



EHESP

**Directeur d'établissement sanitaire, social et
médico-social**

Promotion : **2014-2015**

**Démarche participative et élaboration d'un projet de
service**

L'exemple de l'ESAT et du SAVS de l'Institut le Val Mandé

Marie-Emilie LEROY

Remerciements

Je remercie l'ensemble des équipes de l'Institut le Val Mandé, avec lesquelles j'ai eu un réel plaisir à travailler pendant mes huit mois de stage. Un merci plus particulier à l'équipe de direction, à celles de l'ESAT et du SAVIE, qui m'ont accueillie avec enthousiasme et m'ont permis de réaliser un stage très enrichissant, notamment de par la diversité des missions qui me furent confiées. Je tiens à remercier plus particulièrement ma maître de stage, Mme Emeline Lacroze, qui m'a appris le beau métier de directeur d'établissement médico-social et me l'a vraiment fait apprécier.

Un grand merci également à Mme Nicole Bohic, Professeur à l'EHESP et médecin de santé publique qui a accepté de diriger ce travail. Son accompagnement méthodologique, sa bonne humeur et sa disponibilité m'ont été très utiles et profitables.

A celles et à ceux qui ont accepté de me recevoir lors des entretiens, je souhaite adresser mes remerciements pour leur contribution indispensable, qui m'a permis de prendre du recul.

Sommaire

Introduction.....	1
Partie 1 - Présentation du contexte et du cadre de réflexion	4
1.1 <i>Présentation succincte du contexte de réalisation d'un projet de service</i>	4
1.1.1 Evolution de l'environnement des établissements médico-sociaux : vers une logique de désinstitutionnalisation et d'individualisation des parcours	4
1.1.2 La qualité, une préoccupation majeure dans un établissement médico-social	9
1.1.3 La prise en compte des contraintes budgétaires.....	11
1.2 <i>Précisions sur les notions de projet de service, participation, inclusion et co-construction.....</i>	14
1.2.1 Qu'est-ce qu'un projet de service ?	14
1.2.2 Qu'entend-t-on par participation, inclusion, co-construction ?	16
Partie 2 - Démarche participative d'élaboration des projets de service à l'ILVM (Exemple du projet de service de l'ESAT et du SAVS).....	21
2.1 <i>Contexte de l'Institut le Val Mandé : Démarche institutionnelle d'élaboration et de mise en œuvre des projets de service</i>	21
2.1.1 Présentation de l'Institut le Val Mandé	21
2.1.2 Cadre d'élaboration des projets de service, vecteur pour une participation effective	22
2.1.3 Quelle participation des usagers du SAVS et de l'ESAT à l'élaboration du projet de service ?	23
2.1.4 Quelle participation des professionnels du SAVS et de l'ESAT à l'élaboration du projet de service ?	25
2.1.5 La place spécifique du cadre dans l'élaboration du projet de service	27
2.2 <i>Analyse comparative</i>	28
2.2.1 ESAT/SAVS : Contexte et objectifs différents	29
2.2.2 ESAT/SAVS : Un public assez proche	30
2.2.3 ESAT/SAVS : L'impact des équipes pluri-professionnelles	31
2.2.4 Comparaisons avec d'autres structures	33

Partie 3 - Préconisations	36
3.1 <i>Préconisations pour la participation de tous les protagonistes à l'élaboration du projet de service : Réunion générale de lancement et de clôture</i>	36
3.2 <i>Préconisations pour la participation des professionnels à l'élaboration du projet de service</i>	38
3.2.1 Réunion pour définir les thématiques à aborder	38
3.2.2 Travail en sous-groupes	39
3.2.3 Les professionnels extérieurs, des partenaires	40
3.3 <i>Préconisations pour la participation des usagers à l'élaboration du projet de service</i>	42
3.3.1 Groupe de travail « expression des usagers »	42
3.3.2 Formation des usagers	44
3.3.3 Développement du « facile à lire et à comprendre »	46
3.3.4 Recours à des outils ludiques (théâtre, films-débats)	47
3.4 <i>Préconisations pour la participation des proches et/ou tuteurs à l'élaboration du projet de service</i>	49
3.4.1 Questionnaire	49
3.4.2 Groupes de travail	50
 Conclusion	 52
Bibliographie.....	I
Liste des annexes	VI

Liste des sigles

AAH : Allocation Adulte Handicapée

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

ARIMC : Association Régionale Rhône-Alpes des Infirmes Moteurs Cérébraux

ARS : Agence Régionale de Santé

ASS : Assistant de Service Social

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CCAS : Centre Communal de l'Action Sociale

CESF : Conseiller en Economie Sociale et Familiale

CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

COFIL : COmité de PILotage

CPOM : Contrats Pluri-annuels d'Objectifs et de Moyens

CSG : Contribution Sociale Généralisée

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et d'Evaluation et des Statistiques

DSP : Dossier Socio-Professionnel

EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ETP : Equivalents Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FV : Foyer de Vie

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

IDA : Institut Départemental des Aveugles

IGAS: Institut Général des Affaires Sociales (IGAS)

ILVM : Institut le Val Mandé

IME : Institut Médico-Educatif

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

MAD : Mises A Disposition

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé

PAQ : Plan d'amélioration de la Qualité

RTT : Récupération du Temps de Travail

SESSAD : Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile

SACAT : Section Annexe au Centre d'Aide par le Travail

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

UDAPEI : Union Départementale des Associations de parents et amis de personnes handicapées mentales

UFSBD : Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

Introduction

En 1977, Edgar Morin, philosophe et sociologue français écrivait : « les interactions sont des actions réciproques modifiant le comportement ou la nature des éléments, corps, objets, phénomènes en présence ou en influence. »¹ En effet, lorsque différentes personnes sont en présence et interagissent les unes avec les autres, elles s'influencent réciproquement, consciemment ou non. Construire ensemble un projet permet aux acteurs de « modifier » le regard et le « comportement » des personnes en présence. Pour que dans les établissements médico-sociaux notamment, des projets soient co-construits, il est nécessaire que tous puissent participer.

En son quatrième article, la charte des droits et libertés de la personne accueillie précise que « le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti. » La participation active et directe des personnes accueillies en établissement de santé est ainsi explicitement soulignée et recherchée, notamment dans la loi 2002-2, loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ceci s'inscrit dans une volonté de mettre l'usager au cœur de la structure qui l'accueille. L'un des sept outils préconisés pour la mettre en œuvre, ainsi qu'un ensemble de droits, est le projet d'établissement et/ou le projet de service. Outil majeur dans les structures médico-sociales notamment, ce document a pour objet de définir les grandes orientations stratégiques de l'établissement, pour les cinq années à venir. Les notions de projet d'établissement et de projet de service sont facilement associées par le législateur. Toutefois, dans un même établissement regroupant différents services, il peut y avoir un projet d'établissement, rappelant les valeurs de la structure et définissant ses grandes dynamiques, ainsi que plusieurs projets de service correspondant à chacun des services. C'est la configuration actuelle de l'Institut le Val Mandé (ILVM), qui compte 12 services. Cet établissement dans lequel j'ai effectué mon stage de professionnalisation est composé de services pour des personnes en situation de handicap, dont un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) et un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). Au cours de ce stage, j'ai été plus particulièrement missionnée sur l'élaboration du projet de service de ces deux structures.

¹ Morin E., 1977, *La Nature de la nature* (t. 1), La Méthode (6 volumes), Le Seuil, p.51

Le projet d'établissement de l'ILVM a été validé pour la période 2014-2018. Le projet de service définit les orientations stratégiques du service pour les cinq années à venir et s'inscrit dans le cadre de la stratégie institutionnelle fixée par le projet d'établissement de l'Institut.

Ce dernier fixe cinq grandes orientations :

- assurer une qualité d'accueil et d'accompagnement aux usagers ;
- favoriser le partage des savoirs et des compétences ;
- inscrire l'utilisation efficiente des ressources dans une démarche de responsabilité sociétale ;
- renforcer la place de l'environnement dans la vie de l'Institut ;
- améliorer la politique de gestion des risques.

L'article L. 311-8 du code de l'action sociale et des familles donne la définition suivante du projet d'établissement et du projet de service : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. »

Deux objectifs du projet d'établissement peuvent être mis en relief : d'une part, le document final officiel et d'autre part, la démarche, la procédure utilisée pour aboutir à ce texte. Nous allons plus particulièrement étudier ce second aspect en nous focalisant sur la démarche participative. Il s'agit des modalités mises en œuvre afin « de donner un rôle aux individus dans la prise de décision affectant l'organisation dont ils font partie. »² En effet, il est important de souligner que l'utilisateur est vraiment au cœur de l'organisation, du service, dans lequel il se trouve. C'est pourquoi, il est essentiel d'entendre et de tenir compte de ses souhaits et besoins, en le considérant comme un partenaire à part entière. Toutefois, il ne faudra pas omettre la question de la participation effective pour des personnes en situation de fragilité, dont la voix peut être instrumentalisée par les professionnels, leurs proches et/ou le directeur.

² MELIN P., CHOAY F., 2000, *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, Presses universitaires de France, Paris, 575.

Ce travail nous conduira à nous demander : Quelles peuvent être les modalités de participation des usagers et des professionnels à l'élaboration d'un projet de service et à sa mise en œuvre ? Dans quelle mesure une démarche participative peut-elle être utilisée auprès d'autres publics et d'autres professionnels ? Quel rôle peut jouer un directeur de structure dans la libre expression de tous ? Pourquoi avoir besoin de recueillir la parole de ces acteurs ? Dans quelle mesure le recueil de la parole des usagers et des professionnels constitue-t-il un levier pour le directeur ?

En somme, nous nous demanderons : quelle démarche participative peut être utilisée pour élaborer un projet de service, afin que cette démarche soit réellement inclusive, c'est-à-dire qu'elle tienne compte réellement de la parole de l'utilisateur ?

Dans un premier temps, nous allons présenter le contexte de notre étude (I), en insistant sur certains éléments : l'essor d'une logique de désinstitutionnalisation et d'individualisation des parcours, l'importance de la qualité et le contexte budgétaire contraint, avant de préciser en quoi consistent un projet de service et les notions de participation, inclusion et co-construction. Puis, dans un second temps, nous nous attarderons sur la démarche participative utilisée à l'Institut le Val Mandé pour élaborer les projets de service (II), tant pour les usagers que pour les professionnels. Nous analyserons cette démarche en tenant compte notamment du contexte d'élaboration de ce projet de service, de la composition des équipes, du public accueilli et nous ferons un rapide focus sur les méthodologies utilisées dans d'autres établissements. Enfin, au regard de cette analyse et des limites mises en exergue, nous tenterons de formuler des préconisations (III) visant à favoriser la participation des professionnels, des usagers et de leurs proches, tout en veillant à la faisabilité (tant d'un point de vue financier qu'humain, notamment) de ces axes d'amélioration.

Partie 1 - Présentation du contexte et du cadre de réflexion

1.1 Présentation succincte du contexte de réalisation d'un projet de service

Le contexte dans lequel s'inscrivent les établissements médico-sociaux est en évolution permanente, ce qui nécessite une adaptation récurrente des acteurs. Plusieurs paramètres peuvent être mis en exergue. Nous nous attarderons principalement sur les suivants, qui me semblent être plus particulièrement prépondérants aujourd'hui : la logique de désinstitutionnalisation et d'individualisation de l'accompagnement, les obligations légales en termes de qualité et les contraintes budgétaires. Même si ces déterminants peuvent apparaître comme des freins dans un premier temps, ils peuvent être également un réel levier d'action pour un directeur.

1.1.1 Evolution de l'environnement des établissements médico-sociaux : vers une logique de désinstitutionnalisation et d'individualisation des parcours

1.1.1.1 Passage progressif à la désinstitutionnalisation

Après la deuxième guerre mondiale, le modèle techno-bureaucratique wébérien s'est peu à peu imposé dans notre société. Le système bureaucratique se caractérise par une organisation pyramidale et un découpage vertical des secteurs, c'est-à-dire que le pouvoir de commandement se situe en haut, à la tête de l'instance, et que l'ordre descend jusqu'en bas, où il est appliqué. La technocratie est une forme de gouvernement, dans laquelle le pouvoir scientifique et rationnel, a une place centrale, conférant ainsi la légitimité à l'organisation. De ce modèle est né un découpage du secteur médico-social, notamment, au gré des pathologies ou des troubles identifiés. Ainsi, des structures spécialisées ont vu le jour, telles que les Instituts Médico-Educatifs (IME) pour les enfants « inadaptés » ou bien encore les Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) pour des jeunes autistes, répondant ainsi à des besoins spécifiques identifiés chez une population déterminée. A la fin du XX^{ème} siècle, le législateur a manifesté sa volonté d'insérer davantage les personnes en situation de handicap au sein de la société. Toutefois, comme le souligne Robert Lafore³ dans une allocution intitulée « l'institution : approche sémantique, philosophique et sociologique », « le modèle techno-bureaucratique a atteint un niveau buttoir de par sa logique inflationniste. » En effet, lorsqu'une nouvelle catégorie de population en difficulté émerge, il convient de créer une nouvelle « filiale pour la prendre en charge » et donc de nouveaux types d'établissements. Or, ce modèle est remis en cause, selon Robert Lafore,

³ Professeur agrégé de droit public, Directeur honoraire de l'Institut l'Etudes politiques de Bordeaux

par deux processus constituant des mutations : d'une part, la « singularité individuelle » est aujourd'hui revendiquée, ce qui se traduit législativement par les droits des patients et les droits des usagers, en particulier ; d'autre part, en parallèle de ce mouvement sociétal, il y a des « tentatives floues de reconstruction du collectif », notamment à travers la « démocratie participative. »

Ce mouvement de désinstitutionnalisation consiste donc à ne plus spécialiser les prises en charge, afin de se référer au droit commun, d'où la mise en exergue aujourd'hui de la notion d'inclusion dans la société civile. Cette évolution peut être soulignée en particulier, dans la loi du 5 février 2005, promouvant la scolarisation des enfants en situation de handicap, dans la mesure du possible, dans des établissements scolaires de droit commun. Ainsi, c'est à l'école, à la société en général de s'adapter au handicap de la personne. Ces évolutions impliquent une transformation des organisations, qui deviennent davantage « systémique ou réticulaire » (en réseau), selon Robert Lafore, d'où le développement des plates-formes, des partenariats, etc. Si les institutions techno-bureaucratiques ne disparaissent pas pour autant, elles sont amenées à se transformer peu à peu, notamment sous l'influence du législateur et des demandes nouvelles des usagers. Toutefois, il convient de nuancer ce propos en rappelant que ce sont des parents d'enfants handicapés qui sont à l'origine de la création d'établissements pour accueillir ce public. La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées est venue structurer le secteur du handicap, le bureaucratisant progressivement.

Georges Gurvitch, sociologue français d'origine russe, présente une vision dynamique de l'institution. Robert Lafore la traduit de la manière suivante : « les institutions, ce sont des subjectivités qui, s'articulant et coopérant, se projettent et construisent un ordre commun qui, pour durer et être efficient, doit les dépasser pour s'inscrire dans le temps, devenant de ce fait « objectif » ; mais en retour, cet arrangement stabilisé de règles et de normes, pour indispensable qu'il est, requiert toujours des individus leur action et leur coopération concrète pour perdurer, ces derniers lui donnant donc en continu des impulsions qui le régénèrent et lui évitent ainsi de disparaître. » « L'ordre commun » évoqué est le cadre dans lequel s'inscrit l'action des individus. Dans un établissement médico-social, ce cadre est principalement constitué par le projet d'établissement ou/et le projet de service. La recommandation de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) de janvier 2012, indique que le « projet d'établissement ou de service a pour finalités principales de clarifier le positionnement institutionnel de la structure (établissement ou service), d'indiquer les évolutions en termes de public et de missions, de

donner des repères aux professionnels et de conduire l'évolution des pratiques et de la structure dans son ensemble.»⁴

Ainsi, le cadre est fixé de concert entre les usagers, les professionnels et l'équipe de direction, cette dernière étant garante du respect de la loi et de l'expression de tous.

1.1.1.2 Individualisation des prises en charge et logique de parcours

Comme nous l'avons souligné précédemment, les usagers des établissements médico-sociaux sont aujourd'hui en demande pour être davantage acteur de leur existence. Cette évolution qui est plus large que les seuls établissements de santé, peut être qualifiée de changement sociétal. Selon Robert Lafore, il se traduit essentiellement, par une « poussée de l'individu, qui entend maîtriser son destin, se construire comme un être singulier et reconnu comme tel et n'entrer dans les dépendances collectives qu'autant qu'il y consent ». Même si cette insistance sur la singularité de l'individu est sans doute charriée par certaines illusions, il n'en demeure pas moins, que l'individu se revendique aujourd'hui comme acteur de sa propre existence et ne doit plus être considéré comme un sujet passif. Lors d'une conférence en 2010, des personnes en situation de handicap mental s'exprimaient ainsi : « comme les besoins ne sont plus les mêmes, nous allons être plus exigeants ; maintenant, on commence à dire « non » : on va retrouver aussi la confrontation. Les personnes qui vont nous accompagner ne seront peut-être pas prêtes à aller jusque là. »⁵ A travers ces propos, nous pouvons souligner que les usagers qui s'expriment, s'affirment en tant qu'être « sachant », ayant des compétences et des connaissances sur eux-mêmes notamment, à transmettre. Tous les usagers n'ont, toutefois, pas cette capacité d'affirmation de leurs besoins. Dans ce cas, ce sont généralement leur famille ou des acteurs externes à la structure qui se font leurs porte-paroles. Cette logique d'individualisation de la prise en charge implique un changement de paradigme, puisque d'une logique de structure, d'établissement, on passe à une logique de parcours, parcours dans lequel l'utilisateur est perçu comme un sujet de droits, qui doit pouvoir s'insérer dans la société, notamment par l'accès à l'éducation. Si toutes les personnes en situation de handicap ne peuvent pas évoluer en milieu ordinaire, les établissements spécialisés doivent veiller particulièrement à ce que chaque accompagnement soit personnalisé et répondent réellement aux besoins et

⁴ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-PE-PS.pdf

⁵ CLERMONT C., BECK J. et RUBBEN B., *Point de vue d'usagers – la participation : progrès ou illusion ?*, 23 avril 2010, école européenne supérieure en travail social (EESTS) de St Omer, MAIS (Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale), p. 18

[http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_\(MYTHE_OU_REALITE\).pdf](http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_(MYTHE_OU_REALITE).pdf)

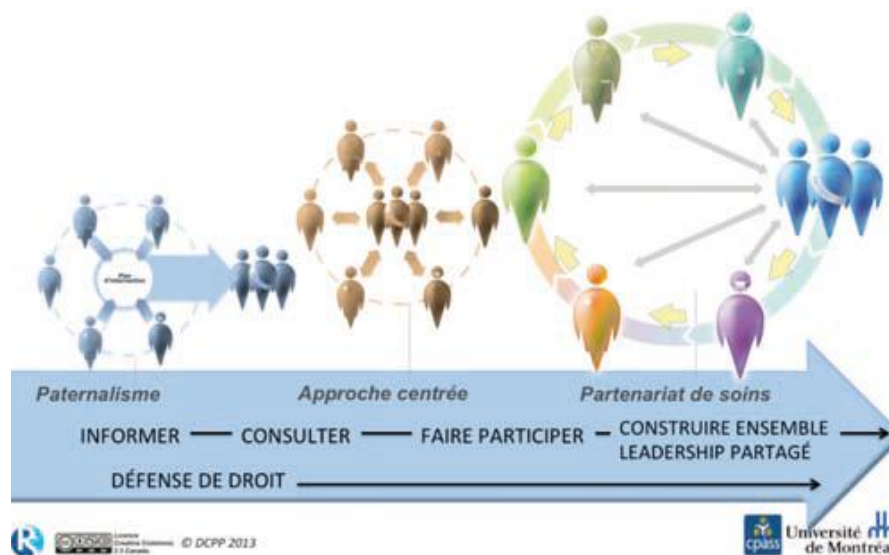
dans la mesure du possible, aux souhaits de l'usager. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a particulièrement mis l'accent sur la notion de parcours et sur l'expression de la personne handicapée.

Ces évolutions conduisent à reconsidérer la place des usagers dans les établissements, en les associant étroitement aux projets, notamment ceux les impactant directement.

C'est ce que propose le « Montreal model », présenté dans un article intitulé « le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé.⁶ Ce modèle relationnel a été élaboré par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, depuis 2010. Il se fonde « sur le partenariat entre les patients et les professionnels de la santé », en « s'appuyant sur les savoirs expérientiels du patient, issus de la vie avec la maladie, et complémentaires des savoirs scientifiques des professionnels de la santé. » Plus précisément, ce « savoir expérientiel » est défini comme « les savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches. » L'auteur de cet article, Marie-Pascale Pomey souligne que le patient est considéré comme un « expert de l'organisation des soins », « comme un membre à part entière (un partenaire) de l'équipe de soins ». Utilisé dans le cadre des maladies chroniques, ce modèle pourrait être élargi au champ de la santé au sens large, c'est-à-dire englober également le secteur du handicap.

Ce schéma synthétise l'évolution de la place de l'usager, l'aboutissement étant le patient considéré comme un véritable partenaire.

⁶ POMEY M-P. et al., 2015/HS S1, « Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé, Santé Publique, p. 41-50



Toutefois, associer l'ensemble des acteurs aux projets, voire aux processus décisionnels, comporte des avantages, mais aussi des limites. De fait, certains usagers peuvent être en difficulté. En 2008, dans sa recommandation intitulée « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale », les auteurs de document de l'ANESM pointent les limites possibles de la participation des usagers, en indiquant : « l'idée que la participation des usagers est bénéfique « en soi » fait partie de ces évidences qu'il s'agit de soumettre à la critique, ne serait-ce que pour les refonder en élucidant les hypothèses de travail sur lesquelles elles reposent. Il y a en effet toujours lieu d'être prudent à l'égard des idées toutes faites et des évidences qui ne reflètent parfois que les a priori d'une profession, d'une époque, d'une catégorie d'institutions. »⁷ En dépit de cette vigilance que le directeur doit avoir et sur laquelle nous reviendrons, la parole de l'utilisateur peut constituer un véritable levier de changement, tant pour l'équipe que pour les usagers eux-mêmes, comme le souligne Robert Lafore. Pour ce dernier, « en les faisant participer aux projets, on amène les usagers à penser le collectif », à ressentir une appartenance à un groupe. En donnant la parole aux usagers (et aux professionnels, notamment), le directeur contribue à « fabriquer une intelligence commune, collective » et à donner du sens, les acteurs s'appropriant ainsi les projets.

En sus des usagers, il convient également de mobiliser les professionnels, afin de produire collectivement du sens. En effet, cette « production de sens ne peut plus procéder simplement de l'extérieur », selon Robert Lafore, et nécessite d'associer l'ensemble des

⁷ http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_expression_participation_usagers.pdf

acteurs. Or, les équipes ne sont pas forcément prêtes aux changements, aux évolutions demandées quant à l'accompagnement des usagers ; c'est le processus de « résistance au changement » présenté par Coch et French en 1947⁸. Il s'agit d'un comportement d'opposition à une évolution ou au moins de préservation de l'état actuel d'une situation⁹. Même si ce concept a été décrié, il est nécessaire d'intégrer tous les acteurs, d'être pédagogue et de prendre le temps qu'il convient lorsque l'on souhaite changer certaines habitudes, certaines pratiques professionnelles. Cette vigilance est particulièrement importante, car elle permet aux professionnels, notamment, de s'approprier les projets et de donner du sens à leur travail. Or, les professionnels n'ont pas toujours les ressources et le temps nécessaires pour intégrer, voire pour intérioriser ces changements, d'où des résistances et des incompréhensions.

