol 2, n°1, pp.4-6, page 5

Promouvoir le résident comme acteur de son projet de vie
Fiche Action n°4
Objectif stratégique : Garantir la participation à travers de nouvelles instances
Objectifs opérationnels : -Redynamiser le Conseil des Pairs de la Bienveillance (CPB) -Repenser la réunion mensuelle du groupe de vie -Créer de nouvelles instances sur le chemin de l'autodétermination
Résultats attendus : Que les résidents développent leurs compétences et capacités au quotidien grâce à des instances de participation, d'expression et des instances d'apprentissage
Pilote : référente qualité
Acteurs : professionnels, résidents, chef de service, directrice
Instances : CODIR, COPIL, CPB, groupe de travail « pratiques de la vie quotidienne »
Délais : à partir de novembre 2018 -Nouvelle réunion des groupes de vie : à partir de novembre 2018 -Constitution du CPB : en janvier 2019, suite à la réunion institutionnelle -Réunions CPB : à partir de février 2019 -Ateliers « pratiques de la vie quotidienne » : juillet 2019 -Enquête de satisfaction résidents/ familles : juin 2020
Critères : Constitution du CPB, participation des résidents dans les propositions pour le CPB, participation des résidents pour la préparation, la coanimation des réunions des groupes de vie, propositions de thèmes pour les ateliers, production du classeur de suivi des prises de décisions et retours faits en réunion groupe de vie
Indicateurs : Taux de rotation des professionnels et résidents tous les ans, nombre de réunions par rapport au nombre prévu, nombre de compte-rendu, nombre d'ateliers « pratiques de la vie quotidienne », nombre de résidents volontaires, taux de rotation des résidents aux ateliers « pratiques de la vie quotidienne »
Livrables : compte-rendu des CPB, document produit après réunions de chaque groupe de vie, production de support ou document par les ateliers « pratiques de la vie quotidienne », classeur de suivi, enquête de satisfaction résidents/ familles

3.3.3 L'habitat inclusif : un pas de plus vers une citoyenneté affirmée

Les politiques publiques et les personnes accueillies elles-mêmes nous invitent à penser l'institution « hors les murs ». L'enjeu n'est pas d'opposer les formes d'habitat, mais de diversifier les modalités pour proposer une palette de choix d'habitats adaptés aux parcours d'autonomie et aux aspirations des résidents. En effet, le modèle unique d'hébergement n'est pas le plus efficient pour répondre à une diversité d'attentes et de besoins des résidents.

Les constats établis en première partie sur ce projet de diversification de l'hébergement du foyer de vie ont été présentés, par la directrice générale et moi-même, au directeur de l'action sociale du Conseil Départemental courant juin 2018. Ce dernier a approuvé cette démarche et nous a demandé d'en estimer les coûts prévisionnels.

L'orientation des politiques publiques va dans le sens d'une réponse aux attentes et besoins légitimes d'inclusion et d'insertion pleine et entière dans la cité. A partir de ces évolutions et besoins constatés, cela m'amène à la réflexion suivante : le foyer de vie doit adapter son offre de service en diversifiant les modalités d'accueil et d'habitat des résidents pour répondre à leurs besoins d'intégration sociale, par l'acquisition sur la commune d'une maison pour quatre personnes les plus autonomes, désireux de vivre cette expérience de vie. La villa sera à proximité du foyer Les Cigalons. Cela permettra à la personne de bénéficier des accompagnements, activités et prestations de l'établissement sans subir le poids du collectif. L'objectif de l'institution sera d'évaluer ses capacités et lui permettre à terme de vivre seule. Je souhaite développer ce projet sur une période de 18 mois, en m'appuyant sur les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM⁷⁶.

La nature des déficiences et le niveau de dépendance ne sauraient être un prétexte pour s'interdire de penser une démarche d'inclusion. Cependant, pour ne pas mettre les personnes en difficulté, les apprentissages doivent être gradués au regard des acquis et proportionnés en fonction des compétences. Ce projet doit tenir compte des capacités réelles de la personne pour qu'il ne devienne pas un échec. La prise de risque, nécessaire et inhérente à toute vie, se doit d'être raisonnée et prudente, en accord avec la résident et son représentant légal.

Aujourd'hui, ce projet se construit dans une approche expérimentale tant pour les résidents que pour les professionnels. Cet accompagnement « hors-les-murs » induit alors de nouvelles pratiques et stratégies d'accompagnement des personnes.

Opérationnalité :

Pour cela, un COPIL « Villa » sera constitué dès que les formations relatives à la sensibilisation à l'autodétermination seront terminées. Je prévois donc la constitution du COPIL « Villa » dès le mois de septembre 2019, afin qu'il soit effectif en octobre 2019. Il réunira la psychologue, les éducateurs spécialisés de chaque groupe de vie, le coordinateur des services généraux et la chef de service. Les réunions COPIL « Villa » auront lieu tous les mois. Je serai positionnée sur certains temps pour évoquer la question des moyens qui ne doit pas être occultée dans un contexte économique et budgétaire souvent empreint d'une logique d'efficience et de rationalisation. Ce COPIL « Villa » doit être bien différencié du COPIL « Projet 2019 », tant sur la programmation des réunions que sur les contenus. Ce projet arrivera en continuité de mon projet

⁷⁶ Recommandations ANESM,2014, *Qualité de vie en MAS-FAM (Volet III) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement*, 81p,

managérial démarré quelques mois avant. Nous nous appuyerons sur les forces positives des expériences vécues des mois précédents. Les professionnels et les résidents seront dans une dynamique de participation et de créativité, je reste convaincue que ce projet villa sera investi à la hauteur des attentes fortes de certains résidents de vivre en milieu ordinaire.

Je projette ainsi de constituer trois groupes de travail qui rapporteront au COPIL « Villa ». Il y aura un groupe de travail en charge d'élaborer un questionnaire pour les résidents volontaires, les interviewer et proposer un choix de résidents susceptibles d'intégrer l'appartement ou villa. Un autre groupe sera chargé de rechercher un appartement ou une villa en adéquation avec les besoins et exigences. L'élaboration des modalités d'accompagnement des résidents dépendra des résidents choisis. Par conséquent, cet atelier se déroulera dans une dynamique de co-construction avec les résidents « choisis » et leurs familles afin de prendre en compte leurs attentes, leurs capacités, leurs craintes, leurs demandes d'accompagnement. Enfin, un troisième groupe rencontrera des partenaires extérieurs sur le territoire qui ont développé une expérience similaire, pratique de parangonnage.

Ainsi, pour conduire l'équipe vers une évolution des pratiques, je dois en premier lieu réduire les inquiétudes pour susciter l'adhésion du groupe au projet et faciliter l'acceptation du changement par une démarche participative et coconstruite. Ma responsabilité est, au travers ce projet, de créer du sens, l'exprimer et le faire passer à tous les acteurs. Une stratégie de communication est nécessairement indispensable. Cette stratégie sera appuyée par le projet associatif qui va dans le sens d'une diversification des modes d'habitat et le développement d'approche expérimentale tant pour les résidents que pour les professionnels.

Il s'agira d'une réflexion collective associant les résidents, leurs familles, les professionnels et les personnes ressources. Ce projet devrait nous permettre de redynamiser, à travers une réflexion éthique, une nouvelle façon d'accompagner des personnes en situation de handicap mental.