En sus de ces phénomènes d'individualisation des parcours et de désinstitutionnalisation, pour présenter le contexte d'un projet de service, le directeur doit également tenir compte des exigences en termes de qualité.

1.1.2 La qualité, une préoccupation majeure dans un établissement médico-social

La démarche qualité vise à améliorer continuellement la qualité des prestations fournies. En 2004, la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS), devenue depuis la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) indiquait dans un rapport¹⁰ qu'il « s'agit d'une démarche volontariste et collective, sur une longue durée, engagée par un établissement ou un service, afin de conforter ses points forts et réduire progressivement ses points faibles ». L'objectif majeur est d'améliorer les services rendus à l'utilisateur. Cette définition plus spécifique au champ de la santé s'inscrit pourtant dans un contexte plus général.

La Loi Organique relative aux Lois de Finances (LOLF) du 1^{er} août 2001 reflète d'ailleurs l'exigence de résultats attendus lorsque des moyens financiers sont engagés dans une action. En effet, en fonction des projets, cette loi intègre un certain nombre d'objectifs à atteindre. Une évaluation des résultats est ensuite effectuée, au regard des critères fixés antérieurement. Cette logique d'efficience¹¹ des moyens financiers déployés par l'État ou

⁸ COCH L. et FRENCH J., 1947, *Overcoming resistance to change*, Human Relations

⁹ http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf

¹⁰ Démarche qualité, évaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire – Guide méthodologique, DGAS, mars 2004, http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

¹¹ Définition : « L'efficience est l'optimisation des outils mis en œuvre pour parvenir à un résultat » PIGE B. et al. , 2008, *Management et contrôle de gestion*, Nathan, p 9

une entité publique s'est développée dans de nombreux secteurs d'activité à partir de la fin du XX^{ème} siècle et s'est accompagnée d'un renforcement des contrôles de la qualité.

Si dans le champ de l'entreprise, la démarche qualité est initiée tôt¹², il faut attendre la réforme hospitalière de 1990 pour que l'évaluation médicale soit mise en place dans le secteur sanitaire. La réforme de la tarification des Établissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) en avril 1999 « introduit une formalisation systématique de démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité. »¹³ Ces démarches sont individualisées pour chaque structure dans une convention tripartite, signée par l'établissement, l'autorité compétente pour le Conseil général (aujourd'hui dénommé Conseil départemental) et l'Assurance maladie. La démarche qualité est centrée autour de l'usager, de sa famille et doit respecter ses « choix, la nature du cadre de vie, du professionnalisme des intervenants et de l'organisation institutionnelle. »¹⁴

Le grand tournant pour le secteur médico-social est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Elle crée un ensemble d'outils visant à l'amélioration de la qualité, à une « meilleure prise en compte de l'usager, de ses besoins et de ses attentes », tels que le livret d'accueil, le Conseil de la Vie Sociale (CVS), la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le contrat de séjour, le règlement de fonctionnement, mais aussi le projet d'établissement. Ce dernier est particulièrement essentiel puisqu'il « doit définir les objectifs d'évaluation des activités et de la qualité des prestations » et constitue donc, à ce titre, un pivot essentiel de la démarche qualité et une base de travail. En outre, cette même loi prévoit l'évaluation régulière des établissements sous deux modalités : d'une part, une évaluation interne quinquennale pour évaluer les prestations délivrées aux usagers à partir des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'ANESM et d'autre part, une évaluation externe septennale réalisée par un organisme habilité. La DGAS précisait en 2004 que ces évaluations ont pour « finalité de mesurer à intervalles réguliers grâce à un référentiel, le niveau d'atteinte des objectifs que l'établissement s'est fixé dans le cadre de sa démarche qualité. Le constat des écarts conduit le plus souvent à des actions correctives infléchissant le processus engagé. »

Il est important de garder à l'esprit le fait que la démarche qualité est globale, c'est-à-dire qu'elle rayonne sur l'ensemble des activités d'un établissement. De fait, du projet d'établissement va découler le projet de service, mettant en exergue les besoins des

¹² Création de l'Association Française de Normalisation (AFNOR) dès 1926

¹³ Idem que note 10

¹⁴ Idem que note 10

usagers, qui seront ensuite repris individuellement à travers les projets personnalisés. A toutes ces étapes, une définition de l'objet est établie, ainsi que des objectifs, qui seront évalués à échéance régulière, qu'elles que soient les projets.

Si la recherche de l'amélioration de la qualité ne peut qu'être louable, il convient toutefois de rester vigilant quant au sens donné aux procédures, qui peuvent devenir « une espèce de formalité, qui consisterait à satisfaire à un examen quinquennal et à vider de tout son sens la quête de qualité en tant que démarche permanente ».¹⁵ C'est pourquoi, Jean-René Loubat, psychosociologue et docteur en sciences humaines, préconisait en 2004 de parler « d'amélioration continue de la qualité », afin de l'inscrire dans le temps et dans « toutes les pratiques et situations professionnelles », terme qui a été adopté dans la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009. Plusieurs fois par an, la qualité des accompagnements est étudiée et évaluée (rapport d'activité, plan d'amélioration de la qualité (PAQ), etc.). L'implication et la participation de tous les acteurs est l'une des clés essentielles de l'amélioration effective de la qualité dans un établissement.

Aux exigences de qualité, s'ajoutent les contraintes budgétaires, dont le directeur doit tenir compte.

1.1.3 La prise en compte des contraintes budgétaires

Depuis le milieu des années 1970, la croissance économique française connaît un ralentissement, ce qui a un impact sur le financement de notre système de santé. En effet, à partir de ces années, « les demandes de soins de santé augmentent plus vite que les ressources publiques affectées au système de santé ».¹⁶ Cette situation conduit les différents gouvernements français à réformer le système de santé, afin de maîtriser la hausse des dépenses. Pour ce faire, des réformes portant sur les modalités de financement sont effectuées (pour le secteur hospitalier, passage du prix de journée au budget global hospitalier (1978), puis au forfait journalier et à la dotation globale de financement (1983), puis à la tarification à l'activité (2003)). De nouvelles sources financières sont créées à l'instar de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) en 1991. Des réformes du système de santé sont entreprises, notamment en créant des agences, telles que l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), intégrées en 2009, aux Agences Régionales de Santé (ARS). Le champ d'action de ces dernières est plus large que celui des ARH, puisqu'il englobe

¹⁵ Article de Jean-René Loubat, « l'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux », 2 septembre 2004, <http://www.lien-social.com/l-evaluation-de-la-qualite-dans>

¹⁶ PALIER B., mai 2010, *La réforme des systèmes de santé*, 5ème édition, PUF

notamment le secteur médico-social. Des objectifs nationaux des dépenses sont fixés, afin de limiter l'accroissement de la hausse de celles-ci.

Aujourd'hui, avec une dette publique de plus de 2 000 milliards d'euros, la France et l'Union européenne ne peuvent mettre en place que des politiques de rigueur. « D'ici à 2017, le secteur de la santé doit faire 10 milliards d'euros d'économies » note la journaliste Caroline Coq-Chodorge de la Gazette santé-social, en septembre 2014.¹⁷ S'il ne s'agit pas de faire des économies nettes, l'ensemble du secteur de la santé doit réduire le trend naturel des dépenses. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour l'année 2015 prévoit un taux d'évolution de l'ONDAM médico-social de 2,2 %, contre 3 % en 2014. Toutefois, ce ralentissement de la hausse reste supérieur à celui demandé aux établissements de santé, car celui-ci s'établit à 2 % en 2015.¹⁸ Ainsi, un encadrement national des dépenses de santé est effectif et a de réelles conséquences pour les établissements. Toutefois, comme le soulignent les auteurs du rapport de l'Institut Générale des Affaires Sociales (IGAS) d'octobre 2012, intitulé "Etablissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement"¹⁹, au début des années 2010, il y avait près de "450 000 places pour les personnes pour une dépense globale publique, tous financeurs confondus (Etat, Conseils généraux, Assurance maladie) de 16 milliards d'euros." Le nombre de places insuffisant a été mis en exergue, d'où "*un programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie 2008-2012*, qui a prévu la création de 50 950 places supplémentaires." Cependant, ces améliorations doivent se faire dans un contexte budgétaire contraint.

A l'échelle des établissements, ces évolutions financières se traduisent dans le cadre des conventions tripartites ou des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), en fonction des établissements. Ces outils constituent, en effet, un nouveau mode de régulation. Obligatoire pour les EHPAD depuis 1999, la convention tripartite est un document définissant les « conditions de fonctionnement de l'établissement, tant sur le plan financier que sur celui de la qualité de la prise en charge des usagers et des soins dispensés à ces derniers. »²⁰ Les objectifs et modalités d'évaluation de la structure se trouvent dans cette convention. Elle

¹⁷ <http://www.gazette-sante-social.fr/14118/comment-faire-10-milliards-deuros-deconomies-sur-la-sante>

¹⁸ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/depliant_lfss_2015.pdf

¹⁹ VACHEY L., VARNIER F., JEANNET A., AUBURTIN A., octobre 2012, *Etablissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement*, IGAS

²⁰ <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Conseils-pour-bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Le-fonctionnement-de-l-etablissement-Ehpad/La-convention-tripartite-et-le-projet-d-etablissement>

est qualifiée de « tripartite », car elle est signée par l'établissement, le Conseil départemental et l'ARS. La loi indique qu'en cas de non-conclusion d'une convention tripartite, « le retrait de l'autorisation à accueillir des personnes âgées dépendantes, et donc, la fin des financements publics au titre de la dépendance et des soins » peut être prononcé.²¹

Notons qu'en fonction de type d'établissement, plusieurs tarificateurs peuvent intervenir. Ainsi, les IME sont exclusivement financés par l'Assurance maladie, via l'ARS, alors que les Services d'Accompagnement à la vie Sociale (SAVS) le sont par le département (dans le cadre de l'aide sociale départementale) et les Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) le sont par l'ARS (partie « soins ») et le département (partie « hébergement »). Le projet d'établissement doit s'appuyer sur le contenu de cette convention, afin d'y répondre au mieux.

Le CPOM, dont le cadre législatif et réglementaire est rappelé dans la circulaire du 25 juillet 2013²², est un contrat d'objectifs et de moyens qui peut être signé pour plusieurs établissements et services gérés par le même organisme, relevant d'une seule ou plusieurs autorités de tarification et implanté sur un ou plusieurs départements. D'une durée maximale de cinq ans, le CPOM permet de « faire remonter au niveau de l'organisme gestionnaire » les échanges avec les tarificateurs.²³

Aujourd'hui, l'implication directe des usagers à la réalisation d'un CPOM reste très limitée. Toutefois, leur participation à des projets de l'établissement peut sans doute être valorisée auprès des tarificateurs, puisqu'elle leur donne une légitimité plus importante.

En fonction de la taille de l'établissement, la loi HPST prévoit qu'un arrêté rendra obligatoire la signature d'un CPOM. Au cours de l'exécution du CPOM, un dialogue de gestion annuel entre l'établissement et les signataires est organisé, afin de discuter ensemble quant à l'effective application des engagements contractuels. Pour la DGCS, les CPOM sont un outil « volontaire de la transformation de l'offre », note Aurélia Descamps, en janvier 2014, dans un article intitulé « les CPOM en question »,²⁴ induisant le souhait de laisser une plus grande souplesse aux établissements quant à leur gestion, mais aussi de les contrôler, notamment d'un point de vue financier et en termes de qualité.

²¹ <http://www.lamaisondelaautonomie.com/wp-content/files/seuilCPOMEHPAD.pdf>

²² http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/fileadmin/MIDI-PYRENEES/0_INTERNET_ARS_MIP/QUALITE/MEDICO_SOCIAL/CPOM/circulaire_du_25_juillet_2013_mise_en_oeuvre_CPOM.pdf

²³ COSTE B., Directeur URIOPSS IDF, 21 janvier 2010, *Les changements du secteur social et médico-social : restructuration des services de l'Etat, CPOM et GCSMS*

²⁴ <https://aureliadescamps.wordpress.com/2014/01/10/cpom-un-contrat-de-confiance/>

Ainsi, la place des usagers lors des négociations du CPOM et du dialogue de gestion annuel est encore restreinte. Les contraintes budgétaires conditionnent aujourd'hui de plus en plus les modalités de gestion des établissements de santé, ce qui constitue une contrainte pour les directeurs, mais peut aussi se révéler être un réel levier de changement.

1.2 Précisions sur les notions de projet de service, participation, inclusion et co-construction

Après avoir présenté le contexte actuel de l'élaboration des projets de service, il convient de revenir sur cette notion, ainsi que sur celle de la participation, de l'inclusion et de la co-construction, afin d'avoir la même compréhension de ces termes.

1.2.1 Qu'est-ce qu'un projet de service ?

Le projet d'établissement ou de service constitue l'un des outils de la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'article L.311-8 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) précise l'objet de ce document : « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. » Soulignons l'importance de la participation à la validation de ce document. Nous pouvons, cependant, constater que la loi ne précise pas explicitement les acteurs prenant part à cette participation, même si la consultation du CVS invite à consulter et faire intervenir les usagers. Dans son contenu, le projet de service doit intégrer les « résultats de l'évaluation antérieure (interne/externe) et reprend les outils d'analyse et tableaux de bord. »²⁵

Nicole Bohic, médecin et inspecteur de santé publique enseignant à l'EHESP, précise que « le projet de service (ou d'établissement) est un moyen pour prendre du recul sur son établissement. » En effet, il permet d'analyser les pratiques, les modalités d'accompagnement des usagers, mais aussi de se comparer à d'autres structures (benchmarck).

²⁵ ANESM, *Synthèse des recommandations des bonnes pratiques professionnelles - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 2012

Lors de l'élaboration d'un nouveau projet de service, il est important que le directeur affiche clairement sa volonté de faire progresser l'organisation. Ceci peut se traduire par l'encouragement de conduites novatrices, la suscitation d'initiatives individuelles et une ouverture sur des actions nouvelles dans des structures similaires ou non. Par exemple, de nouvelles formes d'accompagnement peuvent être expérimentées dans le secteur des personnes âgées et peuvent être transposées dans le champ du handicap. En outre, le projet de service doit être un cadre fédérateur, exprimant une « volonté collective forte et précise », souligne Nicole Bohic. Pour Jean-Louis Deligny, écrire un projet est un « moyen pour poser une stratégie et tourner l'organisation vers l'avenir. »²⁶ Ce document de référence permet également de faire le lien « entre la culture et la stratégie, entre le passé et le futur. » En effet, il est important de rappeler que la réalisation d'un projet de service s'inscrit toujours dans un contexte particulier (contexte social, politique, budgétaire, géographique, historique, etc.), dont il faut tenir compte. Comprendre l'histoire de la structure est souvent un élément important pour un nouveau directeur s'il ne souhaite pas commettre d'impair.

Si sa finalité première est d'améliorer la qualité de l'accompagnement des usagers, le projet de service peut constituer, pour un directeur, un outil présentant divers usages. Il peut être un outil de management, puisqu'il doit permettre aux professionnels de repérer leur place dans l'organisation. De fait, la nature de l'offre de service et son organisation doivent être décrites dans le projet. L'ANESM précise que l'organisation doit recouvrir : les modalités d'admission, les volets techniques (projet éducatif, projet de soins, etc.), les moyens matériels (véhicules, locaux, etc.) et l'organisation des différents groupes ou unités de vie qui constituent la structure. Il est souhaitable d'associer étroitement les professionnels à la définition de ces axes, car c'est leur cadre de travail qui est ainsi déterminé. Le projet de service est aussi un outil de management, de fait il permet de donner du sens à l'action des professionnels. Cette dimension est particulièrement importante, car, sans elle, les modalités d'accompagnement peuvent être rapidement remises en cause, car incomprises et non-intériorisées. Or, comme le souligne Laurent Cambon dans son ouvrage « l'identité professionnelle des éducateurs spécialisés – Une approche par les langages »,²⁷ la profession d'éducateur spécialisé « souffre de l'intérieur d'un malaise identitaire fort »,²⁸ notamment parce qu'elle traverse « une véritable crise du sens », le terme « sens » étant

²⁶ DELIGNY J-L., 1990, *L'administration du futur*, Editions Eyrolles

²⁷ CAMBON L., 2009, *Identité professionnelle des éducateurs spécialisés – une approche par les langages*, Presses de l'EHESP

²⁸ Idem note 26

entendu à la fois comme « direction et signification ». L'auteur, sociolinguiste, montre que les éducateurs spécialisés « sont en quête permanente de discours, de mots, de significations qui pourront leur assurer la légitimité, la crédibilité, la stabilité et donc, la reconnaissance sociale et professionnelle. »²⁹

Toutefois, tous les professionnels des établissements médico-sociaux ne sont pas des éducateurs spécialisés et il convient de tous les associer à l'élaboration du projet de service (ou d'établissement). Ce dernier constitue une sorte de feuille de route pour les cinq années à venir, il est donc important que tous s'approprient les évolutions (objectifs, moyens affectés, etc.). Celles-ci peuvent être présentées sous la forme de fiches-actions, par exemple. Lors d'une nouvelle embauche, l'ANESM préconise de présenter le projet d'établissement ou de service, afin d'intégrer le nouveau professionnel. Ainsi, ce document de référence constitue « un outil de conduite du changement ».³⁰

Par ailleurs, le projet de service est un « outil institutionnel de positionnement et de négociation ».³¹ Document présent dans tous les établissements médico-sociaux, il est une aide à la « régulation des relations avec les partenaires » (autres établissements médico-sociaux, associations, collectivités publiques, tarificateurs, etc.). Enfin, il est un « outil de communication »,³² tant en interne (pour les professionnels, les usagers, les proches, les tuteurs, etc.) qu'en externe (partenaires, autorités de tarification, etc.). Outil vivant, lors des cinq années de mise en œuvre de ce projet, des allers-retours entre le terrain et ce document doivent être faits.

1.2.2 Qu'entend-t-on par participation, inclusion, co-construction ?

Même si nous ne nous attarderons pas sur le passage historique de « l'administré en tant qu'assujéti » à « l'administré, usager »,³³ il semble intéressant de souligner le tournant libéral des années 1980. Celui-ci est la conséquence du désir de la population d'un plus grand respect de la parole et des droits des personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

²⁹ Idem note 26 (page 191)

³⁰ ANESM, *Synthèse – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, janvier 2012

³¹ Cf. Note 27

³² Cf. Note 27

³³ <http://www.crts-bretagne.fr/doc/Rapport%20Participation%20CRTS%20de%20Bretagne.pdf>

La participation des usagers est plus particulièrement décrite dans la littérature, à la différence de celle des professionnels. Toutefois, cette dernière s'inscrit dans le cadre de l'exercice professionnel et du travail en équipe.

La participation des usagers aux décisions les concernant et à la vie en société est affirmée dans différents textes, internationaux et nationaux. Dans l'article 3 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies, présentant les principes généraux, il est inscrit le principe « de participation et d'intégration pleines et effectives à la société. »³⁴ A l'échelon national, la loi 2002-2 souligne l'importance de la participation des usagers, notamment en créant le Conseil de la Vie Sociale (CVS). Le droit à l'expression des personnes en situation de handicap est réaffirmé dans la loi du 11 février 2005, qui met en exergue la notion de participation.

Dans leur ouvrage intitulé « La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale »³⁵ Patricia Loncle et Alice Rouyer distinguent deux types de participation. Dans l'approche « consumériste de la participation », « l'implication est essentiellement consultative à travers la collecte d'informations, telles que des enquêtes de satisfaction. » La conception « démocratique » est quant à elle, davantage marquée par « l'activation et l'empowerment des usagers.»³⁶ Cette seconde acception de la participation invite à concevoir l'individu comment étant « capable d'exprimer et de défendre ses propres besoins. » Si cette définition est véritablement louable, elle n'est pas toujours réalisable facilement, du fait du degré de handicap de certains usagers. Toutefois, les professionnels doivent essayer de recueillir au mieux cette expression, par tous les moyens dont ils disposent.

Concrètement, de quels moyens disposent les professionnels pour favoriser la participation des usagers ? L'ANESM relève différentes modalités : le CVS, les groupes d'expression, les groupes d'initiatives et groupes projets, ainsi que les dispositifs de recueil d'opinion (tels que l'enquête de satisfaction). Divers niveaux de participation peuvent être relevés, comme le souligne la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS)

³⁴ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

³⁵ LONCLE P., ROUYER A., 2004/4, *La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale*, Revue française des affaires sociales (n° 4), p. 133-154

³⁶ Définition de l'empowerment : « La notion d'empowerment, difficile à traduire littéralement en français, renvoie aux processus visant à accroître le pouvoir, la capacité de décision des populations considérées comme exclues ou subissant un risque d'exclusion. » (LONCLE P., ROUYER A., 2004/4, *La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale*, Revue française des affaires sociales (n° 4), p. 142

de Bourgogne dans un rapport de 2012, sur la participation des usagers.³⁷ Elle distingue différents stades de participation du moins au plus impliquant pour les usagers : « l'expression et la communication » (information et simple prise de parole de l'utilisateur), puis la « consultation » (« susciter des discussions à travers la participation des personnes au processus » sans toutefois que la décision prise soit celle répondant aux points de vue émis), puis la « concertation » (« associer les personnes dans la recherche de solutions communes ») et enfin, la « co-décision » (« partage de la décision entre les intervenants », impliquant « la négociation pour parvenir à un accord, à une résolution commune »).

Patrick Lapostolle, Vice-président du M.A.I.S. et Directeur général de l'APIAS s'interroge : « comment les équipes s'emparent-elles de cette obligation » légale de participation, « qui, portée, partagée, revendiquée en tant que valeur fondamentale, devient une chance, tant pour les personnes accompagnées que pour les travailleurs sociaux ? »³⁸ En effet, favoriser l'expression des usagers est une réelle opportunité pour donner du sens au travail des professionnels, puisque cette participation doit permettre de mieux répondre aux besoins des usagers. Toutefois, ceci peut nécessiter de « modifier ses certitudes professionnelles et son regard porté sur les personnes, qui doit être définitivement considéré en tant que sujet à part entière, et partenaire au sein d'une dualité vivante et incontournable », selon Patrick Lapostolle. Un réel accompagnement des professionnels peut être nécessaire pour leur faire accepter la notion de participation régulière des usagers, même si depuis le début des années 2000, de réels progrès ont déjà été faits en ce sens. Toutefois, les professionnels peuvent avoir un sentiment de dépossession, puisque la participation des usagers peut renvoyer à un partage du pouvoir. Il est nécessaire que les membres de l'équipe (directeurs, cadres, éducateurs, etc.) se questionnent quant à leurs pratiques professionnelles et aux valeurs qu'elles sous-tendent. Patrick Lapostolle affirme même qu'au fond, la participation des usagers et le « respect de leur singularité » « permet aux professionnels de réaffirmer leurs compétences ». De fait, en étant plus à l'écoute de la parole (qu'elle qu'en soit la modalité, même si elle est parfois limitée) et des besoins des usagers, le professionnel ne

³⁷ FEANTSA, octobre 2007, *Boîte à outil de la participation - les échelons de la participation*, Rapport d'étude sur la participation des usagers et bonnes pratiques dans les structures de la lutte contre les exclusions de la région Bourgogne, page 118

http://www.bourgogne.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/etude_FNARS_participation_des_usagers.pdf

³⁸ LAPOSTOLLE P., 23 avril 2010, *Droit à l'expression, participation des usagers et recommandations de l'ANESM*, Ecole européenne supérieure en travail social (EESTS) de St Omer, MAIS (Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale), Page 13

peut que mieux y répondre et contribuer à l'épanouissement de la personne accueillie, donnant ainsi du sens à sa pratique professionnelle.

L'inclusion consiste à veiller qu'à toutes les phases du projet (élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation), les personnes handicapées participent réellement et de manière significative aux processus et politiques.³⁹ En travaillant de cette manière, les projets peuvent être co-construits avec les usagers. Afin que cette co-construction soit plus globale, il est nécessaire d'y inclure les professionnels, les partenaires (proches, partenaires extérieurs, etc.). La finalité de ce processus est alors la co-animation des projets. Toutefois, le temps est nécessaire à l'effectivité de ces démarches.

Après avoir insisté sur l'importance de la participation effective des usagers à leur accompagnement, en les positionnant comme de véritables partenaires, il convient de souligner malgré tout les limites possibles à cette participation, comme le soulignait l'ANESM en 2008.⁴⁰ En effet, en voulant faire réellement participer les personnes accueillies, il est possible de les mettre en difficulté. J'ai pu constater lors de mon stage que des personnes en situation de handicap n'osent pas forcément demander à leur interlocuteur de reformuler une question mal comprise, ce qui se traduit généralement par un accord avec ce qui est énoncé. Or, du fait de leur handicap, ces personnes sont parfois en difficulté pour saisir les subtilités du langage. Il est alors aisé pour un professionnel d'instrumentaliser la parole de l'utilisateur, à ses dépens. C'est pourquoi, le directeur, le cadre et les professionnels doivent être particulièrement vigilants à la bonne compréhension du message par l'utilisateur. C'est à eux de s'adapter aux capacités de ce dernier, afin que sa participation puisse être effective. De plus, une vigilance doit être portée au fait que tous les souhaits émis par les usagers ne seront pas forcément réalisés. J'ai pu constater que les personnes vulnérables sont généralement très sensibles à la parole donnée, à l'engagement. De plus, leur rapport au temps est parfois faussé. Ceci nécessite de bien leur expliquer la démarche et de leur rendre-compte régulièrement des décisions prises quant au projet discuté.

Ainsi, recueillir la parole de l'utilisateur peut le déstabiliser ou lui faire espérer certaines choses qui n'aboutiront pas. En expliquant (et en réexpliquant) bien la démarche, la participation de la personne vulnérable peut constituer un véritable levier de changement pour un directeur, puisque les propos de l'utilisateur permettent de donner du sens aux actions des professionnels. Cette dynamique oblige aussi les personnes accueillies à se projeter dans un

³⁹ http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Handicap_Developpement/www/page61.html

⁴⁰ Cf 1.1.1.2 Individualisation des prises en charge et logique de parcours

collectif, à créer une identité de groupe, note Robert Lafore. Toutefois, comme le souligne Patrick Lapostolle⁴¹ « si une équipe, une direction, un service public n'est pas convaincu, à priori, que celui que l'on nomme usager est avant tout une personne, un être singulier avec ses droits (certes !), ses décisions, ses contradictions, ses rêves, sa singularité, alors les plus belles procédures d'expression et de participation ne seront que de magnifiques machines à dynamique de groupe, au détriment de l'individu ! »

⁴¹ Cf. Note 35

Partie 2 - Démarche participative d'élaboration des projets de service à l'ILVM (Exemple du projet de service de l'ESAT et du SAVS)

Dans cette partie, nous allons présenter la méthodologie utilisée pour réaliser un projet de service au sein de l'Institut Le Val Mandé (ILVM) et plus spécifiquement les moyens utilisés pour faire participer le plus grand nombre. Puis, nous analyserons et questionnerons cette méthode, notamment en nous demandant dans quelle mesure pourrait-elle être reproduite dans d'autres établissements.

2.1 Contexte de l'Institut le Val Mandé : Démarche institutionnelle d'élaboration et de mise en œuvre des projets de service

2.1.1 Présentation de l'Institut le Val Mandé

En 1883, l'Ecole Braille est créée et vise à instruire, éduquer, fournir un travail et un logement aux aveugles de la région. Cette école devient l'Institut Départemental des Aveugles (IDA) en 1903. Dès les années 1960, l'Institut s'ouvre à d'autres handicaps, tels que le handicap psychique, l'autisme, les troubles du comportement, qui représentent aujourd'hui une grande partie des usagers accueillis. L'Institut devient un établissement public autonome en 1985, puis l'Institut le Val Mandé (ILVM) en 1999, élargissant ses missions. Son cœur d'action est la promotion de la personne handicapée. L'établissement a pour mission d'accueillir et d'accompagner des enfants et adultes handicapés, tout en contribuant à leur insertion sociale et/ou professionnelle. Il s'inscrit dans les valeurs du service public, telles que la non-discrimination, la promotion et la socialisation de la personne handicapée.

Ce sont près de 510 personnes en situation de handicap qui y sont accueillies, réparties dans douze structures et services. Quatre pôles opérationnels ont été créés afin de regrouper ces services : le pôle enfants (deux Instituts Médico-Educatifs (IME), un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) pour les 4-14 ans), le pôle adulte (une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), un foyer de jour, un foyer de vie), le pôle professionnel (un Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT), un foyer d'hébergement), le pôle proximité (un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), un Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), un service d'accompagnement à la vie sociale expérimental (Espace Loisirs), un SESSAD pour les 14-25 ans). L'établissement dispose ainsi de services d'externat et d'internat. Les 12

services de l'ILVM ont le soutien technique et administratif de cinq services supports : la direction des ressources humaines, la direction des affaires financières, la direction du patrimoine, la direction de la relation à l'utilisateur et de la qualité et la direction générale.

En 2014, l'établissement comptait 310 équivalents temps plein (ETP). La répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle était la suivante : 47% des personnels relevaient des services de soins et de rééducation (infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique), 27% étaient des personnels éducatifs et sociaux, 13% des personnels de direction et administratifs, 12% des personnels techniques et ouvriers, 1% des praticiens hospitaliers.

Un projet d'établissement est élaboré pour l'ensemble de l'Institut, précisant les objectifs de l'établissement pour les cinq années à venir. Il définit les objectifs de l'établissement en termes de qualité des prestations, ainsi que les modes d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Chacun des douze services de l'ILVM réalise un projet de service pour une durée de cinq ans. Ceux-ci décrivent les activités et modes d'organisation de chaque service, identifient les axes d'amélioration possibles et les moyens de les réaliser. C'est plus particulièrement sur l'élaboration de ces documents de référence que nous allons nous attarder.

2.1.2 Cadre d'élaboration des projets de service, vecteur pour une participation effective

Les derniers projets de service de l'ESAT ("Trait-d'Union ESAT") et du SAVS, dénommé SAVIE, étaient étroitement réalisés par le cadre, le directeur. La participation des usagers et des professionnels était limitée. En 2010, le service qualité de l'Institut n'existait pas, ce qui avait pour conséquence des projets de service présentés sous différentes formes et dont le contenu était hétérogène, au gré de l'implication du cadre et du directeur. De plus, ce travail ne permettait ni l'appropriation du contenu du document par les équipes, ni l'expression des usagers. Ces éléments ont été soulignés lors de l'évaluation externe, notamment.

Depuis cette période, le service qualité (une personne jusqu'au début de l'année 2015) a élaboré une trame commune à tous les services, trame répondant aux exigences législatives et aux recommandations de l'ANESM, notamment celle intitulée « Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service » de mai 2010.⁴² Parmi les axes abordés dans ce document de référence se trouvent un bilan de l'ancien projet de service, une présentation du contexte national, régional et départemental, les caractéristiques du public

⁴² http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=429

accueilli, les missions du service, le parcours de l'utilisateur, différents volets (éducatif, soins, hôtelier et logistique, social) et l'intégration dans l'environnement. Toutefois, le cœur du projet de service reste à penser et à écrire par le service en question, après participation de tous les acteurs (usagers et tous les professionnels). Le service qualité n'est qu'un support à la réalisation du projet de service.

En amont de la réécriture du projet de service, l'évaluation interne a été réalisée en 2013 et a été suivie de l'évaluation externe en 2014. Ces évaluations ont mis en exergue un diagnostic de l'accompagnement proposé aux usagers. Ce diagnostic a ensuite permis de définir un plan d'action qui recense les axes d'amélioration proposés par les équipes via le référentiel qualité élaboré par le service qualité, rattaché à la direction générale. Un Plan d'Amélioration de la Qualité (PAQ) est mis à jour trois fois par an, avec une partie où l'ensemble de l'équipe, en fonction du nombre de professionnels. D'une durée de cinq ans, l'élaboration d'un projet de service doit être débutée environ neuf mois avant la date de son renouvellement, la période de relecture et le passage devant les instances n'étant pas à négliger en termes de temps.

Un comité de pilotage (COFIL) composé du directeur adjoint et du responsable de service élabore la méthodologie d'élaboration du projet de service, dans ses dimensions spécifiques au service. Ce COFIL conduit la démarche du projet, avec le support du service qualité.

Ainsi, pour réécrire un projet de service, il convient de s'appuyer sur différentes références : recommandations de l'ANESM, évaluations interne et externe, le projet d'établissement et le plan d'amélioration de la qualité (PAQ).

2.1.3 Quelle participation des usagers du SAVS et de l'ESAT à l'élaboration du projet de service ?

Lors de la conception du projet de service de l'ESAT et du SAVS, les usagers ont été invités à participer à un questionnaire. Celui-ci a été réalisé avec les responsables de service respectifs de chacun des deux services et moi-même, afin de couvrir au mieux l'ensemble des activités du service et les moyens dont il dispose. Le contenu de ces deux questionnaires était très différent entre l'ESAT et le SAVS. Ceci s'explique par des missions distinctes, même si le profil des usagers est relativement similaire.

En effet, les Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des

services offerts par la collectivité. »⁴³ Ces services sont dispensés tant en interne (à l'ILVM) qu'en externe (au domicile de l'utilisateur ou dans la cité). Pour ce qui est des Etablissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT), ces structures sont chargées d'offrir aux personnes handicapées accueillies diverses activités à caractère professionnel, afin de « favoriser leur épanouissement personnel et social. »⁴⁴ Le SAVS accueille 29 usagers, alors que l'ESAT a un agrément pour 100 travailleurs. Ce dernier service est composé de quatre pôles d'activité : pôle artisanat (atelier rénovation bois et chaiserie), pôle sous-traitance, pôle des prestations de service (self et gîte) et pôle des mises à disposition (MAD) en milieu ordinaire de travail.

Les grands axes du questionnaire du SAVS étaient les suivants : profil, admission, locaux et accès au service, transports, accueil, équipe du SAVS, accompagnement (visite à domicile, entretien sur le service, accompagnement extérieur, temps collectifs), accompagnement avec les partenaires, expression des usagers et avis sur la globalité de l'accompagnement. Les thématiques abordées dans le questionnaire de l'ESAT portaient davantage sur le contenu de leur travail, l'accompagnement socio-éducatif, les conditions d'hygiène et de sécurité, leur rapport à l'argent, etc. Pour les usagers du SAVS, un courrier postal les invitait à répondre au questionnaire anonyme, portant sur le fonctionnement du service et l'identification de leurs besoins. Les travailleurs de l'ESAT furent informés via une réunion avec leurs représentants et par leur référent.

Dans les deux services, afin de les aider à remplir le questionnaire, un psychologue stagiaire est venu sur le service (un pour le SAVS et deux pour l'ESAT). Leur objectif était d'aider les usagers en reformulant les questions ou en les expliquant et de prendre note des réponses apportées. Sous forme d'entretien individuel, ces psychologues stagiaires ont reçu plus de la moitié des usagers du SAVS et de l'ESAT (16 pour le SAVS et 52 pour l'ESAT). Ce travail conséquent représente un temps important auprès des usagers de près de 16 heures pour le SAVS et de 52 heures pour l'ESAT (la durée moyenne des entretiens était d'une heure). Soulignons l'importance de ces moments personnalisés et distancés, très appréciés des usagers. Puis, les psychologues stagiaires ont réalisé une synthèse de l'ensemble des entretiens par service, toujours de manière anonyme (synthèses en annexes 5 et 6). Le choix de recourir à des personnes extérieures à l'établissement était une manière de libérer la parole des usagers, afin qu'ils se sentent en confiance pour s'exprimer librement sur leur

⁴³ Article. D.35-5 du CASF

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000263421&dateTexte=&categorieLien=id>

⁴⁴ Article L. 344-2 du CASF

accompagnement et le fonctionnement du service. En tant que référent, les professionnels ont été amenés à expliquer la démarche du projet de service aux usagers et à les inciter à participer au questionnaire. Lors d'une réunion de préparation du CVS pour le SAVS, la stagiaire psychologue a pu présenter les résultats de cette enquête devant une grande majorité des usagers (tous y étant conviés). Pour l'ESAT, la synthèse des questionnaires a été présentée lors d'un CVS. Lors d'un entretien avec l'une des usagers du SAVS, à la fin de mon stage, j'ai pu constater que l'entretien individuel avec une personne extérieure avait été très apprécié. Ce sentiment était également partagé par les travailleurs de l'ESAT interrogés (trois représentants des travailleurs). Toutefois, certains de ces usagers étaient en difficulté pour m'expliquer en quoi consistait un projet de service. Comme me le soulignait l'un des moniteurs de l'ESAT, « même des éléments basiques sont parfois compliqués à comprendre pour nos travailleurs. » J'ai malgré tout pu constater que les principaux changements à venir pour les travailleurs de l'ESAT étaient bien compris, même si je n'en ai pas exposé le détail. Par ailleurs, certains auraient aimé être davantage associés sur certaines thématiques, à travers des groupes de travail entre usagers par exemple. Cette demande émane principalement des travailleurs de l'ESAT, car des sujets de fond ayant des conséquences directes pour eux étaient abordés telles que leur rémunération, la valorisation des compétences ou bien encore les horaires de travail.

Ainsi, le questionnaire présenté sous forme d'entretien individuel avec un psychologue stagiaire a été le principal moyen utilisé pour faire participer les usagers. Cette méthode était en adéquation avec les capacités des usagers, qui avaient tous l'usage de la parole. Qu'en est-il de la participation des équipes pluri-professionnelles des deux services ?

2.1.4 Quelle participation des professionnels du SAVS et de l'ESAT à l'élaboration du projet de service ?

Les professionnels de l'ESAT et du SAVS ont été étroitement associés à la réflexion autour du projet de leur service, via des réunions de service d'une durée d'une heure trente pour l'ESAT et souvent de deux heures pour le SAVS. Une à deux fois par mois, lors de ces réunions, l'équipe a été sollicitée pour réfléchir sur différents thèmes, identifiés par le groupe de pilotage et présentés à tous lors de la première réunion portant sur le projet de service. En fonction du thème abordé, d'autres professionnels de l'Institut ont également été associés à la réunion, ainsi que des intervenants extérieurs. Notons que ces moments de réflexion spécifiquement dédiés au projet de service empiétaient sur les réunions de structure habituelles. C'est pourquoi, pour l'ESAT une demi-heure de réunion a été ajoutée et payée en heure supplémentaire, afin de pouvoir laisser un espace de parole suffisant. De fait,

l'équipe de l'ESAT est plus nombreuse que celle du SAVS (17 professionnels contre 5). Au total, 7 réunions ont été organisées pour le projet de service du SAVS et 8 pour l'ESAT. Les thématiques abordées pour ce dernier service étaient :

- le mode de rémunération des travailleurs (primes, pourcentage du Smic perçu) ;
- le suivi des compétences ;
- la présentation des conclusions suite aux entretiens (psychologues stagiaires) ;
- la forme du dossier socio-professionnel (DSP), bilan de l'outil « compétences-métiers » propre aux pôles ;
- les activités commerciales de l'ESAT, le calendrier et l'organisation des réunions.

Au sein du SAVS, les réflexions portèrent sur :

- le profil des usagers accueillis et leurs besoins ;
- la prévention des risques ;
- les modalités de fonctionnement du service (admission et durée de l'accompagnement) ;
- regard extérieur : intervention d'un autre SAVS, présentant ses modalités de fonctionnement ;
- les partenariats extérieurs ;
- la restitution de la synthèse des questionnaires à l'équipe du SAVS et aux usagers (séparément) ;
- le dossier unique (dossier de l'utilisateur et formalisation des écrits, évaluation des actions du SAVS) ;
- les modalités d'organisation de l'équipe (coordination du travail d'équipe, axes de communication, traçabilité des écrits, agenda, réunions, etc.).

En amont de ces réunions, le COPIL composait des dossiers techniques en fonction des thématiques, comprenant divers éléments théoriques de contexte sur le sujet d'étude. Ces dossiers étaient donnés à l'ensemble des professionnels du service afin que tous arrivent à la réunion avec le même niveau d'information. Ces documents avaient pour but de faciliter les échanges, alimenter la réflexion, permettre un récit des pratiques, soulever des questionnements et des pistes de travail. Toutefois, je reconnais qu'il n'était pas toujours évident de préparer une semaine en avance l'intégralité du dossier, d'où la remise sur table de certains documents le jour même de la réunion.

Enfin, les professionnels ont participé à la relecture du projet de service afin d'une part, qu'ils en vérifient l'adéquation avec la réalité et d'autre part, qu'ils s'approprient les éléments nouveaux développés dans ce document de référence. Ce travail d'équipe « a permis que chacun ait le même degré d'information » et de « valider ensemble des évolutions », note l'une des cadres. De plus, cela a « favorisé la communication », car lorsqu'un « point de

blocage apparaissait, il était possible d'en rediscuter. » Ainsi, la participation du personnel a permis d'impulser une dynamique d'équipe et de mettre des mots sur certaines difficultés ou mésententes. Favorisant l'interdisciplinarité, ce travail a également permis un questionnement du positionnement des professionnels par rapport aux usagers, permettant ainsi une mise à distance avec leur travail quotidien. Les modalités de travail en réseau et avec les partenaires ont pu être étudiées, et ce, plus particulièrement avec l'équipe du SAVS, dont un des axes de travail portait sur cette thématique. De fait, le vieillissement des usagers a des conséquences sur leur santé et nécessite des interventions de plus en plus médicalisées, ressources qui n'existent pas véritablement au sein de cette équipe.

Ainsi, les professionnels ont été associés à la démarche du projet de service, par différents moyens. Un membre de l'équipe se distingue généralement de par la place qu'il occupe, il s'agit du cadre.

2.1.5 La place spécifique du cadre dans l'élaboration du projet de service

La place du responsable de service est particulière, car celui-ci a un degré d'implication dans l'élaboration du projet de service plus important que le reste de l'équipe. En effet, entre le directeur, qui donne les orientations stratégiques du projet et l'équipe et les usagers qui participent à la réflexion, la place du cadre peut être interrogée. Comme me le soulignait l'une des deux responsables de service, « avant, c'était les cadres qui faisaient tout le projet de service, on peut se sentir déposséder, même si je ne le vis pas mal ». Ceci souligne à la fois la complexité du positionnement de chacun, mais aussi une certaine ambivalence. Donner une mission supplémentaire à un professionnel, en l'occurrence un cadre, peut à la fois être perçu comme valorisant, mais aussi comme un facteur accroissant la quantité de travail à effectuer, dans un contexte où le temps est généralement perçu comme une ressource précieuse.

Ayant une connaissance plus fine des difficultés du service, il est essentiel pour un directeur, de s'appuyer et de laisser une véritable place aux cadres. En l'espèce, les cadres ont été étroitement associées à la réalisation du questionnaire destiné aux usagers de leur service. Elles l'ont été également dans le choix des thématiques retenues pour les réunions avec les professionnels. J'ai essayé de préparer chacune de ces réunions avec la cadre, en tenant compte de leur avis, dans la mesure du possible. Pour les dossiers de fond, qui ont nécessité d'être retravaillés à la suite d'une réunion « projet de service », les cadres ont été sollicitées, ainsi que certains professionnels, en fonction des questions. Ainsi, la refonte totale du système de rémunération des travailleurs handicapés ou bien encore des horaires de travail ont donné lieu à plusieurs réunions en plus petits comités (cadre et quelques

professionnels ayant une fonction d'encadrement spécifique). Ces réunions de travail intermédiaires ont conduit à des restitutions régulières auprès de l'ensemble de l'équipe, afin d'intégrer les remarques. Par contre, les travailleurs n'ont pas été tenus informés de ces évolutions. En effet, tant que le document final n'est pas abouti, leur présenter l'état d'avancement du projet peut générer des inquiétudes, voire des incompréhensions, si l'on procède ensuite à des modifications. Toutefois, au-delà du questionnaire qui abordait la gestion financière, les usagers n'ont pas été consultés sur cette thématique, ni sur le changement d'horaires qui concernait l'un des pôles, mais ceci s'explique par le fait que ce soit une remise dans le cadre réglementaire.

Enfin, les cadres ont eu la partie éducative du projet de service à rédiger. Elles ont souligné que certains thèmes avaient été traités plus rapidement que d'autres. Toutefois, le projet de service constitue un document de travail pour les cinq prochaines années et tous les problématiques soulevées ne doivent pas être résolues avant la validation aux instances de ce document. Une des cadres me fit remarquer que la formation et les fonctions dévolues à la directrice ont des conséquences quant à sa manière de gérer les projets et en l'espèce, d'élaborer le projet de service. De fait, l'accent a davantage été mis sur le respect de la loi et la dimension « ressources humaines » que sur l'aspect financier, par exemple, même si celui-ci n'a pas été omis pour autant. Ceci souligne assez logiquement le fait que, plus ou moins consciemment, la formation du directeur et son expérience influe directement sur la manière d'exercer sa profession, même si en l'espèce, les enjeux du projet de service de l'ESAT s'inscrivaient dans ces domaines (rémunération, congés, horaires, etc.).

Ainsi, le cadre, plus impliqué dans l'élaboration du projet de service que les autres professionnels, doit se faire le relais des décisions prises et veiller à leur bonne application, sans pour autant définir les orientations stratégiques, qui relèvent davantage de la compétence du directeur.

2.2 Analyse comparative

L'analyse que nous pouvons faire de cette méthodologie d'élaboration d'un projet de service, nous conduira à étudier le contexte de l'ESAT et du SAVS, ainsi que les objectifs dissemblables assignés à ces structures. Peut-on recourir à la même démarche de co-construction du projet de service pour deux services distincts, notamment si les publics et le type de professionnels sont différents ?

2.2.1 ESAT/SAVS : Contexte et objectifs différents

Tout d'abord, il convient de souligner quelques éléments de contexte, concernant la vie du SAVS et de l'ESAT au cours de la période d'élaboration du projet de service. Le SAVS était en attente du recrutement d'un nouvel Assistant de Service Social (ASS). De ce fait, une partie de ce travail était réalisé par l'équipe. De plus, au début de la démarche « projet de service », le service a eu à gérer deux situations délicates d'usagers, ayant trait à leur santé, ce qui était relativement nouveau pour ces professionnels non-spécialistes dans le domaine sanitaire.