<p>Promouvoir le résident comme acteur de son projet de vie</p> <p>Fiche Action n°5</p>
<p>Objectif stratégique : Créer un habitat inclusif dans la commune</p>
<p>Objectifs opérationnels : -Créer un COPIL « Villa » -Définir les conditions optimales de mise en œuvre de ce projet</p>
<p>Résultats attendus : Permettre aux résidents qui en ont le souhait et les capacités de vivre une expérience « hors institution »</p>
<p>Pilotes : directrice</p>

Acteurs : chef de service, professionnels, résidents, familles
Instances : CODIR, COPIL « Villa », trois groupes de travail, partenaires extérieurs
Délais : de septembre 2019 à avril 2020 - Constitution du COPIL « Villa » en septembre 2019 (première réunion en octobre 2019) - Création des groupes de travail : novembre 2019 - Interview des résidents volontaires : de novembre à décembre 2019 - Recherche d'une villa/ modalités d'accompagnement : de décembre 2019 à janvier 2020 - Rencontre/parangonnage avec autres établissements : de décembre 2019 à mars 2020 - Déménagement prévu en avril 2020
Critères : constitution du COPIL « Villa », constitution des groupes de travail, proposition d'un questionnaire pour le choix des résidents, proposition des résidents dans les modalités d'accompagnement
Indicateurs : nombre de participants aux groupes de travail, nombre de partenaires rencontrés, nombre de questions sur le cahier des délégués du personnel, nombre de compte-rendu des trois groupes de travail
Livrables : composition du COPIL et groupes de travail, procédures d'accompagnement « hors les murs », choix d'une villa

3.4 Renforcer l'ouverture avec l'extérieur pour l'émancipation des résidents

Pour améliorer l'offre de service proposée aux résidents, il y a nécessité de renforcer et développer le réseau de partenaires sociaux, médicosociaux, sanitaires et économiques. L'établissement se doit d'être simultanément en appui sur l'environnement et aussi d'être une ressource pour celui-ci. Cette stratégie d'ouverture est à la fois un moyen d'améliorer la qualité de l'offre de service et un principe d'enrichissement des pratiques professionnelles.

L'accroissement de l'ancrage partenarial facilitera des parcours diversifiés, inclusifs dans le milieu ordinaire, notamment pour les résidents qui sont en quête de plus d'autonomie, de reconnaissance et de participation à la vie locale.

Le partenariat est défini comme « *une association entre deux ou plusieurs entreprises ou entités qui décident de coopérer en vue de réaliser un objectif commun* »⁷⁷. Chacun des partenaires maintient sa propre autonomie, mais tire profit d'une complémentarité, le partenariat crée ainsi de la synergie en vue de mener une action commune. Il m'est donc impératif de faire un état des lieux des conventions existantes par secteur d'activité. Mon objectif est bien de viser la signature de nouvelles conventions de partenariat afin de m'assurer de l'ouverture sur l'environnement pour offrir aux résidents des réponses que l'établissement ne peut envisager à lui seul. Ces partenariats permettront d'apporter un

⁷⁷ Définition [visité le 25.07. 2018], sur internet : <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Partenariat.htm>

accompagnement optimal aux résidents dans le champ de la santé, dans le champ de la participation à la vie sociale et l'accès à la citoyenneté.

3.4.1 Promouvoir un partenariat propice à l'amélioration de la qualité de vie des résidents

A) Consolider les partenariats existants

L'établissement a développé une diversité de partenariats sur tous les volets de l'accompagnement des résidents. Ils représentent une véritable ressource pour le foyer.

Les partenaires institutionnels

L'établissement entretient des rapports de confiance et de coopération, réguliers, avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le conseil départemental des Landes, l'UDAF, la MLPH ainsi que la Mairie de Lit et Mixe. Tout est mis en œuvre pour que cette confiance perdure dans le temps.

Les partenaires du sanitaire et du médico-social

a) Le foyer fait appel aux médecins généralistes de la commune, aux praticiens spécialistes et l'hôpital de Mont de Marsan. La pratique au quotidien ne montre pas de difficultés de coordination et de communication particulières.

b) Une convention a été signée entre l'établissement et l'EHPAD de la commune, des goûters ont lieu 3 à 4 fois par an afin de partager un moment de convivialité. Les besoins d'accompagnement des résidents vieillissants se font ressentir. Cependant, un travail est à repenser afin de veiller à ne pas les mettre en difficulté sociale en restant au foyer et qu'ils ne se sentent pas à l'écart des autres résidents et activités proposées. Les échanges avec l'EHPAD doivent être favorisés.

d) Un travail avec le SSIAD de la commune est à envisager : les aides-soignantes ou infirmières du SSIAD pourront échanger avec les équipes éducatives sur l'accompagnement du soin et du prendre soin. Par la formation et le partage de compétences, les professionnels pourront adapter leurs interventions et améliorer leurs connaissances des besoins des personnes handicapées vieillissantes et des possibilités d'accompagnement.

Les partenaires socio-culturels

L'association sportive des Cigalons comprend 81 adhérents dont les 46 résidents du foyer de vie, 15 salariés et une dizaine de parents. La convention est reconduite chaque année. Par l'intermédiaire du Service Sport Intégration et Développement (SSID), l'établissement a accès à un réseau très conséquent d'établissements spécialisés. Ce partenariat est donc d'une grande richesse, quoiqu'il puisse encore évoluer. Les résidents des Cigalons

pourraient participer à des activités sportives encadrées par des professionnels qui ne sont pas du foyer, tandis que les professionnels du foyer pourraient encadrer des personnes qui ne sont pas nécessairement des Cigalons. En effet, en interchangeant les groupes et les accompagnants, cela favoriserait une nouvelle dimension de l'accompagnement social et éducatif. Toutefois, nous devons rester prudents pour ne pas perturber les résidents qui ont un besoin de repères important.

D'autres partenaires socio-culturels participent à la création et au maintien du lien social notamment avec la bibliothèque de la commune, l'école primaire, le club de tennis, des organismes de séjour.

B) Développer de nouveaux partenariats pour l'émancipation des résidents

Les partenaires institutionnels

Un partenariat existe avec la mairie de la commune, ils nous donnent accès aux équipements municipaux lors des rencontres SSID. Je suis convaincue que de nouvelles actions peuvent se développer pour permettre aux résidents d'être reconnus comme des citoyens et habitants de la commune. L'objectif fixé est de faire participer les résidents sur des activités en lien avec la municipalité comme :

- la participation à l'entretien des espaces verts qui favorise une relation entre une personne en situation de handicap et un professionnel autre qu'un éducateur.
- la participation à l'accueil au cinéma et d'aider l'hôtesse d'accueil.
- d'avoir accès à un stand lors du marché afin que les résidents présentent et vendent leurs objets de création.
- la participation des résidents à l'organisation de la fête de la commune.

Les partenaires socio-culturels et économiques

Démarcher des partenaires comme des collectivités ou entreprises volontaires est un axe de travail pertinent pour permettre aux résidents de vivre de nouvelles expériences, mais également pour permettre, à la société, de dépasser les préjugés sur le handicap.

Le Duoday est un concept innovant : le temps d'une journée, un duo salarié/ personne en situation de handicap se crée et va vivre une expérience de travail. Cette opération se veut l'occasion de modifier la perception du handicap et d'inclure les personnes en situation de handicap dans la vie de la cité. C'est les droits des personnes en situation de handicap et leur mise en pratique réelle qui sont ainsi reconnus et effectifs. L'objectif est d'ouvrir cette journée à un maximum de résidents.

Opérationnalité :

Dans un premier temps, un groupe de travail sera constitué et composé de quatre professionnels et quatre résidents tous volontaires. Il doit être opérationnel pour le mois

de janvier 2019. Ce groupe de travail « Partenariat » se réunira ainsi une fois par mois, à raison de 3 heures.

Un changement de la composition de ce groupe est souhaitable tous les ans.

Professionnels et résidents échangeront sur les actions à développer avec les nouveaux partenaires. Ils effectueront, au préalable, un travail de recherche et de prospection. Ensuite, ils rencontreront associations, collectivités et entreprises du territoire pour développer de nouveaux partenariats. Je demanderai à la chef de service de rencontrer chaque responsable partenaire pour s'assurer que toutes les conditions d'accueil soient optimales et conventionner ce partenariat.