Pour ce qui est de l'ESAT, la période de réflexion autour du projet de service coïncidait avec celle de l'extension de la certification (qui a eu lieu en juin 2015). La démarche de certification nécessitait un réel investissement des équipes et était donc, chronophage. C'est pourquoi, certains professionnels ont apprécié que les réunions « projet de service » ne rajoutent pas un travail conséquent. Un responsable de pôle m'a indiqué qu'il « était bien que les gens aient été informés et consultés », sans forcément avoir d'écrits à produire, à leur niveau. A cette phase de pré-certification, s'est ajoutée l'organisation du déménagement de tout le bâtiment de l'ESAT, générant certaines inquiétudes des travailleurs, notamment et un travail conséquent pour penser l'installation future et provisoire de l'ensemble du pôle sous-traitance et artisanat, ainsi que les bureaux administratifs. Par ailleurs, cette période coïncidait également avec les débuts de la Section Annexe au Centre d'Aide par le Travail⁴⁵ (SACAT), dont la vocation est d'accompagner les travailleurs vieillissants vers la retraite. La création de ce nouveau service accueillant des personnes de l'ESAT de l'ILVM dans un premier temps, a nécessité de réduire, pour ces travailleurs, leur temps de travail à l'ESAT, ce qui a eu des conséquences en termes d'organisation. Au-delà de cet aspect, cette création de la fin de l'année 2014 a généré des interrogations et des craintes de certains usagers, notamment quant à la diminution de leur rémunération. L'ensemble de l'équipe a été amené à expliquer et à réexpliquer les objectifs de cette SACAT. Comme le soulignait la cadre de l'ESAT, « il est difficile de mobiliser les équipes sur plusieurs champs en même temps, d'autant que cela peut les épuiser ».

Comme nous l'avons déjà souligné antérieurement, les missions d'un SAVS et d'un ESAT sont différentes. Peut-on de ce fait avoir recours à la même méthodologie pour élaborer un projet de service ? Il me semble que dans ses grandes lignes, la méthode utilisée peut être la même quel que soit le service. Toutefois, il est nécessaire de l'adapter aux spécificités de chaque service et notamment, au public accueilli.

⁴⁵ CAT aujourd'hui appelé ESAT

2.2.2 ESAT/SAVS : Un public assez proche

Les caractéristiques du public de l'ESAT et du SAVS sont relativement proches, puisque certains usagers se trouvent à la fois à l'ESAT et au SAVS. Au sein de ce dernier, à l'ILVM, 62 % travaillent en ESAT à temps plein, 27,5 % sont sans activité professionnelle ou accueil médico-social en journée et 10 % travaillent en milieu ordinaire. Ces chiffres sont assez différents de ceux que l'on peut trouver à l'échelon national. De fait, en 2010, l'enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes et d'Evaluation et des Statistiques (DREES) révélait que seulement 42 % des usagers des SAVS travaillaient en ESAT à temps plein et 32 % étaient sans activité en journée.

Comme les usagers du SAVS, la moyenne d'âge des travailleurs de l'ESAT est relativement élevée, puisqu'elle est de 43,5 ans (48,6 ans au SAVS). La pathologie principale des usagers de l'ESAT est la déficience visuelle (pour 55,6 % des travailleurs), alors qu'il s'agit du retard mental pour ceux du SAVS (à 55%), suivi de la déficience visuelle ensuite (à 31%). L'importance des troubles de la vision chez les deux populations étudiées est historique, puisque l'ILVM était auparavant un Institut départemental des Aveugles.

La relative proximité entre les publics du SAVS et de l'ESAT peut expliquer le choix d'appliquer la même méthodologie pour élaborer un projet de service, même si celle-ci présente certaines lacunes. Aurait-elle pu être mise en œuvre dans d'autres structures telles qu'un Institut Médico-Educatif (IME) ou bien encore une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS), voire même un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPAD) ? Ces établissements médico-sociaux accueillent des publics très différents, des enfants pour l'IME, des adultes handicapés très dépendants pour la MAS ou bien encore des personnes âgées dépendantes pour l'EHPAD. Répondre seul à un questionnaire sur le fonctionnement de leur structure pourrait les mettre en difficulté. C'est pourquoi, il est préférable qu'une aide soit envisagée, que l'on ait recours à des stagiaires psychologues ou à d'autres types de professionnels. D'autres moyens de participation des usagers peuvent être envisagés, notamment pour les personnes n'ayant pas l'usage de la parole. Ainsi, le recours à des photos ou à des pictogrammes peuvent aider grandement la compréhension et donc l'expression de ces personnes. Pour un usager ne sachant pas se repérer dans le temps, la représentation d'un réveil (dessin ou photo) pour désigner l'heure du lever ou d'un lit pour l'heure du coucher peut faciliter la communication,⁴⁶ sans que ce soit présenté de manière infantilisante. Le recours à un langage clair en utilisant des mots simples et en présentant

⁴⁶ <http://www.siwadam.com/hmm/comadap.htm>

une seule idée par phrase peut également y contribuer. Ainsi, les moyens pour faire participer les usagers peuvent être divers et sont à adapter en fonction des publics. En outre, l'expression des personnes accueillies, quant aux prestations qui leur sont délivrées et au fonctionnement du service dans lequel ils se trouvent, peut se faire via leurs proches et/ou leurs tuteurs. Une enquête de satisfaction peut être adressée à ces derniers, un espace de parole peut leur être laissé au cours d'un CVS ou d'une réunion spécifiquement dédiée au projet de service, par exemple.

2.2.3 ESAT/SAVS : L'impact des équipes pluri-professionnelles

En menant la réécriture des projets de service de l'ESAT et du SAVS en parallèle, j'ai été surprise de l'impact de la composition des équipes sur leur perception de l'accompagnement des usagers et sur leur vision de l'organisation du service. De fait, comme je l'ai souligné précédemment, les deux équipes sont quantitativement inégales (5 professionnels pour le SAVS et 17 pour l'ESAT) et leurs qualifications sont différentes. A l'ESAT, l'équipe est composée d'un responsable de service, d'un adjoint des cadres, de deux adjoints administratifs, un médecin psychiatre (à temps partiel), d'un assistant de service social, d'un maître ouvrier, de trois éducateurs techniques spécialisés et de sept moniteurs d'atelier (dont un pour la SACAT). Pour ce qui est du SAVS, l'équipe est également pluridisciplinaire, puisqu'elle est constituée de deux éducateurs spécialisés, d'un Conseiller en Economie Sociale et Familiale (CESF), d'un assistant de service social (à temps partiel – procédure de recrutement en cours), d'un psychologue et d'un cadre (à temps partiel tous les deux). Toutefois, le taux d'encadrement de l'ESAT (au contact direct des travailleurs⁴⁷ est assez peu élevé, au regard des autres ESAT. De plus, à la différence du SAVS, l'ESAT doit veiller davantage à son équilibre financier, même si cette structure n'a aucun objectif commercial. Cette dimension financière n'est pas sans importance, malgré tout, car des ressources générées par l'ESAT dépendent certaines charges financières, telles que la prime d'intéressement de fin d'année ou bien encore la rémunération de certains professionnels. En outre, comme me le fit remarquer la responsable de l'ESAT arrivée depuis peu d'années dans le secteur, il y a une « culture très marquée dans l'établissement de la norme (respect de la règle, du cadre légal). » De ce fait, « ce qui est de l'ordre de la loi n'est pas discuté par l'équipe. » Ceci est relativement exact, car lorsqu'il a été question de revoir les horaires de travail pour un pôle et les congés annuels des travailleurs, les professionnels ont montré une réelle volonté de respecter la loi, même s'ils ont suggéré des aménagements temporaires.

⁴⁷ C'est-à-dire hors personnel administratif

Pour cette équipe, l'application de la législation est une réelle évidence et ne donne pas lieu à des débats.

J'ai pu également constater que l'équipe de l'ESAT est avant tout dans le « faire », dans une dimension opérationnelle. C'est pourquoi, l'un des professionnels notait l'importance d'être associé à l'élaboration du projet de service (et à d'autres projets), en les « informant et en demandant l'avis de l'équipe sur certaines questions ». Toutefois, j'ai pu remarquer que faute de temps, cette équipe était relativement peu demandeuse d'une participation plus intense. La cadre m'a d'ailleurs fait la remarque que cette équipe « est peu force de propositions », même si c'est à nuancer au gré des protagonistes. Pourquoi cette situation s'est-elle présentée à l'ESAT et non au SAVS ? En effet, les professionnels du SAVS étaient davantage en demande de participation, ce qui a conduit à programmer de nouvelles réunions, afin de pouvoir traiter l'ensemble des thèmes prévus initialement.

Une première explication à l'interrogation posée peut être avancée, à savoir que le nombre plus élevé de professionnels à l'ESAT ne favorise pas forcément la prise de parole, à la différence du SAVS. De plus, le niveau d'étude des deux équipes n'est pas le même, celle du SAVS ayant un niveau globalement supérieur. En outre, le caractère « éducatif » de ces professionnels est plus présent au SAVS, car la dimension « production marchande » s'ajoute à ce volet, à l'ESAT. Or, comme le souligne Laurent Cambon dans son ouvrage « l'identité professionnelle des éducateurs spécialisés », le langage a un rôle essentiel chez ces professionnels. Les résultats de leur travail ne sont pas toujours visibles, d'où un besoin de se sentir écouté et de trouver malgré tout du sens à leur action. Le travail des moniteurs éducateurs (de l'ESAT) est quant à lui plus facilement perceptible, puisqu'un service ou un bien est produit. C'est pourquoi, les réunions au SAVS étaient généralement plus longues que celles de l'ESAT, sans pour autant aboutir plus rapidement à une décision. De plus, ce temps d'équipe était important pour eux, car il s'agissait également d'un moment d'échange sur leurs pratiques, leurs difficultés et leurs espérances. Au-delà du projet de service, le fait de pouvoir discuter permet aux « équipes de s'approprier les choses », comme le souligne la cadre du SAVS.

Pour les deux équipes, la présence et l'implication de la directrice dans l'élaboration du projet de service était essentiel pour comprendre qu'il s'agit d'un document de référence pour le service. La directrice a pu également faire des retours régulièrement sur leur travail et donc sur leurs pratiques professionnelles. Même s'il convient de ne pas flatter les professionnels à la moindre occasion, la reconnaissance par une personne hiérarchiquement supérieure est vivement appréciée. Ainsi, l'écoute, la reconnaissance et les encouragements de la directrice sont toujours bienvenus.

Enfin, la place des deux responsables de service n'était pas évidente à trouver, puisque comprise entre l'équipe, la directrice et moi-même. Si la cadre la plus expérimentée a pu se sentir délestée de certaines prérogatives, elle a également apprécié de ne pas être le chef du projet. Il a également été apprécié le fait que « la direction use de pédagogie pour faire partager sa stratégie quant au projet de service. » Toutefois, à la fin de mon stage, j'ai pu constater qu'il aurait été souhaitable que ces deux cadres se réapproprient certains dossiers plus tôt afin de pouvoir mieux expliquer et justifier les décisions prises.

Ainsi, la composition des équipes influe directement sur la manière dont les équipes s'emparent d'un projet et se l'approprient. Les temps de discussion sont également un moyen de trouver du sens à leur travail et de la reconnaissance. Un regard sur d'autres structures peut apporter un éclairage différent quant à la réalisation du projet de service.

2.2.4 Comparaisons avec d'autres structures

Si à l'ILVM, les nouveaux projets de service sont élaborés selon la méthodologie présentée ci-dessus, d'autres peuvent être utilisées pour répondre aux exigences législatives et aux recommandations de l'ANESM.

J'ai pu rencontrer la responsable qualité d'un établissement important de la région parisienne, accueillant des personnes en situation de handicap. Ayant un statut associatif, cette structure est composée de plusieurs établissements. Un projet institutionnel est élaboré et se décline dans les différents projets d'établissement. Cette organisation est similaire à celle de l'ILVM, même si les termes employés sont différents, puisqu'à l'Institut, il y a un projet d'établissement, se déclinant sous la forme de projets de service. Un guide méthodologique pour réaliser les projets d'établissement a été établi au sein de l'association, permettant une harmonie des procédures. Lorsqu'un projet d'établissement est à réécrire, le service qualité vient à la rencontre du directeur et du responsable de service, afin de préparer une réunion préalable. Pour écrire les projets d'établissement le lien est fait avec le projet institutionnel et les évaluations (en particulier avec l'évaluation interne). Des groupes de travail sont organisés au sein de chaque équipe. Généralement, ces derniers sont pilotés par le directeur de la structure. C'est également celui-ci qui rédige le projet d'établissement, lui-même est ensuite relu par le service qualité, validé par le CVS, puis la direction générale. Via le CVS, les familles participent à la démarche. Toutefois, selon la responsable qualité, les équipes ont des difficultés à prendre du recul par rapport à leurs pratiques professionnelles et il est compliqué pour eux de se fixer des objectifs pour les cinq années à venir. C'est pourquoi, le projet d'établissement est aujourd'hui « peu incarné » et les « professionnels ne se l'approprient pas véritablement. » L'enjeu pour cette association est

de réaliser des « projets vivants » qui aient du sens et qui ne soient plus vécus comme une « corvée ». Ainsi, l'appropriation du projet par les équipes et les usagers est toujours un défi en soi, d'où la nécessité de les associer et de les faire participer. L'exemple de cette structure souligne également la difficulté à trouver le juste équilibre entre la participation de l'équipe, des usagers et de la direction à l'élaboration du projet d'établissement ou de service.

D'autres structures ont choisi de procéder autrement pour élaborer leur projet d'établissement. Ainsi, la MAS de Thumeries, gérée par l'Union Départementale des Associations de parents et amis de personnes handicapées mentales (UDAPEI), dans le Nord de la France, a eu recours à un partenaire extérieur.⁴⁸ Dans le cadre du projet d'établissement 2013-2017, ce dernier, l'Institut Social Lille Vauban, est intervenu pour « animer la démarche méthodologique ». La direction de la MAS souhaitait que ce partenaire facilite « les animations des groupes de travail, analyse et propose au comité de pilotage des hypothèses de travail concernant les thématiques abordées. » Des groupes de travail transversaux (résidents, professionnels et familles) ont été créés, ce qui a « facilité l'appropriation de tous à la mise en œuvre du projet d'établissement. » Cette démarche est intéressante, notamment parce qu'elle a nécessité la mobilisation et la participation effective de tous les acteurs en interne (professionnels, usagers, familles), mais aussi parce qu'elle leur a permis de se réinterroger « dans la qualification des pratiques au niveau du lien « pratiques-sens ». » Cet élément souligne l'importance de donner du sens au travail éducatif et rééducatif.

Enfin, nous pouvons donner l'exemple d'un dernier établissement, composé d'un FAM, d'un Foyer de Vie (FV), de deux services d'accueil de jour (médicalisé et non-médicalisé) et d'un accueil temporaire, gérés par l'Association Régionale Rhône-Alpes des Infirmes Moteurs Cérébraux (ARIMC). Si la démarche globale d'élaboration du projet d'établissement a été menée par un comité de pilotage, comme dans de nombreuses structures, la particularité de celle-ci est d'avoir fait participer les personnes accueillies sur le volet des droits. Un groupe spécifique, constitué de « l'assistante sociale, des représentants des usagers au CVS, d'une éducatrice et d'un membre de la direction », a eu pour mission de réfléchir à la manière de décliner la charte des droits et libertés de la personne accueillie dans le projet d'établissement, tout en étant « effectif dans les pratiques ». En sus des 12 séances de travail de ce groupe, les usagers ont « été associés à la démarche par le biais du CVS. »

⁴⁸ http://www.udapei59.org/asso/Projet_etablissement-mas_thumeries_2013_2017.pdf

Notons que la participation des personnes accueillies est rendue plus ou moins facile en raison de leur pathologie et de leur degré de handicap.

Au regard des démarches propres à chaque établissement pour élaborer son projet d'établissement ou de service, nous pouvons constater que des groupes de travail transversaux ou non sont souvent mis en place. La participation des personnes accueillies est parfois limitée, alors qu'elle pourrait être plus importante, en réalisant un questionnaire à leur intention, comme c'est le cas à l'ILVM ou bien encore des groupes de réflexion (adaptés à leur niveau de compréhension). Ces derniers peuvent prendre diverses formes ; le jeu ou des films thématiques-débats, par exemple, peuvent être un moyen d'expression des usagers, comme nous allons le présenter.

Partie 3 - Préconisations

Dans cette dernière partie, nous pouvons nous demander comment, en tant que directeur, j'aurais pu favoriser davantage la participation des usagers et des professionnels de l'ESAT et du SAVS, à l'élaboration du projet de leur service. En effet, nous avons pu montrer précédemment que la recherche de la participation du plus grand nombre d'acteurs a été sollicitée, mais que celle-ci présente certaines limites. C'est pourquoi, nous tenterons de mettre en exergue des axes d'amélioration, tout en précisant leur faisabilité (moyens humains, financiers, en termes de temps, etc.), ainsi que les difficultés qui pourraient en découler. Pour ce faire, nous ferons, tout d'abord, des préconisations ayant trait aux professionnels, puis aux usagers avant de terminer par leurs proches.

3.1 Préconisations pour la participation de tous les protagonistes à l'élaboration du projet de service : Réunion générale de lancement et de clôture

Afin d'intégrer et de faire participer le maximum d'acteurs à l'élaboration du projet de service, il aurait été souhaitable de faire une grande réunion de lancement, à caractère officiel, réunissant les professionnels et les usagers, mais aussi les familles et/ou tuteurs. Dans ses recommandations, l'ANESM recommande même d'inclure à cette réunion les administrateurs et les partenaires extérieurs. Cette idée apparaît pertinente, car peu coûteuse financièrement et d'une durée limitée, elle pourrait peut-être permettre à davantage d'acteurs d'intégrer la démarche du projet de service et d'en comprendre les enjeux. En effet, à travers les réponses aux questions que j'ai posées à la fin de mon stage, je me suis aperçue que certains professionnels et/ou usagers n'avaient pas bien compris en quoi consistait un projet de service. Le fait que ce document fixe des objectifs pour les cinq prochaines années n'était que partiellement intégré. Une réunion de lancement pourrait donner le même niveau d'informations à tous. Cette réunion nécessiterait de s'adapter aux difficultés de compréhension de certains usagers, en employant des termes simples.

Introduite par le Président du Conseil d'administration ou son représentant, la réunion est animée par le directeur. Lors de son intervention orale, ce dernier partage un diagnostic de la situation, c'est-à-dire présente le contexte, les contraintes et opportunités que le service a. Les objectifs à atteindre ou du moins, les axes d'amélioration qui sont ressortis des évaluations (internes et externes) doivent également être présentés. La présentation de ces grandes directions peut donner lieu à un débat avec les parties en présence, qui peuvent contester par exemple le diagnostic des évaluateurs externes en montrant que depuis cette évaluation des avancées ont été réalisées. Au cours de cette réunion, le directeur s'attache à

montrer que le travail d'élaboration du projet de service est utile et constitue une sorte de guide pour le service, pour les cinq prochaines années. En effet, le projet de service est le lancement d'une dynamique quinquennale, en aucun cas toutes les thématiques doivent être traitées lors de la phase d'élaboration du document. Si la présence du Président du Conseil d'administration est recommandée, notons que ce dernier est généralement assez peu disponible. Le directeur général de la structure peut alors introduire la réunion.

Pour ce qui est de l'animation de cette réunion, il me semble pertinent que ce soit le directeur qui prenne majoritairement la parole, notamment pour lui donner un caractère plus solennel. J'ai pu constater, auprès des travailleurs de l'ESAT en particulier, l'importance que ce soit le directeur qui s'adresse directement à eux, sans qu'il y ait d'intermédiaires. C'est souvent vécu comme une marque de respect et de reconnaissance. Toutefois, au cours de cette réunion, d'autres personnes peuvent prendre la parole, notamment le responsable du service. Il est important qu'un temps d'expression de tous les acteurs puisse être gardé, afin que ceux qui veulent prendre la parole puissent le faire, notamment des usagers qui n'auraient pas bien compris les messages délivrés. Malgré tout, j'ai conscience qu'un certain nombre de personnes en situation de handicap ou non n'oseront pas s'exprimer en public. C'est pourquoi, le directeur peut rester quelques minutes après la clôture de la réunion, leur laissant ainsi la possibilité de venir le questionner. Cette réunion peut être conclue par le Président du Conseil d'administration ou son représentant ou bien encore un grand témoin, tel que le Président d'une association d'usagers, un membre fondateur de l'établissement ou bien encore le directeur général, dans le cas de l'ILVM par exemple.

Lorsque le projet de service est élaboré et avant ou après qu'il soit présenté aux instances de l'établissement, une réunion de clôture peut être organisée, réunissant les mêmes personnes que lors de la réunion de lancement. Cette réunion de conclusion peut être introduite et conclue de manière similaire à celle de la première réunion générale. Ce temps permet la présentation des objectifs du service à venir et des modalités pour les atteindre. Cette présentation du chemin à parcourir en vue de mieux répondre aux besoins des usagers et d'améliorer la qualité de l'accompagnement peut s'appuyer sur un support visuel, tel qu'un diaporama. Une vigilance particulière à l'utilisation de mots simples, voire de pictogrammes, en fonction du type de service, doit être apportée. De même que pour la réunion de lancement, un temps d'échange et d'expression doit être laissé, collectivement voire individuellement s'il y a besoin.

En termes de faisabilité, le coût de cette réunion est limité au temps passé à la préparer et la mener, principalement. Elle nécessite également que les travailleurs puissent cesser temporairement leur ouvrage pour l'ESAT et que les usagers du SAVS puissent tous venir

sur le même créneau horaire. Il n'est pas toujours évident d'avoir ces conditions réunies, car par exemple, certains travailleurs de l'ESAT doivent assurer un service à un moment donné (servir au self, préparer des salles pour un colloque, etc.). Pour les travailleurs exerçant en milieu ordinaire (en entreprise, par exemple), il n'est pas toujours aisé de pouvoir venir à l'ESAT sans poser une demi-journée de congés. Ainsi, réunir tous les usagers du service peut s'avérer être compliqué. De même, tous les professionnels peuvent ne pas travailler le jour de la réunion de lancement ou de clôture, et ce, pour différentes raisons (congés, Récupération du Temps de Travail (RTT), maladie, etc.). C'est pourquoi, il est important d'anticiper et de communiquer au moins un mois à l'avance la date de cette réunion, afin que le maximum de personnes puisse y participer.

Ces deux temps permettent de cadrer l'élaboration du projet de service et d'informer tous les protagonistes gravitant autour et dans le service de la même manière. Ces deux étapes concourent à la co-construction de ce document de référence. En amont de la réunion de lancement, un temps d'échange avec les professionnels peut être organisé afin de définir les thématiques à aborder.

[3.2 Préconisations pour la participation des professionnels à l'élaboration du projet de service](#)

3.2.1 Réunion pour définir les thématiques à aborder

Cette étape de définition commune des thématiques entre la direction et les équipes du SAVS et de l'ESAT n'a pas véritablement été faite, ce qui a été regretté par certains personnels. De fait, en s'appuyant sur les évaluations interne et externe et sur les recommandations de l'ANESM, la directrice a mis en exergue les thématiques à travailler et une présentation en a été faite aux professionnels. Une ouverture au débat sur d'autres thèmes a été faite, mais le personnel ne s'en est guère emparé. Il aurait sans doute été souhaitable de les inciter davantage à prendre part à cette démarche de définition des thèmes. Comme je l'ai indiqué précédemment, les temps de réflexion en équipe pluridisciplinaire sont importants pour les professionnels. En effet, ces échanges leur permettent de s'approprier les choses et donner du sens à leur travail.

De plus, entre l'évaluation externe et le début de la démarche d'élaboration du projet de service, quatre mois se sont écoulés et des éléments nouveaux ont pu apparaître dans le service. Ces évolutions ont pu solutionner certaines situations constatées par les évaluateurs ou de nouveaux problèmes ont pu émerger. C'est pourquoi, ce temps d'écoute des professionnels est important.

Au cours de cette réunion de définition des thématiques à aborder, l'ordre de traitement de celles-ci peut être débattu, notamment si les problématiques soulevées risquent de donner lieu à des débats. Il me semble préférable d'étudier dans un premier temps, les thématiques présentant des enjeux importants pour le service et dont les réponses apportées peuvent être divergentes entre les membres de l'équipe. J'ai en effet, pu constater que la thématique de la rémunération des travailleurs de l'ESAT, que nous avons abordée lors de la deuxième réunion « projet de service » a donné lieu à un travail régulier jusqu'à la finalisation du projet de service. Au vu de l'enjeu et des différentes manières de les traiter, certaines problématiques peuvent nécessiter du temps, élément qu'il n'est pas toujours facile à évaluer au départ. A contrario, d'autres thématiques importantes pour le service peuvent être évoquées en réunion, mais donner lieu à un traitement ultérieur. Ce fut le cas pour celle portant sur la valorisation et l'accroissement des compétences des travailleurs, le recours à un prestataire extérieur ayant été retenu.

Si ce temps d'échange autour du choix des thématiques peut être nécessaire, il revient malgré tout au directeur de trancher, après avoir écouté les professionnels. Rappelons que le temps d'élaboration du projet de service n'est qu'un moment pour débiter le travail autour de ces thématiques, celui-ci devant se poursuivre les cinq années suivantes. Par ailleurs, la participation des professionnels aurait pu être renforcée si des sous-groupes de travail avaient été mis en place, sur certains thèmes.

3.2.2 Travail en sous-groupes

La mise en œuvre de sous-groupes de travail vise à réfléchir en petit groupe (4-5 personnes environ), à un problème donné et à y apporter des éléments de solution. Ces derniers peuvent être proposés ensuite en réunion d'équipe pour être tranchés. Plusieurs réunions en sous-groupes peuvent avoir lieu, en fonction des besoins. Les groupes de travail ont un coût matériel peu élevé, puisqu'ils nécessitent une salle de réunion, mais ils requièrent surtout du temps des professionnels. Or, le temps utilisé pour ces groupes de réflexion n'est de ce fait pas consacré aux usagers. Toutefois, il contribue à donner des sens au travail éducatif et à améliorer l'accompagnement proposé, notamment.

Il aurait été souhaitable d'associer davantage les professionnels, en fonction de leurs spécialités et de leur champ de compétences, à la réflexion autour de certaines thématiques. A l'ESAT, si un sous-groupe a été constitué autour de la rémunération des travailleurs, il n'en a pas été de même pour les autres thèmes. Faut de temps, il peut-être difficile de faire vivre ces sous-groupes, malgré tout. De fait, en l'espèce, l'équipe de l'ESAT était déjà fortement mobilisée sur la certification, la mise en œuvre de la SACAT et la finalisation des Dossiers

Socio-Professionnels (DSP), équivalent du projet individuel en ESAT. A la fin de mon stage, très peu de professionnels m'ont indiqué qu'ils auraient souhaité réfléchir plus spécifiquement sur une thématique à travers un groupe de travail.

Les professionnels du SAVS auraient sans doute été davantage intéressés par cette démarche. Cependant, il convient de s'interroger sur la pertinence de la création d'un sous-groupe de travail pour ce service. En effet, au regard de la taille de l'équipe (cinq personnes, attente du recrutement de la sixième personne), il me semble que faire des groupes de travail ne serait pas forcément pertinent, puisque ceux-ci seraient composés de deux à trois personnes. Au-delà de sa taille, tous les membres de l'équipe ne travaillent pas à temps plein, il est de ce fait complexe de trouver un créneau horaire commun.

Si le contexte avait été différent à l'ESAT, il aurait été intéressant de mettre en place des sous-groupes de travail entre professionnels sur davantage de thématiques. De même pour le SAVS, le travail en équipe étant relativement approfondi, la mise en place de ces groupes n'était pas nécessaire, même si la réflexion pouvait être étayée sur certains thèmes. Ainsi, en l'espèce, des sous-groupes de travail n'auraient pas été pertinents, me semble-t-il, pour ces deux services. A défaut de cette modalité de participation à l'élaboration du projet de service, celle de professionnels extérieurs pouvait être renforcée.

3.2.3 Les professionnels extérieurs, des partenaires

Lors de l'élaboration du projet de service de l'ESAT et du SAVS, les partenaires extérieurs ont été évoqués voire rencontrés, mais ils pouvaient être davantage associés à cette démarche. Les partenaires représentent les autres structures sociales, médico-sociales et sanitaires géographiquement proches (relevant du secteur public ou privé), mais aussi des entreprises, qui peuvent être client de l'ESAT, des associations sportives ou des organismes culturels, pouvant accueillir le public du SAVS, par exemple. Une des thématiques travaillée avec les professionnels du SAVS portait sur les partenariats. Le nécessaire renforcement des liens avec l'extérieur du service, notamment le secteur médical, était souligné. Afin de comparer l'organisation interne, un SAVS géré par une association a participé à l'une des réunions de travail. Le rapprochement avec des associations du champ du handicap (telles que l'Union Départementale des Associations de Parents et Amis des Personnes Handicapées Mentales (UDAPEI), Perce-Neige, etc.) peuvent être source d'enrichissement mutuel. Toutefois, ces associations sont généralement gestionnaires d'établissements et peuvent parfois être perçues comme concurrentielles, ce qui me semble regrettable, même

si les modalités de fonctionnement sont bien souvent différentes de celle du secteur public. Malgré tout, les professionnels extérieurs, partenaires, auraient pu davantage participer, ou à minima être informés, de l'élaboration du projet de service.

Comment aurait-il été possible de le faire ? Les inviter aux réunions de lancement et de clôture pouvait être un moyen de les associer. En fonction des liens déjà tissés avec les partenaires extérieurs, il convient d'adapter la communication et les modalités de leur participation. Ainsi, pour les clients de l'ESAT (entreprises ou particuliers), une enquête de satisfaction et de requête de leurs besoins peut être envoyée, afin de développer davantage le partenariat, même si celui-ci doit être adapté aux compétences des travailleurs. Dans le cadre de la certification, un questionnaire succinct est mis en place. La visite des lieux de production (sous-traitance, chaiserie, etc.) peut être organisée, avec un temps d'échange en fin de visite. Ce moment peut permettre à ces clients de faire part de leurs exigences (même si celles-ci apparaissent dans le cahier des charges), mais aussi de leurs souhaits quant à la production de nouveaux biens ou services, par exemple. De plus, ces visites peuvent être une occasion de valoriser les usagers à travers leur travail. Une meilleure connaissance des compétences des travailleurs peut aussi donner lieu à l'accueil de l'un d'entre eux pour un travail précis, dans une entreprise du milieu ordinaire, sous la forme d'une mise à disposition. En effet, des petits travaux de conditionnement, de vagemestre, etc. dans des entreprises peuvent être pourvus par des travailleurs en situation de handicap. La participation de partenaires extérieurs au projet de service peut être un moyen de renforcer des partenariats et ainsi d'ouvrir la structure médico-sociale sur son environnement.

Pour le SAVS, le déficit de compétences médicales au sein de l'équipe, lié à la mission de ce service, a été souligné au cours des réunions « projet de service ». Un rapprochement plus efficient avec d'autres services de l'ILVM a été souhaité. En effet, l'équipe du SAMSAH, dont certains membres ont des compétences médicales, pourrait faire profiter le SAVS de son expertise. Concrètement, une réunion commune aux deux services aurait pu être organisée, chacun présentant à l'autre service les compétences qu'il peut lui apporter. Ce temps d'échange aura lieu en septembre 2015. De même, le projet de service pouvait être l'occasion pour créer un partenariat avec le pôle consultation de l'ILVM, en présentant les problématiques médicales auxquelles le SAVS doit faire face depuis peu. Proposer à des membres du SAMSAH et du pôle consultation de participer aux réunions de lancement et de clôture du projet de service du SAVS pouvait être un premier moyen de les associer et de les sensibiliser aux difficultés du service. Les faire participer à une réunion portant sur les axes de travail liés à ces services pouvait en être un second.

Le travail autour du projet de service a mis en lumière des partenariats qu'il serait souhaitable de créer. Le vieillissement du public accueilli au SAVS conduit à réfléchir à la mise en place de nouveaux partenariats et à un rapprochement avec le Centre Communal de l'Action Sociale (CCAS). Si l'une des missions du SAVS est d'accompagner, d'apporter un soutien dans une démarche d'autonomie (travail, loisirs, logement, alimentation, etc.), du fait de l'avancée en âge du public accueilli, les professionnels du SAVS cherchent davantage à maintenir les acquis qu'à en acquérir de nouveaux. Au-delà du handicap, la vieillesse peut nécessiter l'intervention de services à domicile pour le ménage, l'entretien du logement, la préparation des repas. Pour recourir à ces prestataires, les usagers sont généralement en difficulté, ce qui nécessite l'intervention des professionnels du SAVS. Ces derniers sont amenés à créer des partenariats avec des services d'aide à domicile, qui méconnaissent parfois les particularités du public en situation de handicap. La participation du service à domicile le plus proche au projet de service du SAVS, par une réunion de présentation des deux entités par exemple, peut être l'occasion de nouer des liens plus étroits et de créer un véritable partenariat.

Ainsi, des partenaires bien impliqués dans la vie de l'ESAT et du SAVS pouvaient être davantage sollicités et participer à l'élaboration du projet de service, à travers une réunion ou bien encore un questionnaire, par exemple. Toutefois, notons qu'une partie de ces partenaires a été consulté par l'évaluatrice externe, donc leurs avis ont indirectement été pris en compte. Le travail autour du projet de service permet également de créer ou du moins d'initier de nouveaux partenariats.

En sus des préconisations qui peuvent être faites pour encourager la participation des professionnels à l'élaboration du projet de service, d'autres peuvent l'être à destination des usagers.

3.3 Préconisations pour la participation des usagers à l'élaboration du projet de service

3.3.1 Groupe de travail « expression des usagers »

La suggestion de mettre en place un ou plusieurs groupes de travail spécifiquement pour les usagers a été émise par les travailleurs de l'ESAT, à la fin de mon stage. Même si par les délégués des travailleurs et les CVS, l'ensemble des sujets ont été présentés aux personnes en présence, un temps de réflexion entre eux a été souhaité. Indépendant (ou presque) des professionnels, ce groupe de travail usagers pouvait permettre à ces derniers de s'exprimer

et de réfléchir ensemble aux solutions à apporter à un problème soulevé. Les thématiques retenues pouvaient être les mêmes que celles des professionnels, une boîte à idées pouvait être ouverte pour permettre à tous de mettre en lumière certains sujets non-suggérés. La présence d'un moniteur ou éducateur est toutefois vivement souhaitable, selon un moniteur référent de l'ESAT, afin « d'adapter le vocabulaire à tous ». Ainsi, un groupe de travail pouvait voir le jour au sein de l'atelier artisanat autour de la thématique des horaires de travail ou bien encore, des groupes transversaux aux différents pôles pouvaient être créés sur le sujet de la rémunération des travailleurs ou de la valorisation de leurs compétences.

Toutefois, il convient de rappeler qu'un ESAT a vocation à produire des biens ou des services, même si les travailleurs doivent bénéficier d'activités de soutien (en lien avec leur travail). Il n'est pas toujours possible de libérer un temps commun pour des travailleurs, répartis sur plusieurs pôles et ayant des rythmes différents. De par sa nature, par exemple, le pôle sous-traitance est sujet aux fluctuations permanentes des commandes, ce qui induit des épisodes de travail intense et d'autres beaucoup moins. Mettre en place des groupes de travail inter-pôles semble une démarche intéressante, car un certain cloisonnement existe. Toutefois, elle n'est pas évidente à mettre en œuvre, du fait de temporalités et contraintes différentes et difficilement compatibles. Des groupes entre deux pôles peuvent sans doute être envisagés, tels que l'artisanat et la sous-traitance. Malgré tout, comme le souligne un moniteur de l'ESAT, « faire des groupes de travail entre usagers aurait sans doute été bien, s'il n'y avait pas eu la certification ». Le contexte chargé de l'ESAT ne favorisait guère la mise en place de groupes de travail usagers.

Ces derniers pouvaient être mis en œuvre au SAVS, autour de l'organisation du service ou bien encore de la prévention des risques. Les usagers étant davantage disponibles en journée (car une partie d'entre eux n'a pas d'activité professionnelle) et leur nombre bien moins important qu'à l'ESAT, ce groupe de réflexion pouvait être opérant et source de propositions.

Si des groupes de travail usagers avaient vu le jour, il aurait été intéressant qu'une personne du groupe soit porte-parole et puisse venir présenter le fruit de leurs réflexions aux professionnels, notamment. La co-construction du projet de service pouvait être renforcée encore par des groupes de travail transversaux, réunissant usagers, professionnels, proches, voire partenaires extérieurs. Toutefois, la mise en œuvre pratique de ces groupes se serait avérée complexe et difficilement réalisable, me semble-t-il, pour les diverses raisons évoquées (manque de temps, autres projets en cours, rythme de travail différent).

En sus des groupes de travail usagers, la formation de ces derniers pouvait permettre de renforcer leur participation et leur implication à l'élaboration du projet de service.

3.3.2 Formation des usagers

La formation des usagers à la participation peut consister à exposer ce que l'on demande aux usagers, les attentes que l'on a quant à leur expression, mais aussi les aider à comprendre le cadre dans lequel on les sollicite, de manière à ne pas les mettre en difficulté. Il convient aussi de leur rappeler que ce qu'ils expriment (oralement ou autrement) peut être entendu, sans toutefois aboutir dans la réalité.

Dans leur rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire »⁴⁹ de février 2014, Claire Compagnon et Véronique Ghadi indiquent que la « Conférence nationale de santé considère que la mise en place des CVS ou de toute forme de participation s'est plus ou moins généralisée mais relève des difficultés plus qualitatives qui peuvent conduire à un dévoiement de l'instance ». Parmi ces limites mises en exergue se trouve la « formation des usagers siégeant dans les CVS » qui est à « renforcer ». La formation des usagers à la participation aux instances semble en effet nécessaire, pour qu'ils puissent exercer dans de bonnes conditions leurs mandats et faire respecter leurs droits.

Pour les travailleurs d'ESAT, le décret du 16 juin 2006, complété par le décret du 20 juin 2009 sur l'accès à la formation, à la reconnaissance des savoir-faire professionnels et à la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ont rendu obligatoire la mise en œuvre d'une politique de formation des usagers. Cette législation a incité certains ESAT à s'affilier à un Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA).⁵⁰ Les formations peuvent permettre de développer des compétences professionnelles, mais aussi de favoriser la vie dans ce cadre de travail. A ce titre, proposer des formations pour faciliter la prise de parole des usagers lors de travaux de groupe, d'instances ou de réunions est un moyen d'encourager leur participation effective. A la différence des ESAT, les SAVS n'ont pas cette obligation de formation.

Ces dernières années, des formations pour les représentants des usagers se sont développées, notamment grâce aux Agences Régionales de Santé (ARS) en lien avec les associations de la région, notamment le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS). Dans une fiche intitulée « le représentant des usagers, son rôle et ses droits »,⁵¹ le Ministère de la

⁴⁹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf

⁵⁰ Définition : Les organismes paritaires collecteurs agréés sont des organismes chargés de collecter les fonds de la formation professionnelle continue et de financer la formation des salariés. (<http://www.emploi.gouv.fr/acteurs/opca-opacif>)

⁵¹ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_le_representant_des_usagers-3-2.pdf

santé met en exergue les droits des représentants, parmi lesquels se trouve le droit à la formation. « Dans le cadre de la Convention Pluriannuelle d'Objectifs conclue avec le CISS, des actions de formation pour les représentants des usagers issus des associations membres des CISS implantées dans les régions sont financées. Les formations sont organisées en lien avec les CISS régionaux. » Toutefois, en dehors du statut de représentant des usagers, les formations destinées à faciliter la participation des usagers semblent peu courantes. Des initiatives novatrices voient pourtant le jour, à l'instar du projet de création d'un « Institut pour la démocratie en santé » au sein de l'EHESP. L'objectif serait « d'apporter la parole des patients et usagers, érigés au rang d'experts » souligne Laurent Chambaud, directeur de l'EHESP.⁵²

A la demande des établissements, des consultants peuvent intervenir auprès des usagers sur la thématique demandée. Le coût d'une journée de formation peut varier de manière conséquente (350 à plus de 1 000 euros la journée environ). Dans ce cadre, l'établissement doit réaliser un cahier des charges, présentant ses attentes.

A défaut de pouvoir trouver une formation pour les usagers facilitant leur participation ou de recourir à un consultant, une formation en interne peut être organisée par les professionnels du service ou par ceux d'autres services, lorsque l'établissement est de taille suffisamment importante. Une formation commune aux usagers de l'ESAT et du SAVS aurait pu être organisée, même s'il aurait été nécessaire de faire des groupes, car cela représente près de 120 personnes environ. L'Institut le Val Mandé étant reconnu comme organisme de formation, la formation dispensée aurait pu profiter également à d'autres établissements médico-sociaux, désireux d'améliorer la formation de leurs usagers quant à leur participation. Antérieurement, les professionnels de l'ILVM mobilisés auraient peut-être eu besoin d'être formés davantage sur cette thématique.

Ainsi, au-delà de la participation au projet de service, c'est la participation des usagers de manière plus générale qui est à reconsidérer. Si le questionnaire est un moyen adapté au public accueilli et qui permet sa participation, des formations visant à faciliter leur expression (orale, écrite ou autre) pourraient être organisées. Cette aide à la participation aurait pu faciliter la prise de parole dans les groupes d'expression des usagers, par exemple. D'autres moyens pouvaient la favoriser, à l'instar de l'écriture en « facile à lire et à comprendre ».

⁵² <http://www.directions.fr/Piloter/carriere/2014/5/-L-EHESP-est-un-modele-unique-a-stabiliser—2023035W/>

3.3.3 Développement du « facile à lire et à comprendre »

Lors de présentations de documents en CVS ou aux délégués des travailleurs, certains étaient en réelle difficulté pour les lire et/ou pour les comprendre. De ce fait, seules les informations que nous pouvions leur apporter à l'oral comptaient véritablement, même si probablement une partie étaient oubliées très rapidement. Une meilleure adaptation aux capacités des personnes accueillies leur aurait facilité l'accès aux informations et leur compréhension.

Ainsi, il aurait été pertinent de créer plus de supports en braille ou d'agrandissements pour les usagers du SAVS et de l'ESAT, car une majorité d'entre eux sont déficients visuels. Or, pour les inclure dans la démarche du projet de service et leur permettre de lire des documents, il est nécessaire de s'adapter à leurs possibilités.

La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées stipule dans son article 9 que l'accès à l'information et à la communication doit être garanti aux personnes en situation de handicap.⁵³ C'est en 2009 au cours du projet européen Pathways que le « facile à lire et à comprendre » a vu le jour. Cette méthode européenne vise à permettre l'accès aux informations dans tous les domaines aux personnes déficientes intellectuelles. Un ensemble de règles ont été inscrites afin de faciliter véritablement la lecture et ainsi la compréhension des écrits, mais aussi des supports électronique, vidéo et audio. Ces règles portent notamment sur l'organisation du document (regrouper les informations par thématique, etc.), la police de caractères (privilégier une police telle que Tahoma ou Arial, taille 14, ne pas écrire en italique, etc.), la mise en page du texte (mettre peu de texte par page, ne pas écrire dans des colonnes, etc.), le choix du vocabulaire (utiliser des mots faciles à comprendre, expliquer les mots difficiles, utiliser si possible le présent et des phrases courtes, etc.).⁵⁴

Le recours au « facile à lire et à comprendre » aurait permis aux usagers de mieux comprendre les documents fournis et ainsi de mieux intérioriser les évolutions à venir. De plus, ils auraient été davantage en capacité de les exposer aux autres usagers, qui n'assistaient pas à la réunion en question. Cette méthode est de surcroît assez simple à acquérir pour les professionnels et peu coûteuse à mettre en œuvre. De fait, toutes les règles sont présentées sur internet.⁵⁵ Les premiers écrits en « facile à lire et à comprendre » peuvent être réalisés avec une ou deux personnes en situation de handicap, afin de mieux

⁵³ <http://www.un.org/french/disabilities/default.asp?id=1413>

⁵⁴ <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/3-PANIEZ%20BD.pdf>

⁵⁵ http://www.adapei66.org/UserFiles_adapei66/files/Guide_ReglesFacileAlire.pdf

se rendre compte des difficultés qu'elles peuvent avoir et ainsi de mieux répondre à leurs besoins. Cette transcription peut être faite par tout professionnel (éducateur, moniteur, cadre, directeur et autre) dès qu'il est amené à communiquer avec les personnes accueillies. Pour évaluer l'efficacité de ce dispositif, de simples questions orales sur le contenu du document aux usagers peuvent permettre à son auteur, de vérifier la bonne compréhension du message.

Au-delà de ces moyens visant à faciliter la compréhension de certains outils pour des personnes en situation de handicap, il est important de rappeler que le temps est un facteur essentiel également. Comme le soulignait des usagers lors d'une conférence en avril 2010⁵⁶ « Ce que nous voulons aussi dire, c'est qu'il faut prendre le temps : le temps de nous parler, le temps de nous écouter, le temps de nous expliquer. Il faut mettre des mots simples dans vos idées et ne pas employer des mots trop compliqués. Ce sera aux personnes de se mettre à la portée de notre langage : cinq minutes de perdues, c'est six mois de gagnés dans l'accompagnement. »

Ainsi, prendre le temps de faire participer les usagers et d'être à leur écoute est essentiel. En outre, l'adaptation des supports utilisés aux capacités des personnes accueillies est d'une part, une manière de respecter ces dernières, et d'autre part, de leur permettre de réellement participer, en ayant un véritable accès à l'information. Cette modalité facilitant la lecture permet de considérer davantage l'utilisateur comme un « sachant », comme une personne qui peut apporter quelque chose aux autres, aux professionnels, etc. ce qui est important. Pour encourager la participation des usagers, des outils ludiques, tels que le théâtre, des films-débats peuvent être organisés.

3.3.4 Recours à des outils ludiques (théâtre, films-débats)

Afin de faire participer le plus grand nombre de personnes accueillies, il peut être intéressant d'utiliser des moyens ludiques. En effet, par ce biais, des personnes timides ou ayant des difficultés à formuler leurs idées ou à les exprimer verbalement peuvent malgré tout, réussir à transmettre un message. Ainsi, pour évoquer la notion de respect, par exemple, une séquence vidéo peut être montrée à un groupe d'utilisateurs, présentant une personne qui dit

⁵⁶ CLERMONT C., BECK J. et RUBBEN B., *Point de vue d'utilisateurs – la participation : progrès ou illusion ?*, 23 avril 2010, école européenne supérieure en travail social (EESTS) de St Omer, MAIS (Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale), p. 18

[http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_\(MYTHE_OU_REALITE\).pdf](http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_(MYTHE_OU_REALITE).pdf)

« bonjour » le matin aux professionnels et aux autres usagers, en arrivant travailler à l'ESAT et un autre individu, qui ne salue personne et vient s'installer directement à son poste de travail. Cette séquence vidéo peut être éventuellement filmée directement au sein du service, de manière à ce que les usagers puissent s'identifier aux personnages. A la suite de la visualisation de ce petit film, un débat, animé par un ou plusieurs éducateurs (ou moniteurs) en fonction de la taille du groupe, peut avoir lieu. La présence de ces professionnels doit permettre au plus grand nombre de prendre la parole. Ils doivent également favoriser l'émergence d'axes d'amélioration pratiques, qui pourront ensuite être mis en œuvre à l'ESAT, sur cette thématique. Ces préconisations, directement définies par les usagers, pourront être inscrites dans le projet de service. L'intérêt majeur de ceci est l'appropriation de ces axes d'évolution par les personnes en situation de handicap, permettant théoriquement, une meilleure application de ceux-ci.