Le groupe de travail « Partenariat » rapportera ses travaux de recherche et leurs actions opérationnelles au COPIL. Des modalités d'évaluation sont à prévoir pour toutes les actions déclinées, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. L'enquête de satisfaction auprès des résidents et familles, en juin 2020, est un bon moyen pour mesurer la qualité des partenariats développés.

Les CVS et les IRP seront également des partenaires indispensables pour récolter tous les retours d'expérience de tous les acteurs du foyer de vie.

Renforcer l'ouverture avec l'environnement extérieur
Fiche Action n° 6
Objectif stratégique : Promouvoir un partenariat propice à l'amélioration de la qualité de vie
Objectifs opérationnels : -Consolider les partenariats existants -Développer de nouveaux partenaires
Résultats attendus : Par le biais de nouveaux partenariats, être en capacité d'offrir et de proposer aux résidents de nouveaux horizons, de nouvelles rencontres
Pilote : directrice
Acteurs : chef de service, professionnels, résidents, partenaires externes
Instances : CODIR, COPIL, groupe de travail « partenariat »
Délais : à partir de janvier 2019 -Constitution du groupe de travail « partenariat » en décembre 2018 -Rencontre avec nouveaux partenaires à partir de février/mars 2019
Critères : Constitution du groupe de travail « partenariat », Comptes-rendus des réunions du groupe de travail
Indicateurs : Taux de rotation des professionnels et résidents tous les ans, nombre de réunions effectuées, nombre de conventions signées, enquête de satisfaction, nombre de journées Duoday, nombre de conventions signées
Livrables : Comptes-rendus du groupe de travail, conventions avec partenaires

3.4.2 Associer les familles et élargir le réseau

A) Impliquer les familles et représentants légaux

Les familles se connaissent peu entre elles, l'association sportive des Cigalons reste un lien intégratif important, pour autant il ne l'est pas pour toutes. Au-delà de la rencontre formelle annuelle lors de l'actualisation du projet personnalisé de leur enfant, il existe peu de moments de communication entre les parents mais aussi entre parents et professionnels. Pourtant, associer les familles et représentants légaux est un sujet important dans le fonctionnement d'une institution. Au-delà de l'obligation légale, le CVS est un moment privilégié qui donne l'occasion aux représentants des familles de faire part de leurs préoccupations, idées, souhaits. Malheureusement, les candidatures, fort peu nombreuses pour participer au CVS sont certainement révélatrices de ce peu de lien.

Je dois alors rechercher leurs adhésions et leurs participations à la vie du fonctionnement du foyer, au-delà du CVS. Le groupe de travail « partenariat » peut réfléchir sur la façon d'évaluer leurs envies et capacités de participer à la vie du foyer, même de façon minime. Un questionnaire sera un outil de recueil d'informations intéressant en amont afin de cerner les besoins et attentes des familles à ce sujet.

Aussi, trois réunions sont programmées par an pour accueillir les familles et représentants légaux. Ces réunions seront l'occasion de se rencontrer de façon conviviale, d'échanger sur un partage d'idées entre parents, professionnels sur des thèmes fixés à l'avance. Ces réunions seront programmées à partir de juillet 2019. Je suis consciente que la création de conditions à la démocratie participative peut générer des difficultés, en particulier pour la direction, compte tenu des interpellations sur les décisions et les actions menées dans l'établissement. Nous devons faire preuve d'adaptabilité, de souplesse et d'intelligence pour la gestion d'énergies variées.

B) Développer une mise en réseau

Par réseau, il faut entendre un ensemble de personnes, partageant des activités communes, qui établissent entre elles des relations spécifiques ; « *ces personnes se reconnaissent réciproquement des compétences, une capacité d'influence ou une aptitude à agir ensemble* »⁷⁸.

L'établissement est en mesure de développer, encore, des solutions concrètes grâce à des partenaires actuels et des réseaux mieux identifiés. De plus, mettre à disposition l'espace snoezelen avec l'EHPAD ou le foyer comme espace de répétition et de scènes

⁷⁸⁷⁸ MIRAMON J.-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150p, page92

ouvertes pour des groupes de musique, compagnie de danse, atelier peinture, cours de cuisine, cours de déco patch sont des actions facilitant l'ouverture de l'établissement en valorisant ce mouvement de l'extérieur vers l'intérieur de l'établissement. L'établissement est un support d'échange avec les personnes accueillies et les personnes extérieures de façon régulière. La valorisation des personnes accueillies par la société, les professionnels, les familles et des personnes extérieures constitue une des clefs de l'inclusion sociale.

Renforcer l'ouverture avec l'environnement extérieur
Fiche Action n° 7
Objectif stratégique : Associer les familles et élargir le réseau
Objectifs opérationnels : -Impliquer les familles et représentants légaux -Développer une mise en réseau
Résultats attendus : Que les familles et autres personnes, autres que professionnels, participent à l'émancipation des résidents
Pilote : directrice
Acteurs : chef de service, professionnels, résidents, familles, partenaires extérieurs
Instances : CODIR, COPIL, CVS, groupe de travail « partenariat »
Délais : à partir de décembre 2018 -Réalisation du questionnaire pour les familles : décembre 2018 -Réunions professionnels/ familles : à partir de juillet 2019
Critères : questionnaire aux familles, propositions des familles sur de nouvelles idées ou actions à développer
Indicateurs : Nombre de questionnaires remis et reçus des familles, nombre de candidature des parents pour le CVS, nombre de parents présents aux réunions familles
Livrables : Compte-rendu des réunions familles, questionnaire avec les familles sur attentes et besoins, conventions avec des partenaires extérieurs

Un rétroplanning des actions opérationnelles est présenté en annexe 6. Il permet la visualisation des différentes étapes du projet afin de maintenir une dynamique de travail avec des délais connus de tous. Cet outil est utilisé comme un support dans la réalisation du projet.

3.5 L'écriture du projet d'établissement

Concernant le foyer de vie, des perspectives de travail ont été élaborées avant ma prise de poste. Par choix, mon objectif est de m'appuyer sur ce travail.

Je trouve opportun de m'appuyer également sur le plan d'amélioration continue de la démarche qualité et sur les résultats de l'évaluation interne réalisée l'année passée. Dans ce contexte de changement important, je considère le projet d'établissement comme

« une production institutionnelle permettant à une équipe de se fédérer autour de

différents axes et orientations de travail ». ⁷⁹ Justement les auteurs de cet ouvrage précisent bien que « *tout projet suppose d'enclencher des processus de changement* » ⁸⁰. Ainsi, ce projet de réécriture vise à mobiliser l'ensemble des équipes afin qu'elles se sentent impliquées au maximum lors de sa conception.

Il conviendra d'évaluer les nouvelles pratiques et postures d'ici trois ans pour en valider l'intérêt et les bénéfices requis pour chacun et particulièrement pour les personnes accueillies. La prochaine évaluation externe, prévue en 2020, permettra de faire un point sur les nouvelles orientations choisies. L'actualisation du projet de service, est l'occasion, notamment, de repenser les activités, leurs organisations et les principes fondateurs de la qualité de vie aux Cigalons, autour de la participation, de l'autonomie et la théorie de l'autodétermination.

3.6 Une évaluation nécessaire à la réussite du projet par la démarche qualité

L'objectif de l'évaluation est bien de mesurer la capacité de l'institution à atteindre des objectifs fixés au préalable. Ces objectifs découlent du constat des écarts, ce qui conduira nécessairement à de nouvelles logiques d'actions.

Dans le cadre du projet comme celui du foyer de vie, la volonté est d'adapter l'offre de service en construisant de nouvelles dynamiques d'accompagnement. L'enjeu est bien que chacun en comprenne le sens pour permettre l'adhésion des résidents, des familles et des professionnels. Pour évaluer une action, il est nécessaire de pouvoir la mesurer à l'aide d'indicateurs. Ces derniers sont présentés dans les sept fiches action, ils nous permettront d'évaluer la pertinence et l'efficacité de mes choix stratégiques.

Les évaluations intermédiaires auront lieu sur les temps de réunions COPIL « Projet 2019 » sur une fréquence trimestrielle. Je présenterai les résultats lors de réunions institutionnelles et dans les comptes-rendus de leurs réunions. Pour faciliter la lecture, j'ai construit un tableau de bord global reprenant les principaux indicateurs retenus pour mesurer d'éventuels écarts entre le prévu et le réalisé. Ce tableau de bord ⁸¹ est un outil de pilotage qui permettra une vision synthétique du passé, du présent, et par conséquent du futur.

Pour mesurer l'implication des professionnels lors des réunions, des formations et du travail avec les partenaires, je serai vigilante au nombre et contenus des comptes-rendus

⁷⁹ MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2017, *Le métier de directeur techniques et fiction*, 6^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 278p, page 194

⁸⁰ *Ibid.*, page 195

⁸¹ Annexe 7 : proposition de tableau de bord d'évaluation

des différentes réunions ou groupes de travail, au nombre de participants volontaires, au taux de rotations des professionnels. Parallèlement, je veillerai également au taux d'absentéisme, aux arrêts maladie de courte et moyenne durée.

Pour ce qui concerne l'implication des résidents et familles, je veillerai à ce qu'ils ne soient pas en perte de repères liés au changement opéré. Je demanderai aux professionnels de se mobiliser pour partager, informer, expliquer, rassurer autant de fois que nécessaires et demandés par les résidents. Les indicateurs d'ordre quantitatif permettront de mesurer leurs participations auprès des différentes instances de participation.

Le CVS et les représentants du personnel seront également informés de ces résultats d'évaluation et de l'avancement des actions déclinées.

Comme tout projet, il est nécessaire d'évaluer les risques tout au long du processus. Je dois alors être en capacité d'estimer les conséquences, de trouver des solutions pour les réduire et piloter la mise en œuvre des solutions. J'ai recensé les risques qui pourraient se présenter tout au long du projet. Certains se sont déjà manifestés comme la crainte de certains professionnels pour le projet habitat inclusif, je me dois d'être vigilante sur les risques perçus et sur d'autres non encore identifiés.

- Risque lié aux réticences au changement dues aux craintes des professionnels

Je prendrai le soin et le temps pour rassurer, écouter, entendre, argumenter sur la nécessité de faire évoluer l'offre de service. J'ai conscience que les « *routes des projets sont longues et surtout sinueuses, parfois non balisées. Il faut beaucoup de persévérance et de force de conviction pour emmener une équipe jusqu'au terme du voyage* »⁸². Je m'attacherai à être fidèle au dialogue et à la négociation pour mobiliser le plus grand nombre de personnes.

- Risque lié à la recherche de convergence et construction de compromis

Les acteurs n'ont pas toujours le même point de vue, ni les mêmes intérêts par rapport aux projets. Le processus de co-construction suppose que les acteurs parviennent à un compromis acceptable par tous. Cependant, « *il est impossible d'anticiper ni sur le contenu, ni sur le niveau de qualité de l'accord qui sera atteint au terme du processus co-constructiviste* »⁸³. Là encore, je veillerai à entretenir un degré de confiance que les

⁸² *Ibid.* 83, page 99

⁸³ FOUURIAT M.,2016, La co-construction une alternative managériale, Rennes : Presses de l'EHESP,194 p, page147

acteurs éprouvent les uns par rapport aux autres. Celle-ci présume un apprentissage inscrit dans le temps.

- Risque lié à la temporalité

Ma volonté stratégique d'impliquer tous les acteurs, par ce processus de co-construction et de responsabilisation, induit une incertitude dans la temporalité du rythme et dans sa durée. Je veillerai alors, par le biais des évaluations intermédiaires, que les conditions du cadre global posé soient respectées.

Concernant les deux risques précédents, nous pourrions faire appel à un intervenant extérieur si tel était le besoin. Il fera fonction de médiation et de traduction. .

Conclusion

La réactualisation du projet d'établissement du foyer de vie s'inscrit dans une perspective d'amélioration de la qualité de l'accompagnement des personnes accueillies et d'amélioration de la qualité de vie au travail des équipes professionnelles. Le projet d'établissement sera alors l'aboutissement de ce projet ambitieux qui doit pouvoir rendre effective, même modestement, cette aspiration de tout individu, à pouvoir être acteur de sa vie. Et c'est bien dans cette dynamique participative des résidents et des professionnels que j'entends promouvoir le pari audacieux de voir la personne déficiente intellectuelle s'échapper un peu du carcan de la dépendance et de la toute-puissance que peut exercer son environnement. Tel est l'enjeu de mon projet de direction, mais les démarches à suivre relèvent plus d'une ambition à partager.

De ma place de « chef d'orchestre », un tel projet ne peut être celui d'une seule personne, mais bien un projet à construire ensemble, en mettant en commun des énergies panachées. La mobilisation, autour de ce projet, s'inscrit ainsi dans un long processus de changement ; nous vivons des moments de réussites, de surprises, d'étonnements mais aussi certainement des moments de doutes, d'incertitudes, de confrontations, mais cela ne doit pas être considéré comme une raison de ne jamais engager un tel processus.

Dès le mois de septembre 2018, une fois la démarche projet lancée, l'exigence de ma place de directrice me poussera à démultiplier ténacité et persévérance pour faire le pari que les regards, les perceptions, les postures des acteurs d'aujourd'hui évolueront et offriront de nouveaux possibles pour demain.

En tant que directrice, j'ai pleinement conscience qu'il me reviendra d'arbitrer et d'assumer certains choix pour une nouvelle dynamique institutionnelle orientée vers un accompagnement proposant des solutions innovantes qui permettront de restaurer le sentiment d'utilité et de reconnaissance de tous les acteurs et les responsabiliser au quotidien.

Dans le cadre des contraintes collectives et de la sécurité des personnes, je m'attacherai donc, en me basant sur le principe phare qui est celui du faire ensemble, de favoriser et de réaliser l'émergence de l'intelligence collective, la collaboration et la synergie au sein de l'organisation, et entre l'organisation et son environnement. Je veillerai à pérenniser cette ouverture à l'autre et vers l'autre pour que chaque personne accueillie participe à la vie de la cité comme il l'entend et le désire.

Bibliographie

Ouvrages

AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., 2013, *Méthode de conduite du changement*, 3^e édition, Paris : Dunod, 252 p

BECKER J.-C., BRISSONNET C., LAPRIE B., et al., 2004, *Projet d'établissement Comment le concevoir, comment le concevoir*, Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur, 183 p

BERNOUX P., 2004, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris : Editions du Seuil, 307 p

DELCEY M./ éd.,2002, *Déficiences motrices et situations de handicaps : Aspects sociaux, psychologiques, médicaux, techniques, troubles associés.*,2^e édition, Paris : Edition APF,504 p

FOUDRIAT M.,2016, *La co-construction une alternative managériale*, Rennes : Presses de l'EHESP,194 p

FOUDRIAT M., 2011, *Sociologie des organisations*, 3^e édition, Paris : Pearson Education France, 372 p

GAURIER B., 2018, *Personnes en situation de handicap au défi des droits et libertés. Droits fondamentaux et accompagnement*, Lyon : Les Editions de la Chronique Sociale,203 p

GENELOT D.,2011, *Manager dans la complexité*, 4^e édition, Paris : Insep Consulting Editions,37 p