De plus, cette démarche est peu coûteuse, car elle nécessite principalement d'avoir du matériel télévisuel (TV, lecteur DVD, voire rétroprojecteur, si le groupe est de taille importante). En termes de ressources humaines, un ou plusieurs éducateurs (ou moniteurs, selon la composition de l'équipe) peuvent être mobilisés. Les compétences sollicitées sont principalement l'animation d'un débat avec un groupe d'usagers. Pour ce qui est des travailleurs, cette activité peut entrer dans le cadre des activités de soutien, puisqu'elle est en lien direct avec le cadre de travail. L'une des limites du recours aux films-débats est que toutes les thématiques ne se prêtent pas à un traitement par ce type de support.

C'est pourquoi, d'autres moyens peuvent être utilisés, tels que le théâtre, afin de pouvoir exprimer et jouer certaines situations du quotidien de l'ESAT ou du SAVS. L'expression corporelle peut être un bon moyen pour transmettre un message. Ainsi, l'Union française pour la santé bucco-dentaire (UFSBD) se montre sensible à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées, soulignant que ces dernières sont particulièrement sujettes aux « pathologies infectieuses, carieuses et/ou parodontales ».⁵⁷ C'est pourquoi, cet organisme intervient directement dans des établissements médico-sociaux et propose une formation du personnel sur cette thématique. L'enseignement dispensé est à la fois théorique et pratique. Cette dernière phase est centrée « sur l'entretien de la bouche avec mise en pratique sous forme de jeux de rôle. » Ces actions de sensibilisation réalisées auprès des professionnels peuvent l'être également auprès des usagers et de leurs proches, l'approche ludique facilitant généralement la compréhension du message et son appropriation. Au-delà de la

⁵⁷ <http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/personnes-handicapees/>

transmission d'informations aux personnes en situation de handicap, le théâtre peut être un vecteur d'expression de ce public.

Ainsi, la participation des usagers à l'élaboration du projet de service pouvait être accentuée si différents moyens avaient été mis en œuvre (groupe de travail des usagers, formation, recours au « facile à lire et à comprendre » et supports ludiques). La participation des proches aurait, elle aussi, pu être renforcée.

3.4 Préconisations pour la participation des proches et/ou tuteurs à l'élaboration du projet de service

Lors de l'élaboration des projets de service de l'ESAT et du SAVS, les familles et/ou tuteurs n'ont pas été sollicités et ce, volontairement. En effet, les usagers accueillis dans ces services ont une autonomie et des capacités suffisantes pour avoir un avis sur leur service et pouvoir exprimer leurs attentes. Dans les CVS de ces deux services, il n'y a d'ailleurs aucun représentant des familles, pour ces raisons. Toutefois, il peut être souhaitable de permettre l'expression des proches des personnes accueillies, car ils peuvent porter un regard différent sur le service et sur l'accompagnement qui y est proposé. Le choix de la notion de « proches » permet d'élargir le nombre et la qualité des personnes ayant des liens avec les usagers et ce, toujours avec l'accord de ces derniers.

En sus de la participation à la réunion générale de lancement, les proches peuvent être conviés à répondre à un questionnaire ou bien encore à participer à des groupes de travail, contribuant ainsi à l'élaboration du projet de service.

3.4.1 Questionnaire

Un questionnaire à destination des proches des usagers peut être un moyen de les faire participer. Cette enquête peut être envoyée par courriel ou par courrier postal. Si l'envoi d'un courriel est plus économique pour l'établissement, ce dernier n'a pas forcément les adresses pour le faire et les proches des usagers ne disposent pas forcément tous d'un matériel informatique. De ce fait, il est sans doute préférable de transmettre ce questionnaire plutôt par courrier.

L'intérêt majeur de ce moyen de participation est la possibilité pour tous de prendre part à la vie du service, même les personnes qui travaillent ou du fait de leur âge avancé ne peuvent plus se déplacer. De fait, lors des CVS dans les autres services, des représentants des familles sont généralement présents, ce qui n'est pas le cas pour le SAVS et l'ESAT, comme nous l'avons indiqué. Ce questionnaire pourrait être un moyen de viser un public plus large

qu'habituellement. Certains usagers n'ont plus de famille ou de contacts avec eux et peuvent préférer que ce soient des amis qui participent à cette enquête. Pourquoi alors ne pas donner la possibilité aux usagers qui le souhaitent de communiquer l'adresse postale (ou e-mail, en fonction du support de questionnaire retenu) de deux à trois personnes dont ils se sentent proches (famille, amis, tuteurs, etc.) ?

Dans son contenu, le questionnaire peut porter sur des thématiques dont les proches peuvent avoir une opinion, telles que la gestion de l'argent, la vie en dehors du service (domicile, loisirs, etc.). Il me semble important que les proches puissent faire part librement de leurs remarques et suggestions quant au fonctionnement du service et à l'accompagnement proposé, même si ce questionnaire ne doit en aucun cas se substituer au CVS. Cette enquête peut être l'occasion de savoir si certains proches seraient intéressés pour participer à des groupes de travail en lien avec les thèmes travaillés dans le cadre du projet de service. La question des modalités de leur participation peut même leur être demandée.

Le coût d'un questionnaire envoyé par voie postale est relativement limité (prix d'une enveloppe, d'un timbre, de l'impression du questionnaire). Le travail le plus conséquent pour l'établissement médico-social est de créer ce questionnaire et d'analyser les réponses, ce qui peut mobiliser les compétences de plusieurs professionnels (directeur, cadre ou autre).

En somme, le questionnaire est un outil de participation des proches qui peut favoriser leur expression et renforcer leur implication dans l'accompagnement de l'utilisateur qu'ils connaissent. Comme nous l'avons indiqué, au cours de cette enquête, la suggestion de participer à des groupes de travail peut leur être faite.

3.4.2 Groupes de travail

Afin que les groupes de travail puissent fonctionner réellement, il est important qu'un certain nombre de participants soient présents (au moins trois voire quatre personnes). Pour atteindre cet objectif, il est préférable qu'il y ait une demande, des attentes en termes de participation de la part des proches. Le questionnaire peut permettre de quantifier le nombre de personnes intéressées par ces groupes de travail. De même que pour l'enquête, ces temps de réflexion peuvent réunir des personnes moins investies dans la vie institutionnelle de l'établissement (notamment à travers le CVS). Ces groupes sont avant tout un lieu d'expression, où tous peuvent prendre la parole en dehors de la présence de professionnels. Ces derniers peuvent être invités à participer ou à débattre avec les proches, sur certaines thématiques. Ce travail peut être l'occasion pour les proches de mieux comprendre le fonctionnement, les contraintes du service et les pathologies du public accueilli.

L'accompagnement des familles, amis, tuteurs est généralement très limité dans les établissements médico-sociaux, d'où peuvent naître des incompréhensions, des analyses parfois hâtives de proches sur le comportement d'autres usagers, par exemple. Indirectement, le projet de service peut être un moyen pour permettre une meilleure connaissance du service.

Concrètement, il me semble que les thématiques de travail ne doivent pas être fixées par les proches, mais par l'équipe de direction en lien avec les professionnels, de manière à ce qu'elles s'inscrivent dans le cadre du projet de service. Ainsi, les groupes de travail des proches peuvent porter sur des thématiques spécifiques, mais aussi sur les mêmes que celles des professionnels. Par exemple, à l'ESAT, un groupe de travail entre proches pouvait avoir lieu sur la même thématique que pour les professionnels, pour ce qui a trait à la révision de la rémunération des travailleurs. De fait, cette dernière a des conséquences directes sur les usagers. Les proches pouvaient proposer un modèle de grille de rémunération ou autre pour rendre ce système plus équitable entre les usagers. Exposer aux proches les enjeux de cette réforme et ses conséquences (compensation via l'Allocation Adulte Handicapée (AAH), mise en place d'une mutuelle collective et de chèques-vacances) permet de les intégrer à la démarche et de leur donner des clés d'explication à fournir à la personne handicapée qu'ils connaissent, si cette dernière en fait la demande. De plus, au-delà des informations fournies, les proches peuvent participer et être force de propositions. Une réunion commune avec les professionnels autour de cette thématique peut être envisagée, afin de confronter les points de vue et ainsi, mieux se comprendre.

Si cette co-construction du projet de service est vraiment intéressante et a un coût financier très limité, elle présente malgré tout quelques limites ou obstacles. En effet, les proches peuvent avoir une activité professionnelle et de ce fait, avoir des contraintes horaires, ne leur permettant pas d'être disponibles en journée. De même, les professionnels ne sont pas forcément mobilisables en fin de journée. De plus, les réunions en groupe de travail peuvent être chronophages, même si les temps de réflexion et de communication sont indispensables à une meilleure connaissance des réalités et des contraintes réciproques. Une formation des professionnels et/ou des proches peut leur être proposée afin de faciliter cette compréhension (ce qui a un coût).

Ainsi, la mise en place de groupes de travail peut être un moyen de participation pour les proches, même si leur motivation me semble être un élément essentiel à sa réussite.

Conclusion

La réalisation d'un projet d'établissement et/ou de service est une obligation légale, mais aussi un moyen pour faire participer tous les acteurs gravitant autour et dans une structure. Réaliser ce document, c'est aussi tenir compte du contexte, afin d'être en concordance avec les exigences nouvelles. Ces dernières peuvent apparaître comme des contraintes, mais peuvent se révéler être de véritables opportunités, obligeant les acteurs à être créatifs et à mettre en commun leurs potentiels et compétences. Aujourd'hui, les établissements s'inscrivent dans un contexte budgétaire contraint, laissant de moins en moins de marges en termes de gestion. A ceci s'ajoute un cadre législatif et réglementaire renforçant les droits des usagers, ce qui ne peut qu'être louable. Cette politique se traduit en particulier par un renforcement des exigences en matière de qualité. Au-delà de ces éléments ayant des conséquences directes sur les établissements, ces derniers doivent aujourd'hui tenir compte d'un nouveau paradigme issu des évolutions sociétales, de la demande des usagers et du législateur. Il s'agit des mouvements de désinstitutionnalisation et d'individualisation des parcours. L'objectif est d'accroître l'inclusion la personne porteuse d'un handicap dans la société, notamment en répondant à ses besoins spécifiques.

Le projet de service est un cadre de travail pour les équipes, fixant des objectifs co-construits pour les cinq prochaines années. L'élaboration et la mise en œuvre de ce document n'est qu'un moyen utilisé pour encourager la participation des usagers, des professionnels, des proches et des partenaires. Au-delà de l'obligation légale, pourquoi faire participer ces protagonistes à l'élaboration du projet de service ? L'un des premiers apports est la meilleure appropriation des enjeux et des axes d'amélioration par ces acteurs. Cette méthodologie permet également de mieux connaître et comprendre le contexte, le cadre dans lequel le service évolue. La participation permet également de renforcer l'écoute mutuelle entre les usagers et les professionnels, notamment et ainsi de mieux tenir compte des besoins des personnes accueillies et de donner du sens au travail du personnel. Si l'on veut que la démarche d'élaboration du projet de service soit réellement participative, ceci nécessite du temps. Or, ce temps consacré à la réalisation de ce document ne doit pas se faire au détriment de l'accompagnement à long terme des usagers.

A travers l'exemple du SAVS et de l'ESAT de l'Institut le Val Mandé, j'ai pu vérifier en partie ces éléments. La méthodologie utilisée pour élaborer le projet de service dans ces deux structures s'appuyait sur la participation effective d'un maximum d'acteurs. Ainsi, les usagers ont été invités à répondre à un questionnaire anonyme, portant sur le fonctionnement du

service et de leurs besoins. Aidé d'un psychologue stagiaire, une majorité des personnes accueillies ont répondu à cette enquête (entretien individuel d'une durée moyenne d'une heure), dont une synthèse a ensuite été réalisée. Cette dernière a été présentée aux usagers et aux professionnels, séparément, dans chacune des deux unités. Si le questionnaire a été un élément de participation apprécié des usagers, d'autres moyens pouvaient être mis en œuvre, à l'instar de groupes de travail propres aux personnes accueillies. Un ou plusieurs porte-parole(s) pouvai(en)t être choisi(s) pour relayer leurs réflexions auprès des professionnels. Afin de rendre ce groupe vivant, une formation sur la participation des usagers pouvait être organisée, soit par un prestataire interne ou externe. L'inclusion des personnes en situation de handicap pouvait être renforcée en leur facilitant l'accès aux documents de travail des professionnels et ce, par l'utilisation de supports en « facile à lire et à comprendre », c'est-à-dire en s'adaptant à leurs potentiels. De plus, des outils ludiques (films-débat, jeux, théâtre, etc.) pouvaient favoriser la participation des usagers.

Les proches n'ont pas été particulièrement associés à la démarche d'élaboration du projet de service, du fait que la plupart des personnes accueillies étaient en capacité d'exprimer elles-mêmes leurs besoins. Toutefois, le regard extérieur de ces protagonistes, avec l'accord des usagers, peut être intéressant et les associer à ce type de projet, peut être un bon moyen pour mieux leur faire comprendre le fonctionnement du service, ses contraintes et ses perspectives. La participation des proches peut se faire à travers différents moyens : invitation à la réunion de lancement, groupes de travail ou bien encore questionnaire. Face au vieillissement des personnes en situation de handicap et à celui de leurs proches, il est important d'inclure ces derniers à la démarche du projet du service, afin de les rassurer notamment quant à l'avenir de leur enfant (devenu adulte).

L'association et la participation du personnel du SAVS et de l'ESAT à l'élaboration du projet de service était un véritable enjeu, car ils n'avaient guère été sollicités lors du précédent projet de service. A travers des réunions thématiques, les professionnels du service ont pu s'exprimer et donner leur avis sur les futurs axes d'amélioration du service et la manière de les réaliser. Une association plus étroite au choix des thèmes retenus aurait été souhaitée, du moins pour l'équipe du SAVS. Une réunion de lancement présentant le rôle d'un projet de service, les enjeux de sa réalisation et le contexte, à tous les acteurs gravitant autour et dans le service était souhaitable, afin que tous aient les mêmes bases d'information et de réflexion. Des sous-groupes pouvaient être mis en place pour permettre une réflexion plus affinée sur certaines thématiques, avec les professionnels les plus concernés par la question soulevée. La co-construction du projet de service avec les professionnels est essentielle à

plusieurs titres. Elle permet l'appropriation des enjeux et des axes de travail futurs. Ce temps de réflexion commun est également essentiel pour donner du sens aux accompagnements, pour reconnaître le travail effectué (parfois invisible) et le valoriser.

Cependant, il convient de garder à l'esprit le fait que l'on ne peut pas accroître le nombre de réunions de manière illimitée, car le cœur de métier des professionnels est, pour une large majorité d'entre eux, d'être auprès des usagers, de faire avec eux et pour eux. Même si la participation de tous ne peut être qu'encouragée, il revient toujours au directeur de trancher et de prendre une décision, en tenant compte, dans la mesure du possible, des contraintes pesant sur le service, de la volonté et des besoins des usagers, des souhaits des professionnels et des proches. La participation permet de mieux s'approprier le contexte, les enjeux, mais aussi (et surtout) les axes d'amélioration à réaliser les cinq années à venir.

Au-delà de la phase d'élaboration du projet de service que nous avons présentée, l'un des enjeux est de le faire vivre. L'application de ce document de référence nécessite la participation des mêmes protagonistes. Ainsi, les usagers et leurs proches pourront être sollicités séparément et annuellement (ou tous les deux ans) pour remplir un questionnaire. Celui-ci pourra porter sur leur satisfaction quant à tel ou tel aspect du fonctionnement du service et/ou de leurs besoins. L'information des usagers quant à l'application des axes d'amélioration fixés dans le projet de service est nécessaire. Celle-ci peut se faire lors des CVS et une boîte à idées peut être ouverte pour recueillir leurs nouveaux souhaits.

Afin de mettre en œuvre les objectifs fixés dans le projet de service, il peut être souhaitable de réaliser un plan d'action, répartissant les axes quinquennaux d'amélioration, avec un échéancier pour chacune des actions. Un suivi de la qualité et de l'application concrète de ces objectifs devra être effectué régulièrement (une fois par trimestre, par exemple), afin de constater l'évolution du plan d'action, les réussites, les difficultés rencontrées et les solutions à y apporter. Cette phase d'évaluation des interventions réalisées est essentielle. La vérification de la pertinence des procédés utilisés est importante également. Un tableau de suivi, tel qu'un plan d'amélioration de la qualité, peut en faciliter une lecture d'ensemble. A ces différentes étapes, il me semble important que des professionnels et des usagers soient associés et que les axes d'amélioration prévus dans le projet de service puissent être réévalués et modifiés, au besoin, si le service évolue différemment que ce qui était initialement prévu. Cette flexibilité est nécessaire et doit être permise par la participation et la libre expression de tous les acteurs gravitant autour ou dans le service.

Bibliographie

OUVRAGES :

CAMBON L., 2009, *Identité professionnelle des éducateurs spécialisés – une approche par les langages*, Presses de l'EHESP

COCH L. et FRENCH J., 1947, *Overcoming resistance to change*, Human Relations

DELIGNY J-L., 1990, *L'administration du futur*, Editions Eyrolles

LONCLE P., ROUYER A., 2004/4, *La participation des usagers : un enjeu de l'action publique locale*, Revue française des affaires sociales (n° 4), p. 133-154

MELIN P., CHOAY F., 2000, *Dictionnaire de l'urbanisme et de l'aménagement*, Presses universitaires de France, Paris, 575.

Morin E., 1977, *La Nature de la nature* (t. 1), La Méthode (6 volumes), Le Seuil, p.51

PALIER B., mai 2010, *La réforme des systèmes de santé*, 5ème édition, PUF

PIGE B. et al. , 2008, *Management et contrôle de gestion*, Nathan, p 9

POMEY M-P. et al., 2015/HS S1, « *Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé*, Santé Publique, p. 41-50

SITOGRAPHIE

ANESM, janvier 2012, Synthèse Elaboration, *rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/Anesm_synthese-bleu-PE-PS.pdf

- EESTS, 23 avril 2010, *Participation de usagers, mythe ou réalité?*.
[http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_\(MYTHE_OU_REALITE\).pdf](http://www.mais.asso.fr/sites/mais.asso.fr/files/atoms/files/PARTICIPATION_DES_USAGERS_(MYTHE_OU_REALITE).pdf)

- ANESM, Mars 2008, *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*.
http://anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_expression_participation_usagers.pdf

- BAREIL C., Août 2004, *La résistance au changement: synthèse et critique des écrits*.
http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_10.pdf

- DGAS, Mars 2004, *Démarche qualité - Evaluation interne dans un établissement ou service médico-social ou social et recours à un prestataire*.
http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/g_metho.pdf

- LOUBAT J-R., Septembre 2004, *L'évaluation de la qualité dans les établissements sociaux et médico-sociaux*.
<http://www.lien-social.com/l-evaluation-de-la-qualite-dans>

- Ministère des finances et des comptes publics, *LFSS 2015 en chiffres*.
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/depliant_lfss_2015.pdf

- COQ-CHODORGE C., Septembre 2014, *Comment faire 10 milliards d'euros d'économies sur le budget de la santé ?*
<http://www.gazette-sante-social.fr/14118/comment-faire-10-milliards-deuros-deconomies-sur-la-sante>

- Assemblée des départements de France, *Sur les seuils des CPOM "obligatoires"*
<http://www.lamaisondelautonomie.com/wp-content/files/seuilCPOMEHPAD.pdf>

- DESCAMPS A., Janvier 2014, *Les CPOM en question*.
<https://aureliadescamps.wordpress.com/2014/01/10/cpom-un-contrat-de-confiance/>

- CRTS de Bretagne, Janvier 2013, *Le pari de la participation*.
<http://www.crts-bretagne.fr/doc/Rapport%20Participation%20CRTS%20de%20Bretagne.pdf>

- ONU, *Convention relative aux droits des personnes handicapées.*

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

- FNARS Bourgogne, 2012, *Rapport d'étude sur la participation des usagers et bonnes pratiques dans les structures de la lutte contre les exclusions de la région Bourgogne.*

http://www.bourgogne.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/etude_FNARS_participation_des_usagers.pdf

- Handicap et développement, *Principes du développement inclusif des personnes handicapées*

http://www.hiproweb.org/fileadmin/cdroms/Handicap_Developpement/www/page61.html

- ANESM, Mai 2010, *Elaboration, rédaction, et animation du projet d'établissement ou de service.*

http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=429

- Légifrance, *Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés*

<http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000263421&dateTexte=&categorieLien=id>

- WALDSCHMIDT A-M., *La communication adaptée.*

<http://www.siwadam.com/hmm/comadap.htm>

- UDAPEI 59, *Projet d'établissement 2013-2017 MAS de Thumeries.*

http://www.udapei59.org/asso/Projet_etablissement-mas_thumeries_2013_2017.pdf

- COMPAGNON C., Février 2014, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire.*

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_DEF-version17-02-14.pdf

- Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, *Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA).*

<http://www.emploi.gouv.fr/acteurs/opca-opacif>

- Ministère de la santé, *Le représentant des usagers son rôle et ses droits.*

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_le_representant_des_usagers-3-2.pdf

- INPES, Juin 2014, *Démarche du facile à lire et à comprendre.*

<http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2014/3-PANIEZ%20BD.pdf>

- UNAPEI, *L'information pour tous - Règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre.*

http://www.adapei66.org/UserFiles_adapei66/files/Guide_ReglesFacileAlire.pdf

- UFSBD, *Soins dentaires - Personnes handicapées.*

<http://www.ufsbd.fr/espace-public/nos-actions/personnes-handicapees/>

COMPTE-RENDU - CONFERENCE PUBLIEE

CLERMONT C., BECK J. et RUBBEN B., *Point de vue d'usagers – la participation : progrès ou illusion ?*, 23 avril 2010, école européenne supérieure en travail social (EESTS) de St Omer, MAIS (Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale), p. 18

COSTE B., Directeur URIOPSS IDF, 21 janvier 2010, *Les changements du secteur social et médico-social : restructuration des services de l'Etat, CPOM et GCSMS*

FEANTSA, octobre 2007, *Boîte à outil de la participation - les échelons de la participation*, Rapport d'étude sur la participation des usagers et bonnes pratiques dans les structures de la lutte contre les exclusions de la région Bourgogne, page 118

LAPOSTOLLE P., 23 avril 2010, *Droit à l'expression, participation des usagers et recommandations de l'ANESM*, Ecole européenne supérieure en travail social (EESTS) de St Omer, MAIS (Mouvement pour l'accompagnement et l'insertion sociale), Page 13

RAPPORTS

ANESM, *Synthèse des recommandations des bonnes pratiques professionnelles - Elaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, 2012

VACHEY L., VARNIER F., JEANNET A., AUBURTIN A., octobre 2012, *Etablissements et services pour personnes handicapées - Offre et besoins, modalités de financement*, IGAS

Liste des annexes

Annexe 1: Questionnaire destiné aux usagers (juin 2015)

Annexe 2: Questionnaire destiné aux professionnels (juin 2015)

Annexe 3: Questionnaire destiné aux responsables de service (juin 2015)

Annexe 4: Questionnaire destiné aux structures extérieures (juin 2015)

Annexe 5: Synthèse des questionnaires des besoins et satisfactions des usagers du SAVS (dénommé SAVIE) - Mars 2015

Annexe 6: Synthèse des questionnaires des besoins et satisfactions des travailleurs de l'ESAT - Mars 2015

Annexe 1: Questionnaire destiné aux usagers (par rapport à la méthodologie utilisée pour élaborer le projet de service)

- 1- Qu'avez-vous pensé de la manière dont a été mené le projet de service ?

- 2- Pensez-vous que l'on vous a suffisamment expliqué ce qu'est un projet de service, à quoi il sert ?

- 3- Avez-vous apprécié d'avoir un entretien avec un psychologue stagiaire pour vous exprimer sur la vie du service (ESAT/SAVIE) ?

- 4- Pensez-vous que l'on vous a suffisamment demandé votre avis ? Si non, comment auriez-vous souhaité participer plus (groupe de travail ?)

- 5- Qu'avez-vous retenu de ce futur projet de service ? (Quels seront les axes développés ?)

- 6- Pensez-vous que le projet de service va pouvoir changer certaines choses au sein du service ? Si oui, lesquelles ?

7- Avez-vous autre chose à ajouter ?

Annexe 2: Questionnaire destiné aux professionnels (par rapport à la méthodologie utilisée pour élaborer le projet de service)

- 1- Qu'avez-vous pensé de la manière dont a été mené le projet de service ?
- 2- Avez-vous été suffisamment associée à cette procédure d'élaboration ?
- 3- Auriez-vous aimé être associé davantage à l'élaboration du projet de service ? Si oui, comment ? (Quelles modalités ?)
- 4- Avez-vous pu vous approprier le contenu du projet de service ? Comment ?
- 5- Pensez-vous que le projet de service va pouvoir changer certaines choses au sein du service ? Si oui, lesquelles ?
- 6- Comment la démarche utilisée pour réaliser le projet de service a été perçue par les usagers ?
- 7- Les choix pris à l'occasion du projet de service peuvent-ils vous mettre en difficulté vis-à-vis des usagers ? Si oui, pourquoi ?
- 8- Que pensez-vous de l'implication de la direction dans la réalisation de ce projet de service ?
- 9- Selon vous, quelle est la place du directeur dans l'élaboration du PS ?

10- Selon vous, quels seraient les axes d'amélioration ?

Annexe 3: Questionnaire destiné aux responsables de service (par rapport à la méthodologie utilisée pour élaborer le projet de service)

- 1- Qu'avez-vous pensé de la manière dont a été mené le projet de service ?
- 2- Avez-vous été suffisamment associée à cette procédure d'élaboration ?
- 3- Avez-vous pu vous approprier le contenu du projet de service ? Comment ?
- 4- Est-ce que le projet de service représente un levier d'action pour vous, responsable de service ? Pourquoi et comment ?
- 5- Pourrions-nous mobiliser davantage les équipes autour du projet de service ? Si oui, comment ?
- 6- Comment la démarche utilisée pour réaliser le projet de service a été perçue par l'équipe ?
- 7- Comment la démarche utilisée pour réaliser le projet de service a été perçue par les usagers ?
- 8- Dans quelle mesure l'implication de la direction dans l'élaboration du PS a-t-elle pu constituer un frein ou une ressource pour vous ?
- 9- Selon vous, quelle est la place du directeur dans l'élaboration du PS ?
- 10- Selon vous, quels seraient les axes d'amélioration ?

Annexe 4: Questionnaire destiné aux structures extérieures (par rapport à la méthodologie utilisée pour élaborer le projet de service)

- 1- Comment réalisez-vous votre projet de service ? (étapes + acteurs)
- 2- Comment associez-vous les professionnels à l'élaboration du projet de service ?
- 3- Comment associez-vous les usagers à l'élaboration du projet de service ?
- 4- Est-ce que le projet de service représente un levier d'action pour vous ? Pourquoi et comment ?
- 5- Selon vous, quelle est la place du directeur dans l'élaboration du PS ?
- 6- Selon vous, comment doivent s'articuler projet d'établissement et projet de service ?
- 7- Selon vous, quels seraient les axes d'amélioration par rapport à la manière dont vous avez réalisé votre précédent projet de service ?

Annexe 5: Synthèse des questionnaires des besoins et satisfactions des usagers du SAVS (dénommé SAVIE)

Introduction :

La passation du questionnaire a été d'une durée variable allant de 45 minutes à 1h30. Nous avons pu faire passer ce questionnaire à 16 usagers du SAVIE, dont 9 femmes et 7 hommes. Nous comptons 31% d'usagers qui ont entre 35 et 44ans, 31% qui ont entre 45 et 54 ans et 38% d'usagers qui ont 55ans ou plus. La majorité des usagers vivent seul et une petite minorité vivent en couple (seulement 3 sur 16 usagers). Les usagers sont le plus souvent locataires, en effet nous comptons 63% de locataires face à 37 % de propriétaires.

La majorité des usagers n'ont pas d'animal de compagnie, seul 2 usagers en possèdent, mais beaucoup d'usagers ont confié avoir l'envie de vivre avec un animal. Les animaux les plus demandés sont les chats et les poissons. En ce qui concerne la composition des logements des usagers nous remarquons que la majorité vivent dans un studio (44%) ou dans un deux pièces (44%), seulement 2 usagers vivent dans un trois pièces. La moitié des usagers interrogés travaillent au sein de l'ESAT, sinon ils ont une activité protégée en milieu ordinaire de travail. Enfin, parmi les personnes interrogées nous pouvons compter 3 personnes à la retraite et 2 personnes sans emploi sur les 16 usagers du SAVIE.

L'admission au SAVIE :

L'orientation des personnes au SAVIE s'est faite la plupart du temps par un travailleur social comme une assistante sociale ou un éducateur. Un certain nombre ont aussi été orienté par un membre de leur famille.

Le nombre d'années de prise en charge dans le service est variable, mais nous pouvons noter que la majorité des usagers sont pris en charge au SAVIE depuis 10 à 15 ans, ce qui représente 57% des personnes interrogées. Ensuite, nous pouvons noter que beaucoup d'usagers ne se rappellent plus de la date exacte de leur admission au SAVIE.

En ce qui concerne le livret d'accueil du SAVIE, la majorité des usagers disent l'avoir reçu et avoir eu des explications sur son contenu à leur admission. Cependant, 6 usagers disent ne pas l'avoir reçu mais, il est possible qu'ils ont oublié cet évènement, notamment pour les personnes qui sont arrivées au SAVIE depuis plus de 10 ans.

En ce qui concerne le livret du fonctionnement du SAVIE quasiment tous les usagers disent l'avoir reçu. De plus la majorité des usagers ont donné des exemples précis qui se trouvent dans ce livret. Les exemples qui reviennent le plus souvent sont : respecter les horaires de rendez-vous et respecter le personnel.

Pour le contrat d'accompagnement et le contenu du projet personnalisé, l'ensemble des usagers semblent les connaître et leur associe des exemples précis. Nous pouvons tout de même noter 5 usagers qui disent ne pas connaître leur contrat d'accompagnement et 2 usagers qui disent ne pas se souvenir de leur projet personnalisé. Dans l'évolution de leur projet personnalisé les personnes interrogées disent se sentir suffisamment impliquées, bien entourées et pensent « avoir gagné des capacités qu'ils n'avaient pas avant ».

Pour les personnes qui n'arrivent pas bien à comprendre leur projet personnalisé elles proposent les solutions suivantes :

- Faire des réunions avec des anciens usagers du SAVIE pour leur poser toutes les questions nécessaires.
- Relire de manière répétée avec les éducateurs leur projet pour avoir plus d'explications sur son contenu

Certain ont pu aussi faire part de leur difficulté à comprendre leur projet à cause du vocabulaire ou de la langue française.

En ce qui concerne le rapport d'opportunité, l'ensemble des usagers avait du mal à comprendre de quoi il s'agissait, seulement 7 personnes sur 16 savent vaguement de quoi il s'agit mais ne sont pas en mesure de donner des exemples sur son contenu.

Les locaux et l'accès au service :

Tous les usagers ont répondu qu'on leur avait présenté à leur admission les locaux ou du moins une partie des locaux. Ils ont tous répondu qu'ils se repéraient facilement et que les locaux sont accessibles. Cependant certaines personnes ont encore du mal à se repérer et trouvent que les locaux manquent d'accessibilité, cela concerne notamment les personnes non voyantes. Elles suggèrent d'ailleurs de mettre à leur disposition plus de rambardes pour les personnes non voyantes et des points de repère en braille. Au niveau des salles utilisées les usagers les jugent satisfaisantes et les trouvent très spacieuses et propres.

Les transports :

L'ensemble des usagers prennent les transports tous les jours ou de temps en temps. Les personnes qui prennent les transports de temps en temps sont des personnes non voyantes qui ont besoin d'un accompagnateur pour les guider. Toutes les personnes qui prennent les transports possèdent une carte de transport. La majorité des usagers se repèrent sur un trajet connu, quelques personnes éprouvent encore des difficultés à ce niveau-là mais, cela ne concerne que des personnes non voyantes. La moitié des usagers se repèrent sur un plan. Les personnes qui éprouvent des difficultés à se repérer sur un plan demandent d'être aidées à ce niveau-là.

Accueil au service et téléphonique :

A l'unanimité les usagers considèrent l'accueil au service par l'équipe du SAVIE très satisfaisante. Ils considèrent la salle d'attente très agréable et le personnel très poli. Au niveau de la disponibilité du personnel les usagers considèrent que l'équipe est toujours disponible ou le plus souvent aussi bien au téléphone qu'au bureau du SAVIE. Cependant,

ils ressentent un manque d'effectif mais ils pensent que l'équipe fait ce qu'elle peut et qu'elle prend toujours son temps pour répondre aux besoins des usagers.

Au niveau de l'accueil téléphonique tous les usagers sont informés des horaires sur lesquels ils peuvent joindre l'équipe ainsi que les horaires des permanences téléphoniques des soirées et des weekends. Ils notent tout de même qu'il serait bien que le dépliant avec les numéros de téléphone et les horaires soient écrits en braille. La plupart du temps la permanence téléphonique des soirées et des weekends n'est pas utilisée car les usagers n'en ont pas besoin ou n'aiment pas appeler.

Equipe du SAVIE :

La majorité des usagers rencontrent le psychologue ponctuellement ou une fois par mois. Deux usagers n'ont pas l'intention de le rencontrer car ils n'en voient pas l'intérêt. Les usagers considèrent que les rencontres avec le psychologue leur apportent beaucoup de choses comme du réconfort, du soulagement. Ils se sentent rassurés, écoutés et ses rencontres leur permettent de « se vider la tête ».

Au niveau des rencontres avec l'assistante sociale, tous ont répondu l'a rencontré que ponctuellement voir jamais et que cela leur posait problème. Ils aimeraient avoir une assistante sociale plus présente pour des démarches administratives.

L'accompagnement :

Les visites à domicile se font généralement une fois tous les 15 jours généralement l'après-midi, en fin d'après-midi ou encore en soirée. Les visites en fin d'après-midi et en soirée concernent les usagers salariés qui ne peuvent être disponibles que dans ses tranches horaires. Ces horaires conviennent donc à tous les usagers interrogés car ils correspondent à leurs emplois du temps respectif. A l'unanimité les usagers considèrent que les professionnels sont très respectueux de leur cadre de vie.

Au niveau des entretiens sur le service, la plupart des usagers viennent 1 fois tous les 15 jours ou une fois par semaine. Pour les autres usagers ce sont des rendez-vous ponctuels en fonction de leur besoin, tous les usagers ne viennent pas forcément de manière régulière. Les moments de la journée où les usagers viennent sur le service pour un rendez-vous sont généralement dans l'après-midi ou en fin d'après-midi car cela correspond à leurs emplois du temps quotidien ou leurs horaires de travail.

Au niveau de l'accompagnement individuel, la majorité des usagers considèrent que le rythme des rencontres avec les professionnels correspondent à leurs besoins. Il y a

quelques cas rares qui aimeraient avoir un peu moins ou un peu plus de rendez-vous, mais rien de significatif par rapport à la majorité des personnes entendues.

Tous les usagers sont satisfaits de l'écoute qui leur est accordée par les professionnels en gardant bien à l'esprit que le personnel est très occupé et qu'ils ne peuvent pas toujours être là au moment voulu.

Enfin en cas d'absence d'un référent éducatif, tous les usagers sollicitent un autre professionnel, c'est quelque chose que se fait de manière automatique et très naturelle pour laquelle les usagers ne se posent même pas la question.

Accompagnement extérieur :

Au niveau des accompagnements extérieurs, que ce soit l'accompagnement de la gestion de la vie quotidienne, dans les recherches professionnels ou les accompagnements médicaux, ils ne se font pas de manière régulière. En effet ses accompagnements se font surtout en fonction des besoins des usagers et donc de leur demande. Les accompagnements extérieurs se font le plus souvent l'après-midi ou en fin d'après-midi et cela convient aux usagers.

Au niveau de l'accompagnement dans les recherches professionnelles, beaucoup d'usagers ne disent pas en avoir besoin car ils ont déjà un travail ou qu'ils sont à la retraite. Enfin pour les accompagnements médicaux, la plupart des usagers ressentent le besoin d'être accompagnés notamment pour des nouveaux rendez-vous médicaux ou pour des rendez-vous médicaux à l'hôpital.

La plupart des usagers n'ont pas de problème de santé particulier. Les problèmes de santé qui ressortent le plus sont du cholestérol ou bien des problèmes de tension.

Tous les usagers aimeraient recevoir des informations sur le thème de la santé avec l'idée de discuter avec les professionnels autour de cela.

Accompagnements sur les temps collectifs :

Tous les usagers considèrent que les informations communiquées autour des temps collectifs sont suffisantes. La majorité utilise le planning saisonnier. Certains ne l'utilisent pas car ils ne peuvent pas le lire ou parce que ils ne vont pas aux sorties ou aux ateliers. Les usagers souhaiteraient que ce planning soit en braille et qu'il soit plus illustré avec des dessins.

En ce qui concerne l'atelier culinaire, 7 personnes sur 16 y participent et sont satisfaites de l'activité proposée. En effet cet atelier leur permet d'apprendre la cuisine et de pouvoir la

reproduire chez eux, donc de gagner en autonomie. Ils considèrent que cet atelier permet de sortir de leur environnement quotidien et que c'est un moment de convivialité et de partage. Pour les améliorations de cet atelier, les usagers proposent que le temps de l'activité soit plus long pour pouvoir faire des recettes plus sophistiquées, d'apprendre plus de recette de dessert, d'agrandir la cuisine du foyer de jour et qu'enfin l'atelier soit fréquenté par plus usagers. Pour les usagers qui ne participent pas à cet atelier, se sont pour des raisons d'horaires qui ne correspondent pas à leurs emplois du temps, ils préfèrent faire la cuisine seul chez eux ou encore l'atelier ne les intéresse pas.

En ce qui concerne l'atelier art plastique et les sorties culturelles en lien avec l'atelier art plastique, 5 usagers y participent et sont satisfaits de l'activité proposée. Les usagers disent que cela leur permet de découvrir de nouvelles choses, de se vider la tête et de s'exprimer artistiquement. Ils proposent néanmoins certaines améliorations telles que travailler plus de matières différentes. Le fait que des personnes ne vont pas à cet atelier et aux sorties culturelles liées à l'atelier art plastique s'explique par les mêmes raisons que pour l'atelier culinaires.

En ce qui concerne les sorties du samedi et des jours fériés, la plupart des usagers y participent et sont satisfaits. Les usagers y vont quand ils ont des disponibilités et que les sorties proposées leur plaisent. Ces sorties leur permettent de créer un lien avec les autres usagers, de se relaxer, d'apprendre et de sortir de leur quotidien. Les usagers qui n'y participent pas disent qu'ils préfèrent rester chez eux le weekend. Les usagers trouvent qu'il n'y a rien à améliorer au niveau de ses sorties.

En ce qui concerne les mini-séjours, la majorité des usagers y sont déjà allés au moins une fois. Cela leur permet de sortir de leur quotidien, d'être en collectivité, de découvrir de nouvelles régions. Une personne a même confié qu'un mini-séjour lui a permis d'arrêter de fumer. Les usagers demandent pour ces mini-séjours d'aller plus à la mer, d'avoir un programme un peu moins chargé, d'avoir un autre car et que les séjours soient un peu plus long. Certains usagers ne vont pas dans ces séjours pour des raisons d'emploi du temps ou parce que ils n'en ressentent pas le besoin.

En ce qui concerne les temps festifs, tous les usagers participent à cette soirée ce qui leur permet de rencontrer de nouvelles personnes, de s'amuser et même d'aider certaines personnes sur leur timidité. Les usagers pensent que la soirée pourrait commencer un peu plus tôt, que la fête soit un peu plus longue et que le repas servi soit chaud. De plus le système de taxi pour rentrer chez eux, ne plaît pas à tout le monde car le taxi leur paraît trop cher.

Les propositions d'activités par les usagers sont les suivantes : poterie, karaoké, escalade, sport collectif, bowling, des activités manuelles telles que des perles ou du bricolage et des activités sensorielles comme toucher des animaux. Tous considèrent que les temps collectifs et leur rythme correspondent à leurs besoins.

Les usagers partent la plupart du temps en vacances avec leur famille ou en séjour adapté. La fréquentation d'autres organismes qui proposent des activités est rare, cela concerne quatre personnes. Les organismes fréquentés sont des associations pour des personnes handicapés ou des paroisses.

Sur les 16 personnes interrogées, 6 fréquentent et sont satisfaits par les activités proposées part espace loisir. Pour ces personnes il y a plus d'activités qui leur plaisent et cela leur permet de ne pas rester seuls. Certaines personnes n'y vont pas parce ce qu'elles n'ont pas le temps d'y aller ou les activités proposées par le SAVIE leur suffisent.

Accompagnement avec les partenaires :

Sur les 16 personnes interrogées pour le questionnaire 9 répondent que le SAVIE est en lien avec leur famille. Ils considèrent que cela leur permet de tenir au courant leur famille de leur évolution ce qui les fait avancer dans leur autonomie et cela les rassurent. Pour ceux où le SAVIE n'est pas en lien avec leur famille cela s'explique par l'éloignement géographique de la famille ou par l'absence de la famille, d'autres ne ressentent pas le besoin d'avoir un lien entre le SAVIE et leur famille. Il faut noter tout de même qu'un certain nombre d'usagers ne savaient pas si le SAVIE est en lien avec leur famille.

Pour les usagers qui ont un mandataire judiciaire, tous affirment que le SAVIE est en lien avec leur tuteur légal et que cela leur convient. Ils considèrent que ça leur permet plus d'autonomie et que cela facilite certaine démarche administrative.

Pour la plupart des usagers le SAVIE n'est pas en lien avec des professionnels de la santé. Beaucoup d'usagers pensent pouvoir gérer cela tout seul et n'en voit pas l'intérêt parce ce qu'ils n'ont pas de problème de santé particulier.

La majorité des usagers (11 sur 16 personnes) pensent que le SAVIE n'est pas en lien avec leur lieu d'activité professionnelle car ils ne considèrent pas en avoir besoin ou bien parce ce qu'ils ne travaillent plus. Pour les personnes qui disent que le SAVIE est en lien avec leur lieu d'activité professionnelle, ils sont satisfaits et pensent que cela leur permet d'avoir des informations sur leur évolution et considèrent que ces partenariats leur permet d'être mieux inséré professionnellement.

Pour finir tous les usagers sont d'accord pour que ces différents partenaires échangent des informations les concernant. Ils considèrent également que la confidentialité est toujours respectée.

Expression des usagers :

Tous les usagers sont intéressés et satisfaits des dernières modalités d'élection du CVS. Les usagers ont des propositions d'améliorations comme mettre les bulletins de vote en braille, faire les élections par correspondance ou un samedi pour les personnes qui ne peuvent pas venir en semaine, faire un second tour et ne pas faire un tirage au sort, enfin que les candidats puissent faire une campagne électorale.

Tous les usagers transmettent leurs remarques et leurs idées aux représentants du CVS et ont le sentiment de pouvoir s'exprimer librement. La boîte à suggestion n'est presque jamais utilisée car les usagers préfèrent donner leurs idées directement aux représentants. Ils n'aiment pas le fait que les idées soient transmises de façon anonyme et ont l'impression de faire de la délation. Les usagers préfèrent l'idée de faire une réunion pour discuter entre eux. Il faut noter également que certains usagers ne savent pas où cette boîte se trouve. La majorité des usagers participent à la réunion du CVS et au repas qui suit cette réunion. Toutes les personnes sont satisfaites de la communication autour du CVS. Les usagers proposent que le CVS soit un peu plus tôt, sinon ils considèrent qu'il n'y a rien à améliorer.

Globalité de l'accompagnement :

La majorité des usagers pensent que leur accompagnement leur permet d'améliorer leur cadre de vie, ils pensent qu'ils ont évolué et se sentent soulagés de cela. Ils considèrent également une amélioration de leur autonomie dans les actes de la vie quotidienne. Ceux qui ne ressentent pas d'amélioration dans leur accompagnement des actes de la vie quotidienne considèrent déjà gérer cela tout seul et d'autres sentent encore des difficultés sur lesquels ils veulent continuer à travailler

En ce qui concerne la gestion administrative et budgétaire, les usagers interrogés considèrent que leur accompagnement leur a permis de mieux gérer leur budget et leurs démarches administratives. Seuls les usagers qui ont un mandataire judiciaire considèrent que celui-ci gère plutôt ces tâches que le SAVIE.

Les usagers qui ont besoin d'un accompagnement pour se repérer dans leur environnement considèrent que leur accompagnement les a aidés à se repérer dans leur environnement et notamment sur un trajet connu.

Ils pensent également qu'il y a une bonne communication entre les différents intervenants qui peuvent entrer en compte dans leur accompagnement.

Enfin ils considèrent également être bien informés sur leur droit mais demandent que ce soit souvent ré-expliqué.

Accompagnement globale du SAVIE :

La plupart du temps l'accompagnement du SAVIE correspond toujours ou le plus souvent aux besoins des usagers. Ils se sentent également libre d'exprimer leur ressenti et leurs opinions vis-à-vis de leur accompagnement. A l'exception de quelques usagers mais cela s'explique par leurs propres problématiques personnelles.

Les usagers se sentent globalement assez impliqués dans leur accompagnement et leur projet personnalisé. Ils se sentent libre de décider de ce dont ils ont besoin. Ils font d'ailleurs remarquer que tout ce fait en fonction de leurs besoins et de leurs demandes.

L'ensemble des usagers interrogés semblent avoir encore besoin de l'accompagnement du SAVIE notamment par le fait de garder un lien extérieur et d'évoluer dans leur autonomie. Cependant, c'est une question à laquelle ils ont beaucoup de difficultés à répondre, beaucoup d'entre eux sont dans un temps de réflexion par rapport à la poursuite d'un accompagnement par le SAVIE.

Ce qui plaît au SAVIE	Ce qui ne plaît pas au SAVIE
<ul style="list-style-type: none">- Le personnel : éducatrice, psychologue- Visite à domicile- L'accueil- Activités- Séjours- Réunion CVS et le repas CVS- Fête de Noël- Sentiment d'évolution- Convivialité- Lien entre usagers- Respect des autres- confidences	<ul style="list-style-type: none">- rythme intense pendant les voyages- manque assistante sociale- Manque d'écriture en braille

Annexe 6: Synthèse des questionnaires des besoins et satisfactions des travailleurs de l'ESAT

La passation des questionnaires aux usagers de l'ESAT a pour but d'aider à mettre en place le nouveau projet de service pour la période 2016-2020.

De ce fait, il était central de cerner les attentes des usagers, d'appréhender leurs potentielles problématiques mais également de souligner les points positifs afin d'améliorer si besoin la qualité de leur accompagnement.

Les questionnaires ont été réalisés dans le cadre d'un entretien d'une durée allant de 35 min à 1h30, cette forte variabilité dépendait essentiellement de la propension du sujet à s'exprimer et de l'intérêt porté à cette enquête.