HUMBERT C./éd., 2001, *Les usagers de l'action sociale. Sujets, clients ou bénéficiaires ?* PARIS : Edition L' Harmattan, 285 p

JACOB P./ éd., 2016, *Il n'y a pas de citoyen inutiles*, Malakoff : Dunod, 304 p

JANVIER R., MATHO Y., 1999, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale, contexte, pratiques, enjeux*. Paris : Dunod, 96 p

LE BOTERF G.,2015, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 7^e édition augmentée, Paris : éditeur EYROLLES, 306 p

MIRAMON J.-M., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 3^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP, 150 p

MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2017, *Le métier de directeur technique et fiction*, 6^e édition, Rennes : Presses de l'EHESP,278 p

STIKER H.-J., 1982, *Corps infirmes et sociétés*, 3^e édition revue et augmentée., Paris : Dunod, 330p

Rapports, articles

Rapport du Conseil Supérieur de Travail Social : « *Fonder le rapport aux personnes « Merci de ne plus nous appeler usagers »* »
Disponible sur internet : <http://www.cnle.gouv.fr/rapport-du-csts-refonder-le.html>

Rapport Piveteau « *Zéro sans solutions* »
Disponible sur internet :
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

Dispositif Marie-Sophie Desaulle « *Une réponse accompagnée pour tous* »
Disponible sur internet : <http://handicap.gouv.fr/focus/dispositif-une-reponse-accompagnee-pour-tous/article/une-reponse-accompagnee-pour-tous-principe-et-objectifs>

Rapport du CNSA, 2012, « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé* »
Disponible sur internet :
https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Déclaration de Madrid « *non-discrimination plus action positive font inclusion sociale* »
Disponible sur internet : http://dcalin.fr/internat/declaration_madrid.html

Schéma régional de santé Nouvelle- Aquitaine 2018-2023
Disponible sur internet : <https://nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/consultation-sur-le-projet-regional-de-sante-nouvelleaquitaine>

Projet Régional de Santé 2018-2027 Nouvelle-Aquitaine, schéma régional de santé, Axes et thèmes (projet), Juin 2017
Disponible sur internet : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-nouvelle-aquitaine-2018-2018-est-adopte>

Schéma Landais en faveur des personnes vulnérables 2014/2020
Disponible sur internet : <https://www.landes.fr/files/cq40/vivre-ensemble/autonomie-dependance/Schema-personnes-vulnerables/2014-SchPersVuln-Web.pdf>

CHASSERIAUD C., « Société et travail social », *La revue française de service social*, n° 251/2013-4, pp. 15-25
Disponible sur internet : <https://www.anas.fr/attachment/462413/>

LACHAPELLE Y., 2010, « *Sur le chemin de l'autodétermination* », *Revue CNRIS* (Québec), Vol 2, n°1, pp.4-6
Disponible sur internet :
https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=4958&owa_no_fiche=8&owa_bottin=

LACHAPELLE Y., WEHMEYER M.L.,2003, « *L'autodétermination* », TASSE MJ, MORIN D (sous la direction), *La déficience intellectuelle*, Bourcheville (Québec) : GMorin éditeur, pages 203 à 214

LOUBAT J.-R., Mai/ Août 2017, « *Le changement est-il vraiment si difficile ? Enjeux, obstacles et leviers ?* », *Les cahiers de l'actif*, N°492/495, pp. 163-178

ROUX M.-A., Novembre / Décembre 2002, « *Promouvoir la place de l'utilisateur. D'une vision mécaniste des professions du social vers un accompagnement moderniste et politique du citoyen* », *Les cahiers de l'actif*, N°318-319, pp. 137-148

TOUTUT J.-P., 2017, « *Contribution à un modèle psychologique du changement* », *Les cahiers de l'actif*, n°492/495, pp.177-218

VENTELOU D., 2006, « *L'action sociale comme propédeutique de l'exercice démocratique* », *Empan*, n°64, pp. 46-53

Documents de référence

ANESM : Recommandations des bonnes pratiques professionnelles

Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1101438/fr/tableau-des-recommandations-ou-travaux-relatifs-a-la-bonne-pratique

- *Synthèse et outils : pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, mars 2018
- *Qualité de vie en MAS-FAM (Volet III) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement*, mars 2014
- *Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, janvier 2012
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*, novembre 2008

ARENES J., *Conduire un changement de culture institutionnelle en MECS pour améliorer le dispositif d'insertion des adolescents*, Mémoire ENSP, 2006, 78 p, page 10

Le modèle fonctionnel du Processus de Production du Handicap, 1998

Disponible sur internet : <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/le-modele/>

Le modèle fonctionnel de l'autodétermination d'après Wehmeyer, 1999

Disponible sur internet :

http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6816/Chapitre_12.html

Projet associatif de l'ALGEEI 2017-2021

Propos recueillis de ELICHERY J.-D., lors de son intervention sur la participation, dans le groupe d'analyse de pratique de directeur, IRTS Nouvelle Aquitaine, promotion CADFES 2016

Rapport de l'évaluation externe, décembre 2014

Textes législatifs et réglementaires

Convention relative aux droits des personnes handicapées,

Disponible sur internet : <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, un guide de lecture

Disponible sur internet : <https://rm.coe.int/16802f5c61>

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

Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id>

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

Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=id>

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Disponible sur internet :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=54819D7905CCB0D855B516427C58907A.tplqfr21s_2?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id

Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées, signée à New York le 30 mars 2007

Disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022055392&categorieLien=cid>

Circulaire DGCS/ 3B / 2017/ 148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017- 2021) et de la mise en œuvre des décisions de la CIH du 2 Décembre 2016

Disponible sur internet : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42204.pdf

Autres sites internet consultés

<http://www.toupie.org/Dictionnaire/Heteronomie.htm>

<http://blogensante.fr/2013/09/02/definir-la-notion-de-qualite-de-vie>

<https://www.commentcamarche.com/contents/982-gantt-diagramme-de-gantt>

Dictionnaire électronique des synonymes

Disponible sur internet : <http://crisco.unicaen.fr/des/>

Liste des annexes

ANNEXE 1	Articles 3 et 19 de la convention de l'ONU
ANNEXE 2	Répartition des résidents
ANNEXE 3	Répartition des RH /organigramme
ANNEXE 4	Le modèle fonctionnel Processus de Production du Handicap
ANNEXE 5	Le modèle de l'autodétermination (selon Wehmeyer)
ANNEXE 6	Rétroplanning des actions jusqu'à la réactualisation du projet d'établissement
ANNEXE 7	Proposition de tableau de bord de l'évaluation

ANNEXE 1

Extraits de la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁸⁴

Article 3

Principes généraux

Les principes de la présente Convention sont :

- a. Le respect de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, et de l'indépendance des personnes
- b. La non-discrimination
- c. La participation et l'intégration pleines et effectives à la société
- d. Le respect de la différence et l'acceptation des personnes handicapées comme faisant partie de la diversité humaine et de l'humanité
- e. L'égalité des chances
- f. L'accessibilité
- g. L'égalité entre les hommes et les femmes
- h. Le respect du développement des capacités de l'enfant handicapé et
- i. Le respect du droit des enfants handicapés à préserver leur identité.

Article 19

Autonomie de vie et inclusion dans la société

Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société, notamment en veillant à ce que :

- a. Les personnes handicapées aient la possibilité de choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui elles vont vivre et qu'elles ne soient pas obligées de vivre dans un milieu de vie particulier
- b. Les personnes handicapées aient accès à une gamme de services à domicile ou en établissement et autres services sociaux d'accompagnement, y compris l'aide personnelle nécessaire pour leur permettre de vivre dans la société et de s'y insérer et pour empêcher qu'elles ne soient isolées ou victimes de ségrégation
- c. Les services et équipements sociaux destinés à la population générale soient mis à la disposition des personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres, et soient adaptés à leurs besoins.

⁸⁴ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>; [visité le 18.06.2018]

ANNEXE 2

Répartition des résidents

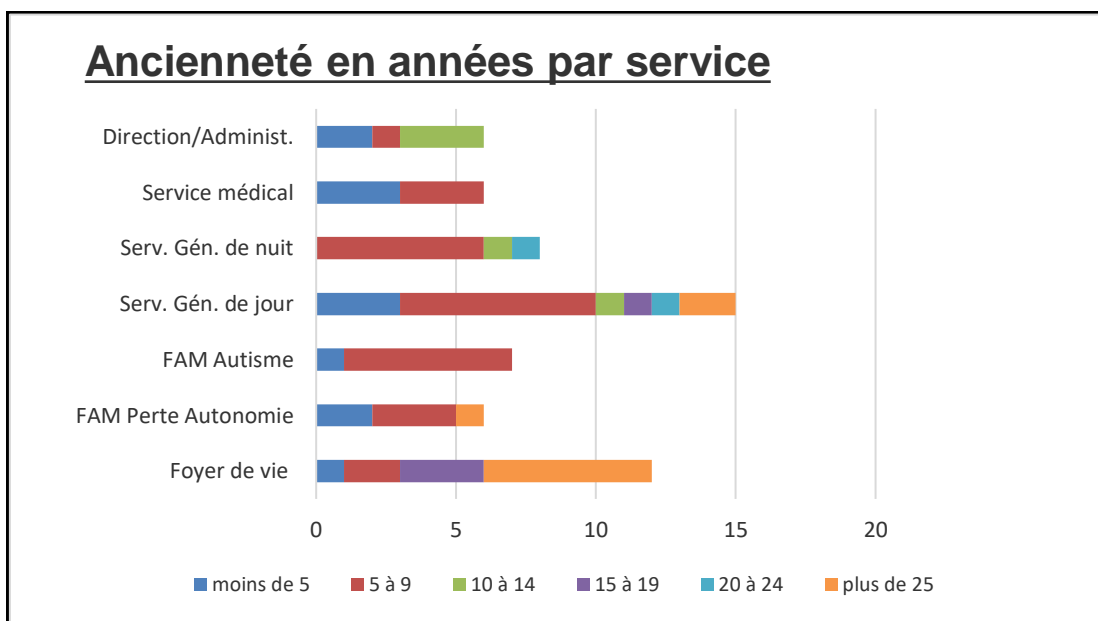
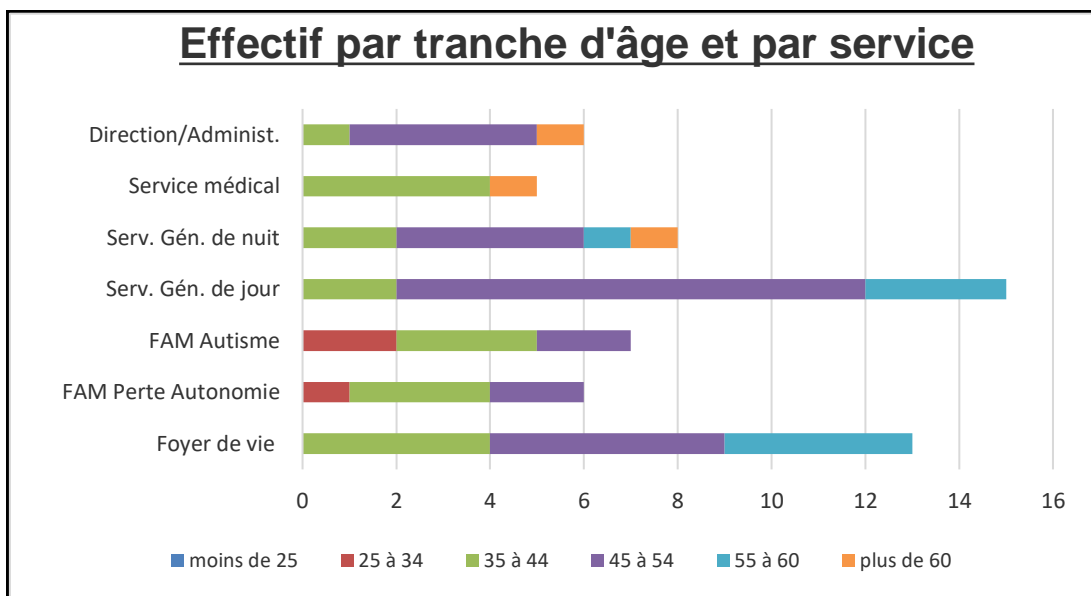
Entrées	Femmes	Hommes	Total	Sorties	Femmes	Hommes	Total
2014	0	0	0	2014	0	0	0
2015	1	1	2	2015	1	0	1
2016	0	0	0	2016	0	0	0
2017	0	0	0	2017	0	0	0

Évolution de la moyenne des âges des résidents			
	Femmes	Hommes	Global
2014	38,14	36,96	37,55
2015	38,32	38,25	38,29
2016	39,32	39,25	39,29
2017	40,32	40,25	40,29

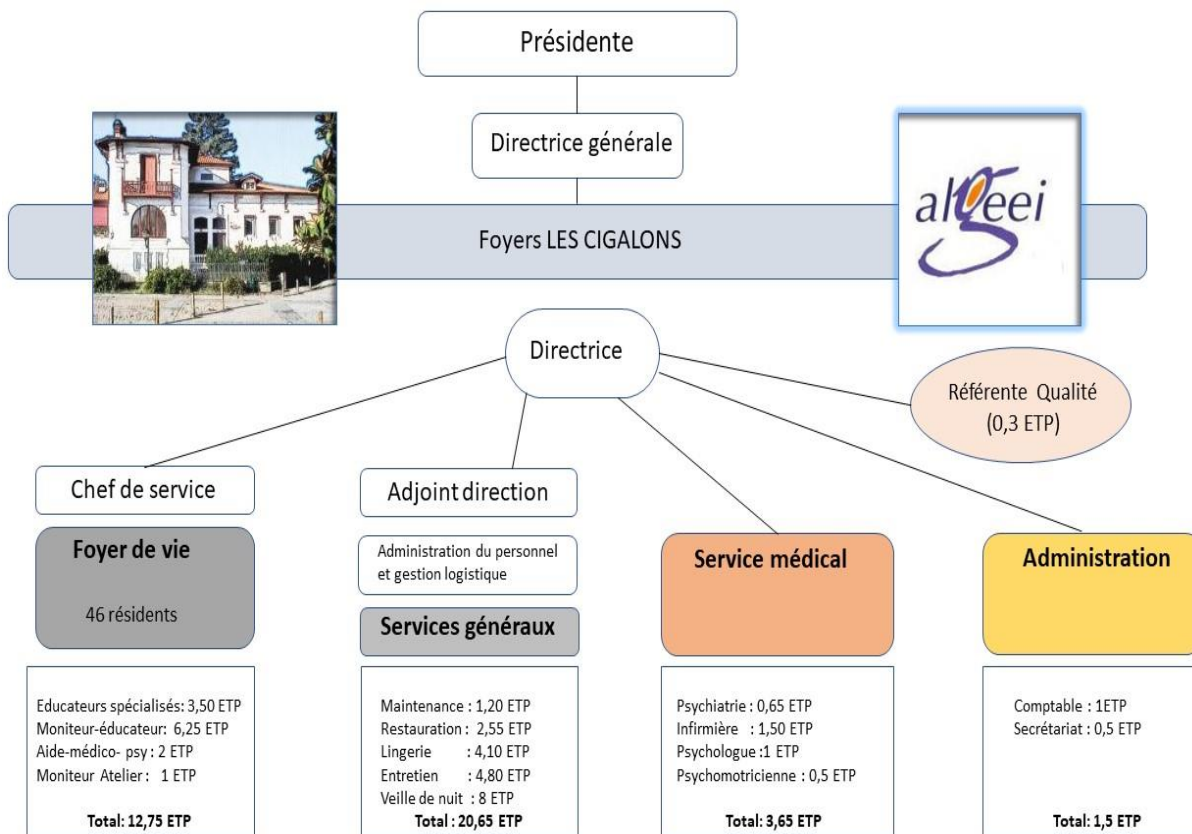
Ancienneté des résidents	Nombre de résidents						
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% en 2017
15 à 30 ans	22	22	23	23	24	24	52 %
10 à 14 ans	2	2	2	2	2	5	11 %
5 à 9 ans	6	7	7	7	14	14	30 %
1 à 4 ans	11	13	13	12	6	3	7 %
Moins d'un an	3	1	0	2	0	0	0 %
Total	44	45	45	46	46	46	100%

ANNEXE 3

Répartition RH / organigramme



Organigramme de l'établissement

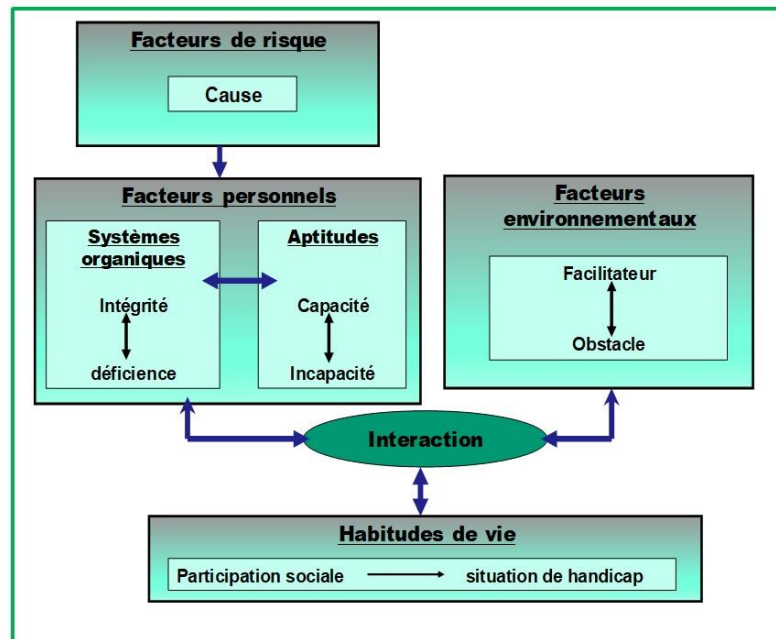


ANNEXE 4

Le Processus de Production du Handicap

(1996)

Le Processus de Production du Handicap est une adaptation du modèle de développement humain dans le champ du handicap. Il reprend la notion centrale de participation sociale comme résultant de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux.



Un **facteur de risque** est un élément appartenant à l'individu ou provenant de l'environnement qui est susceptible de provoquer une maladie, un traumatisme ou toute atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Une **cause** est un facteur de risque qui a effectivement entraîné un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne.

Un **facteur personnel** est une caractéristique appartenant à la personne, telle que l'âge, le sexe, l'identité socioculturelle, les systèmes organiques, les aptitudes, etc.

Le **système organique** est un ensemble de composantes corporelles visant une fonction commune. Une **déficience** correspond au degré d'atteinte anatomique, histologique ou physiologique d'un système organique.

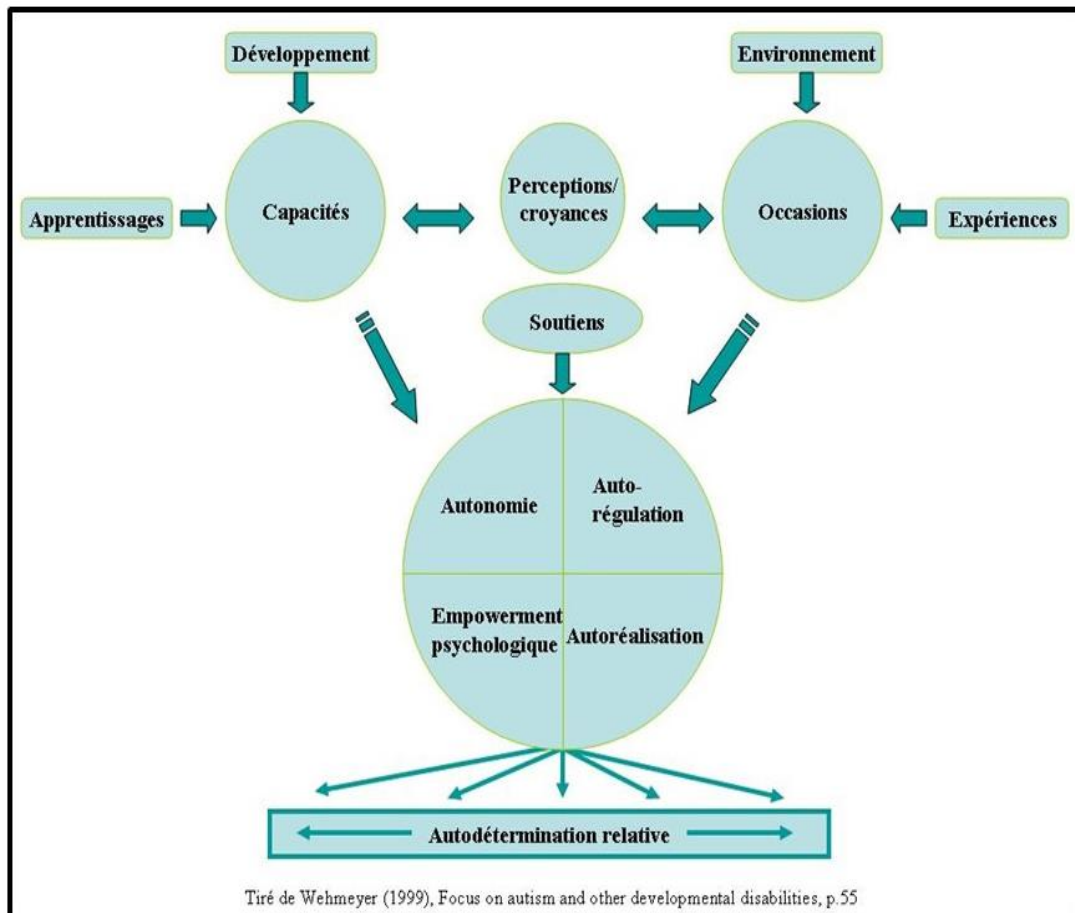
Une **aptitude** est la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale.

Un **facteur environnemental** est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société.

ANNEXE 5

Le modèle fonctionnel de l'autodétermination d'après Wehmeyer, 1999

Le modèle fonctionnel de l'autodétermination ci-dessous représente la complexité de cette notion qui ne tient pas simplement à ses quatre caractéristiques que sont l'autonomie, l'autorégulation, l'empowerment psychologique et l'autoréalisation. Il montre l'importance de nombreux aspects présents dans l'autodétermination, chaque notion étant corrélée avec une autre.



ANNEXE 6

Rétroplanning des actions jusqu'à la réactualisation du projet d'établissement

REORGANISER LE DISPOSITIF DE REUNIONS			2018				2019				2020			
REUNION	PILOTE	OBJECTIFS	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
1ère Réunion Institutionnelle	Directrice	Présenter et partager le projet												
Réunions Institutionnelles	Directrice	Suivre l'avancement du projet												
COFIL "Projet 2019"	Directrice	Constitution du COFIL												
Réunion COFIL	Directrice	Organiser la mise en oeuvre du projet												
Groupe Analyse des Pratiques	Intervenant Extérieur	Apprendre à favoriser le développement d'un "Savoir Analyser"												

ACCOMPAGNER LES EQUIPES ET L'ORGANISATION DANS LE CHANGEMENT			2018				2019				2020			
		PILOTE	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
REALISER UNE GPEC (FICHE ACTION 1)	Réaliser les entretiens	Chef de Service Adjoint de Direction												
	Réactualiser les fiches de poste	Directrice												
	Réalisation des formations des professionnels	Directrice												
REPENSER LES RH POUR RENFORCER LA COHESION ET LA CREATIVITE (FICHE ACTION 2)	Constitution du groupe de travail "Planning"	Chef de Service												
	Groupe de Travail "Planning"													
	Enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles	Directrice												

PROMOUVOIR LE RESIDENT COMME ACTEUR DE SON PROPRE PROJET DE VIE			2018				2019				2020								
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4					
		PILOTE																	
SENSIBILISER LES RESIDENTS A L'AUTO-DETERMINATION (FICHE ACTION 3)	Produire une grille d'évaluation	Référente Qualité Psychologue																	
	Réaliser des entretiens Professionnel Référent et Résident	Chef de Service																	
	Journée de sensibilisation du premier groupe de résidents	Directrice																	
GARANTIR LA PARTICIPATION A TRAVERS DE NOUVELLES INSTANCES (FICHE ACTION 4)	Constitution du CPB	Référente Qualité																	
	Réunions CPB																		
	Réunion mensuelle des groupes de Vie	Chef de Service																	
	Ateliers "Pratiques de Vie Quotidienne"																		
	Enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles	Directrice																	
CREER UN HABITAT INCLUSIF (FICHE ACTION 5)	Constitution COPIL "Villa"	Directrice																	
	Réunions COPIL "Villa"																		
	Création des 3 groupes de travail																		
	Interview des résidents																		
	Recherche Villa Modalités d'accompagnement																		
	Parangonnage																		
	Déménagement																		

RENFORCER L'OUVERTURE AVEC L'ENVIRONNEMENT EXTERIEUR			2018				2019				2020							
			T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4				
		PILOTE																
PROMOUVOIR UN PARTENARIAT (FICHE ACTION 6)	Constitution du Groupe de Travail "Partenariat"	Chef de Service																
	Groupe de Travail "Partenariat"																	
	Rencontres avec nouveaux partenaires (Selon les RDV)																	
	Enquête de satisfaction auprès des résidents et des familles	Directrice																
ASSOCIER LES FAMILLES ET ELARGIR LE RESEAU (FICHE ACTION 7)	Réalisation du questionnaire pour les familles	Directrice Présidente du CVS																
	Réunions Parents / Professionnels	Directrice																
	CVS																	

ANNEXE 7

Proposition d'un tableau de bord pour l'évaluation globale

Evaluation de la mise en œuvre du « Projet 2019 »				
Dispositif envisagé	Dispositif mis en place (date)	Objectif partiellement atteint. Pourquoi ?	Si objectif non atteint, les difficultés identifiées	Axe de travail ou amélioration possible
Constitution du COPIL « Projet 2019 »				
Dispositif de réunions -Nombre de participants -Taux de participation -Nombre de CR des réunions de service -Enquête de satisfaction Professionnels				
Plan de communication -Nombre de supports affichés -Nombre de lettre étapes d'information -Enquête de satisfaction				

Evaluation de l'accompagnement des équipes et l'organisation dans le changement

Dispositif envisagé	Dispositif mis en place (date)	Objectif partiellement atteint. Pourquoi ?	Si objectif non atteint, les difficultés identifiées	Axe de travail ou amélioration Possible
GPEC				
Nombre d'entretiens professionnels menés				
Constitution du groupe de travail « fiches de poste »				
Réalisation des 3 réunions programmées				
Présentation du projet de formation				
Taux de participation à la formation				
CR après chaque COPIL				
Repenser les RH				
Constitution du groupe de travail pour le nouveau planning				
Nombre de RDV résident/référent				
Nombre de professionnels et résidents volontaires participants				

Evaluation de la promotion de la personne accueillie comme actrice de son projet de vie

Dispositif envisagé	Dispositif mis en place (date)	Objectif partiellement atteint. Pourquoi ?	Si objectif non atteint, les difficultés identifiées	Axe de travail ou amélioration Possible
Sensibiliser les résidents				
Constitution de la grille d'évaluation				
Nombre d'entretiens pour l'évaluation des compétences/capacités				
Nombre de résidents à la journée de sensibilisation				
Garantir la participation				
Constitution du groupe Conseil des Pairs pour la Bienveillance				
Nouvelles modalités d'organisations des réunions de groupe de vie				
Comptes-rendus du document support des groupes de vie				
Création de nouvelles instances				
Effectivité des ateliers « pratiques de la vie quotidienne »				
Nombre d'ateliers (un par mois)				
Nombre de résidents participants (7 résidents)				
Enquête de satisfaction résidents/familles				
Réévaluation des capacités et compétences (tous les ans)				

Dispositif envisagé	Dispositif mis en place (date)	Objectif partiellement atteint. Pourquoi ?	Si objectif non atteint, les difficultés identifiées	Axe de travail ou amélioration possible
Habitat inclusif				
Constitution du COPIL « Villa »				
Constitution des 3 groupes de travail				
Interview des résidents				
Choix de la villa et modalités d'accompagnement				
Rencontres avec d'autres établissements				

Evaluation de l'ouverture avec et sur l'environnement pour l'émancipation de la personne accueillie

Dispositif envisagé	Dispositif mis en place (date)	Objectif partiellement atteint. Pourquoi ?	Si objectif non atteint, les difficultés identifiées	Axe de travail ou amélioration possible
Partenariats				
Constitution du groupe de travail « partenariat »				
Rencontres avec nouveaux partenaires				
Nombre de rencontres partenaires				
Nombre de conventions partenaires				
Familles				
Nombre de candidatures parents pour CVS				
Réalisation questionnaires familles				
Nombre de questionnaires reçus/ envoyés				

QUENARD

Eva

Novembre 2018

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**
ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Nouvelle-Aquitaine

**REACTUALISER LE PROJET D'ETABLISSEMENT D'UN FOYER DE VIE POUR
FAVORISER UNE DYNAMIQUE PARTICIPATIVE DES PERSONNES
ACCUEILLIES**

Résumé :

Assurer et encourager la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle dans les prises de décision qui les concernent et favoriser leur autodétermination, tel est l'enjeu de ce mémoire qui s'est réalisé en considérant les représentations et les pratiques orientées vers une logique de protection.

Face aux contraintes architecturales et organisationnelles, l'étude présente l'analyse des contextes législatif, territorial et associatif dans lesquels se situe le foyer de vie qui accueille une population hétérogène, avec des attentes et des besoins diversifiés en matière de qualité de vie et des niveaux d'autonomie et de dépendance réellement disparates.

Au travers de ce mémoire, je vous propose un travail sur l'accompagnement au changement d'une culture institutionnelle, de pratiques professionnelles, de postures de tous les acteurs : résidents, familles et professionnels. Mes réflexions ont été nourries par des travaux autour de la théorie de l'autodétermination, l'autonomie, la participation et la conduite du changement.

Il s'agit alors de faire émerger de nouvelles logiques d'accompagnement, pour sensibiliser les personnes accueillies à l'apprentissage de l'autonomie.

Trois orientations stratégiques seront à l'œuvre pour guider des actions opérationnelles

- Accompagner les équipes et l'organisation dans le changement
- Promouvoir la personne accueillie comme actrice de ses propres choix
- Développer une ouverture sur l'environnement pour l'émancipation de la personne accueillie.

Mots clés :

Foyer de vie, handicap mental, participation, autonomie, autodétermination, co-construction, conduite du changement, co-construction, projet d'établissement

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.