Sur la base du volontariat, 52 usagers ont répondu aux questionnaires, ainsi gardons à l'esprit que les données récoltées ne sont significatives que pour la moitié des travailleurs de l'ESAT.

Le questionnaire a été agencé en 12 catégories permettant de faire le tour des différents domaines importants pour le travailleur.

Les items abordés sont:

- l'avis général du travailleur
- l'accompagnement
- la vie quotidienne et l'hygiène
- les repas
- l'activité professionnelle
- les activités de soutien
- les échanges collectifs et individuels
- l'intimité à l'ESAT
- les finances
- la sécurité
- les transports
- les projets et l'avenir

Sur les 52 usagers ayant répondu :

25% sont des femmes	75% sont des hommes
----------------------------	----------------------------

La répartition des usagers par pôle:

Il y a 99 travailleurs au sein de l'ESAT, 52 usagers ont répondu aux questionnaires soit 53%. Sur l'ensemble des usagers en ST **52%** ont participé à l'enquête, en ce qui concerne les PH **59%**, la chaiserie **67%**, en MAD **31%**.

Avis général du travailleur

1 : *Comment vous sentez-vous à l'ESAT ?*

3: *Avez-vous été bien accueilli à votre arrivée dans l'ESAT ?*

1	3
Je m'y sens bien 84%	Oui 94%
Moyennement bien 11.5%	Moyennement bien 6%

Dans un premier temps, ce qui ressort majoritairement des 52 travailleurs ayant participé à l'enquête est la satisfaction de pouvoir exercer une activité professionnelle qui les valorise et qui leur est adaptée.

En effet, les travailleurs ont jugé à 84% qu'ils se sentaient bien dans cet ESAT, et pour ceux qui sont en MAD, ils apprécient grandement l'opportunité de pouvoir également travailler en milieu ordinaire.

Accompagnement du travailleur :

1: *Avez-vous un DSP?*

3: *Permet-il de prendre en compte vos besoins?*

4: *Avec les moniteurs, diriez vous ?*

6: *Vous sentez-vous suffisamment écouté ?*

7: *Connaissez vous le règlement intérieur de l'ESAT*

9: *Connaissez vous vos droits et devoirs ?*

1	3	4	6	7	9
OUI 86%	OUI 84%	Avec tous 50%	OUI 88%	OUI 92%	OUI 86.5%
NON 6%	NON 16%	Certains 48%	NON 12%	NON 8%	NON 13.5%
NSP 8%		Aucun 2%			

Les questions figurant dans cette partie du questionnaire avaient pour but de s'informer quant à l'accompagnement du travailleur, savoir si ce dernier est bien encadré et de s'assurer que ses besoins en tant que travailleur sont entendus.

Il est apparu que la régularité des RDV d'accompagnement de type assistance sociale est devenue quelque peu aléatoire. Au sein de l'ESAT, les travailleurs disposent d'un accompagnement sous la forme d'un dossier personnalisé : le DSP. Ce dossier permet de faire un point annuel afin de prendre en compte les désirs et projets d'avenir des travailleurs et de faire un bilan sur leur efficacité au travail et sur les problèmes rencontrés ou non. Dans notre questionnaire deux items avaient pour but de s'assurer que les travailleurs disposaient bien d'un DSP et qu'ils en comprenaient bien l'utilité. On observe que plus de $\frac{3}{4}$ des travailleurs déclarent posséder un DSP (86%) et que 84% d'entre eux jugent qu'il permet de prendre en compte leurs besoins. L'existence du DSP est vécu comme un point positif car il n'est pas présent dans tous les établissements spécialisés et via cet outil, ils peuvent s'exprimer d'une manière générale s'ils en éprouvent le besoin.

Les questions suivantes avaient pour objet les relations travailleurs/moniteurs. Il ressort de ces questions que près de 100% des travailleurs se sentent en confiance avec au moins un moniteur (98%, soit seulement un travailleur n'éprouvant aucune confiance à leur égard). Il est à noter que la quasi-totalité des travailleurs qui estiment ne faire confiance qu'à un moniteur ont confié qu'ils n'avaient aucun problème avec les autres moniteurs mais qu'ils n'avaient simplement pas l'occasion ou la nécessité de développer des liens avec eux.

On observe également que 88% des travailleurs se sentent suffisamment écoutés. De plus, plus de 70% des usagers pensent que l'ESAT leur donne suffisamment d'informations sur la vie du service, la principale critique étant de ne pas être suffisamment tenu au courant des changements de postes dans la direction et de n'avoir que très peu de contact avec certains

membres de celle-ci. Certaines informations jugées importantes sont dites à la dernière minute.

Enfin les derniers items traitant de l'accompagnement du travailleur avaient pour but de s'informer sur la connaissance du travailleur à propos du règlement intérieur et de ses droits et devoirs dans l'ESAT. Il ressort que la majorité des travailleurs était capable de donner des droits et devoirs qu'ils possèdent à l'ESAT. Pour terminer 92% des travailleurs disent connaître le règlement intérieur mais que son application reste parfois arbitraire.

Vie quotidienne, hygiène

1: *Etes-vous satisfait des actions de préventions?*

2: *L'hygiène des locaux*

3: *L'aménagement des locaux et salles pour activités de soutien*

4: *Connaissez-vous le projet de rénovation de l'ESAT ?*

1	2	3	4
Satisfaisant 76,5%	Satisfaisant 63%	Satisfaisant 78%	OUI 88.5%
Peu 12%	Peu 32%	Peu 20%	NON 11,5%
Pas du tout 12%	Pas du tout 4%	Pas du tout 2%	

Sur les 52 travailleurs, seulement 34 usagers ont répondu à cette question, car une bonne partie des usagers (35%) bénéficient de soins médicaux à l'extérieur de l'ESAT.

76,5% des usagers ont été globalement satisfaits des actions de préventions menées, les 12% qui n'ont pas du tout apprécié font référence aux soins bucco-dentaires bâclés et parfois ratés effectués par des étudiants.

L'hygiène des locaux est jugée comme étant satisfaisante à 63%. (Par locaux, les usagers entendaient plus leur lieu de travail que l'Institut à proprement parler). Un bémol pour l'entretien des toilettes et des vestiaires qui parfois laisse à désirer, dans les ateliers

beaucoup de choses traînent, mais ce dernier point est à imputer aux travailleurs négligents et non au service de ménage.

Repas :

3: Généralement vous avez l'impression de manger?

4 : l'heure des repas

5: Avez-vous suffisamment de temps pour manger?

6: l'ambiance lors des repas

3	4	5	6
Bien 60.5%	me convient 83%	Oui 94%	Bonne 87.5%
Moyennement bien 37.5%	trop tardive	Non 6%	Moyenne 10.5%
plutôt mal 2%	trop tôt 17%		Mauvaise 2%

Dans cette partie nous nous intéressons à l'avis des travailleurs sur la qualité de leur repas. Pour commencer, il apparaît qu'à l'exception de 4 travailleurs (dont 2 en MAD), tous les participants interrogés déjeunent au self. La plupart ne mangent d'ailleurs jamais autre part, et quelques-uns sortent parfois déjeuner dans les environs de l'ESAT (dans un restaurant ou pour un pique-nique). Les travailleurs ne déjeunant pas au self sortent également dans les environs de l'Institut ou apportent leur propre panier repas et mangent sur place.

Seul 2% des travailleurs estiment manger mal au self et 37,5% déclarent manger moyennement bien. Les critiques émises sont les suivantes : la répétition des mêmes plats, quelques travailleurs (une très faible minorité) estiment les plats trop chers, mais la plupart se disent que pour le prix payé la nourriture est correcte. D'autres se plaignent de la cuisson de leurs viandes (ou d'autres erreurs de cuisine). Toutefois, le gros des critiques concernant les repas est la quantité de nourriture servie dans les assiettes jugée insuffisante. Les

desserts sont également trop sucrés et un manque de desserts allégés est à déplorer surtout pour les personnes ayant des impératifs médicaux. Hormis ces critiques, la plupart des travailleurs s'accordent à dire que la nourriture est bonne et qu'il y a suffisamment de choix permettant ainsi des repas équilibrés. Il a été suggéré par quelques usagers d'organiser ponctuellement des repas à thèmes dans le but de faire découvrir d'autres cultures culinaires, ou certaines spécialités.

Au sujet de l'heure des repas : elle semble convenir à la majorité (83%), les seules plaintes à ce sujet proviennent des non-voyants pour qui l'heure du déjeuner est 11h30 et jugent cet horaire comme étant trop tôt. Au niveau du temps de la pause repas, 94% des travailleurs disent avoir le temps de déjeuner. Les non-voyants sont en général très satisfaits du service leur apportant leurs plats. Enfin, bien que le self soit jugé comme étant un lieu légèrement bruyant, 87,5% estiment qu'il y a une bonne ambiance lors des repas et seulement une personne l'estime mauvaise.

A noter : Certains travailleurs se plaignent que, quand il y a des prestations, il peut ne plus y avoir assez de place pour eux.

Activités professionnelles

2: Etes-vous satisfait de votre activité professionnelle?

3: Conditions de travail

4: Outils de travail

7: Pour changer d'ESAT, savez vous les démarches à faire?

8: Aimerez-vous changer de poste de travail ?

10: Aimerez-vous changer de pôle d'activité?

12: Avez vous suffisamment de contacts en milieu ordinaire grâce à l'ESAT ?

13: Trouvez-vous que vos compétences professionnelles sont reconnues et valorisées ?

14: Souhaiteriez-vous faire une VAE ou RAE ?

15: Souhaiteriez-vous faire des stages?

17: Trouvez-vous que les nouveaux arrivants s'intègrent facilement ?

2	3	4	7	8	9	10	12	13	14	15	17	
OUI 92%	OUI 65%	OUI 77%	OUI 45%	OUI 18%		OUI 13,5%	OUI 29%	OUI 76,5%	OUI 50%	OUI 33%	OUI 76%	
Moyen 8%	Moyen 30%	Moyen 21%	NON 55%	NON 82%		NON 86,5%	NON 71%	Moyen 23,5%	NON 50%	NON 67%	NON 24%	
Non	Non 5%	Non 2%						non				

En Sous-traitance, la polyvalence des tâches proposées est appréciée et le fait de pouvoir établir un dialogue ouvert avec les moniteurs est également un point qui est régulièrement ressorti.

L'absence de bureau fermé au sein de l'atelier et à la chaiserie est très regrettée. Cela permettrait selon eux, une meilleure gestion des conflits, et favoriserait la communication s'il y a des choses relevant d'une sphère plus privée qui ont besoin d'être dites. Par exemple, les anciens travailleurs tendent à commander les nouveaux, ce qui fait émerger quelques tensions qui complexifient l'intégration de ces derniers.

Cependant, une bonne entente générale est à souligner, les conflits restant ponctuels.

Il a été néanmoins déploré une forte baisse de l'activité ces derniers temps et que ce sont toujours les mêmes qui travaillent. Une meilleure concertation en amont entre les différents moniteurs favoriserait à mettre en place une meilleure organisation du travail à effectuer.

En ce qui concerne les conditions de travail, l'atelier est jugé trop grand, sale et trop bruyant au vu du nombre des usagers y travaillant ce qui empêchent parfois de travailler sereinement. Il a été suggéré de mettre des portes amovibles pour séparer l'atelier.

Aux PH, les travailleurs trouvent que les moniteurs sont un peu durs et que la pression peut être assez forte. Cependant ils ont bien à l'esprit que les exigences sont dues au secteur dans lequel ils évoluent. Certains moniteurs sont également très occupés ce qui rend la communication compliquée dans certaines situations.

Toutefois, les usagers en PH apprécient la proximité avec les clients extérieurs qu'ils trouvent respectueux et de ce fait, ils sont d'autant plus contents de pouvoir leur fournir un service de qualité.

Que ce soit en atelier, ou au PH, 92% des usagers sont satisfaits de leur activité professionnelle, 82% ne souhaitent pas changer de poste de travail.

Notons également que pour la minorité des usagers qui souhaitent changer de pôle (13,5%), il s'agit exclusivement des travailleurs en atelier qui aimeraient s'orienter vers les prestations hôtelières et non l'inverse.

En ce qui concerne les VAE/RAE (validation des acquis de l'expérience), la plupart des usagers ne sont pas réellement avertis de quoi il s'agit, les plus jeunes sont intéressés lorsqu'on leur explique en quoi consiste cette démarche, les plus âgés n'y trouvent plus grand intérêt.

Il en est de même pour les stages; cependant 67% des interrogés disent être tentés pour effectuer un stage pour s'intégrer au milieu ordinaire, mais la plupart sont lucides quant au fait de leur probable difficulté à s'y accommoder au vu de leur handicap.

Pour résumer, le point négatif commun à tous les pôles sont les vestiaires qui sont jugés trop petits et mal agencés, ce qui complique la circulation entre les malvoyants et les autres. Le manque de fenêtre et de ventilation a été souligné.

En chaiserie, l'humidité et la poussière engendrant des mauvaises odeurs sont très désagréables. Au PH, le comptoir du self est trop étroit, les chariots ne sont pas adaptés pour certaines salles et peu pratiques à ranger.

Pour finir sur une note positive, les $\frac{3}{4}$ des usagers estiment que leurs compétences professionnelles sont valorisées, reconnues et qu'on leur fait savoir quand ils effectuent du bon travail ce qui est agréable et motivant.

Activités de soutien :

1: Avez-vous des activités de soutien ?

3: Globalement en êtes-vous satisfait ?

4: Aimeriez-vous en pratiquer d'autres?

6: Pensez-vous que l'ESAT vous donne suffisamment d'informations sur la vie du service?

8: Participez-vous à la réalisation du petit journal de l'ESAT ?

9: Le lisez-vous?

1	3	4	6	8	9
OUI 63,5%	OUI 91%	OUI 38%	OUI 71.74%	OUI 27.5%	OUI 47%
NON 36.5%	MOYEN 9%	NON 62%	NON 28.26%	NON 72.5%	NON 53%
	NON				

Les premiers items de cette partie du questionnaire ont pour but d'évaluer la satisfaction des travailleurs au sujet de leurs activités de soutien et de formation à l'ESAT. Nous cherchons également à savoir si les travailleurs sont satisfaits du choix d'activités et de formation auxquelles ils peuvent accéder.

Plus de la moitié des travailleurs interrogés suivent une ou plusieurs activités de soutien (soit 63,5%). On observe que 91% de ces derniers en sont pleinement satisfaits, les 9,5% travailleurs restant étant moyennement satisfaits. Parmi les 36,5% des travailleurs ne participant pas à des activités de soutien, plusieurs disent en avoir fait et avoir été satisfaits ou disent être intéressés. La plupart des usagers en pratiquant ne sont pas enclins à l'idée d'en pratiquer d'autres (62%).

Parmi les nombreux avis positifs sur les activités de soutien, il y a beaucoup de bons retours pour l'informatique ainsi que pour l'aide au braille. Au niveau des formations, ce sont les formations secourisme et de risques incendie qui ont les meilleurs retours.

Nous avons demandé aux travailleurs s'ils ont des idées d'activités ou de formations à proposer, voici celles qui ont été émises le plus souvent : du soutien en restauration, une formation en présentation des plats, un atelier bricolage, un atelier d'espace vert (du jardinage par exemple), faire des sorties (dans des salons ou dans des lieux touristiques), favoriser la pratique sportive, et le chant (qui est apparemment réservé au SACAT) ou encore organiser des visites d'autres ESAT.

Nos dernières questions traitaient du petit journal de l'ESAT. Il ressort que presque la moitié des travailleurs interrogés lisent au moins occasionnellement cette revue lorsqu'elle paraît. L'absence d'une version braille est regrettable pour les malvoyants. On observe également que près de 30% des usagers interrogés disent avoir déjà participé au moins une fois à la réalisation de la revue.

Échanges collectifs et individuels

2: Savez-vous ce qu'est le CVS ?

3: Donnez vous votre avis à un personnel de l'ESAT sur les sujets abordés en CVS ?

4: Transmettez-vous des informations aux délégués?

6 : D'une façon générale, pensez-vous que vos désirs sont entendus ?

2	3	4	6
OUI 85%	OUI 36%	OUI 77,5%	OUI 53%
NON 15%	PARFOIS 22%	NON 22%	PARFOIS 39%
	NON 42%		NON 8%

85% des usagers disent connaître le CVS et son utilité, toutefois 42% des travailleurs ne transmettent pas leur avis à un personnel de l'ESAT. Ceci a été expliqué par le fait que selon eux, tout est déjà prévu d'avance et que leur avis n'a pas une utilité concrète.

Pour autant, 77,5% transmettent des informations aux délégués car pour eux c'est un bon porte-parole et dans la mesure du possible certaines requêtes sont prises en compte par le personnel de l'ESAT.

Intimité et relation entre travailleurs à l'ESAT :

1: Avez-vous le sentiment que votre intimité est respectée?

2: Avec les autres travailleurs diriez-vous ?

3: En général, préférez-vous être en groupe

4: Avez-vous des amis ?

5: Diriez-vous que votre vie à l'ESAT favorise :

1	2	3	4	5	
OUI 75,5%	AVEC TOUS 31%	Souvent 67.31%	Bcp 16%	Épanouissement	OUI 90% NON 10%
PAS ASSEZ 24,5%	CERTAINS 69%	De temps en temps 31%	Quelques- uns 54%	Vie sentimentale	OUI 53% NON 47%
NON	AUCUN	Pas du tout 2%	AUCUN 30%		

Dans cette partie nos items ont pour but de s'assurer que l'intimité des travailleurs est respectée tant par rapport à l'ESAT que par rapport à leurs collègues. Il ressort que la totalité des personnes interrogées estiment que leur intimité est respectée du point de vue des locaux (vestiaires, WC). Toutefois, bien que plus de la moitié d'entre eux n'est pas de soucis d'intimité vis-à-vis de leurs collègues (75,5%), il y a de nombreuses plaintes venant des travailleurs en sous-traitance. Ces plaintes sont généralement les suivantes : dans l'atelier il n'y a aucune intimité tout le monde entend tout ce qui est dit, même les informations personnelles données aux moniteurs (puisque'ils n'ont pas de bureaux à part); et certains travailleurs se mêlent des affaires des autres.

Il ressort d'ailleurs que les relations ne sont pas toujours bonnes entre les travailleurs, particulièrement à la sous-traitance (ce qui pourrait être une conséquence du milieu légèrement stressant que constitue l'atelier trop grand et trop bruyant). Malgré cela la totalité des travailleurs disent pouvoir placer leur confiance dans au moins l'un de leurs collègues.

Enfin la quasi-totalité des travailleurs estiment que leur travail à l'ESAT favorise leur épanouissement (90%) et près de la moitié estiment qu'il favorise leur vie sentimentale (53%).

Finances

1:Connaissez-vous le montant de vos ressources mensuelles ?

- 2: Comprenez-vous votre bulletin de rémunération?
- 3: Connaissez-vous les critères utilisés pour calculer ?
- 4: Vous a-t-on expliqué le mode de calcul de la prime de fin d'année
- 5: Gérez-vous seul votre argent?
- 7: Dépensez-vous votre argent comme vous le souhaitez?
- 8: En général, diriez-vous que vous faites des économies?
- 9: Avez-vous des inquiétudes face à l'argent ?

1	2	3	4	5	7	8	9
OUI 76,5%	OUI 71,5%	OUI 39%	OUI 45%	SEUL 36,5%	OUI 74%	OUI 84%	OUI 37%
NON 23,5%	NON 28,5%	NON 61%	NON 55%	AIDE 63,5%	NON 26%	NON 16%	NON 63%

Plus des $\frac{3}{4}$ des usagers connaissent le montant de leur salaire mensuel, le quart restant correspond pour la plupart aux personnes placées sous curatelle et qui ne s'occupent pas de la gestion de leurs finances.

Environ la moitié des usagers ne connaissent pas les critères d'attribution de la prime de fin d'année, de ce fait, il serait utile de refaire un point avec eux.

Malgré le contexte de crise actuelle, 84% des travailleurs estiment réussir à faire des économies mais l'argent engendre pour 63% d'entre eux des préoccupations. Il reste quand même difficile d'avoir de l'argent réservé aux loisirs.

Sécurité à l'ESAT :

- 1: En général, vous sentez-vous en sécurité à l'ESAT et à l'institut?
- 2: Vous sentez-vous en sécurité à votre poste de travail ?
- 3: Connaissez-vous les risques professionnels de votre activité?
- 5: Connaissez-vous les consignes de sécurité mises en place?
- 7: Trouvez-vous que les consignes de sécurité incendie:

1	2	3	5	7
OUI 88.5%	OUI 94%	OUI 74.5%	OUI 72%	CLAIRES 91%
MOYEN 11.5%	NON 6%	NON 25.5%	NON 28%	PEU CLAIRES 9%
NON				PAS CLAIRES

Le sentiment de sécurité sur le lieu de travail est une composante essentielle à la satisfaction au travail, aussi cette partie du questionnaire avait pour but de s'assurer que les travailleurs se sentent suffisamment en sécurité à l'ESAT. L'absence de portique de sécurité à l'entrée a été relevé par un usager, selon lui le fait que tout le monde puisse rentrer sans contrôle pose problème.

Mis à part cela, près de 90% des travailleurs se sentent pleinement en sécurité à l'ESAT (88,46%) et sur leurs lieux de travail (94%). Aucun travailleurs estime ne pas du tout se sentir en sécurité à l'ESAT et disent plutôt se sentir moyennement en sécurité, il s'agit de travailleurs non-voyant du pôle de la sous-traitance qui se plaignent principalement de deux choses : la première étant qu'il y a souvent des véhicules mal stationnés dans la cour de l'ESAT ce qui peut entraîner des chocs voir des chutes, la seconde étant qu'à leur postes de travail, ils risquent parfois de trébucher sur des objets ou des chaises que d'autres travailleurs laissent trainer. D'autres travailleurs en sous-traitance confient être parfois inquiet vis-à-vis du type d'handicap de certains de leurs collègues (certains pouvant avoir des comportements difficilement gérables). En règle générale, ces craintes sont inhibées par la présence des moniteurs, mais il serait souhaitable dans la mesure du possible qu'ils puissent être formés à la gestion de certaines crises.

Pour ce qui est des risques professionnels, près de ¾ des travailleurs affirment les connaître (74,5%) mais très peu sont capables d'en citer, il serait donc peut être utile de les rappeler, toutefois ceux qui connaissent les risques connaissent également les mesures de sécurité.

Enfin le dernier item de cette partie portait sur la connaissance des consignes incendie, il en ressort que pour 91% des travailleurs les consignes sont claires.

Cependant les sorties de secours sont jugées mal faites et inquiètent certains non-voyants dans l'hypothèse d'un incendie.

Transports

1: *Prenez-vous SEUL les transports en commun ?*

2: *Aimeriez-vous être aidé sur votre trajet ?*

1	2
OUI 85%	OUI 6%
PARFOIS 2%	NON 94%
NON 13%	

Au sujet des transports, il n'y a rien de spécifique à signaler 94% des usagers ne manifestent pas le besoin d'être aidé pour venir à l'ESAT

Projets et avenir :

1: *Souhaiteriez-vous travailler en milieu ordinaire ?*

2: *Etre en MAD ?*

3: *Vous fatiguez plus qu'avant ?*

4: *Avez-vous besoin de plus de temps pour vous reposer ?*

5: *Commencez-vous à réfléchir à votre retraite?*

6: *Avez-vous entendu parler des activités SACAT ?*

7: *Cela vous intéresse-t-il ?*

8: *Souhaiteriez-vous quitter l'ESAT pour avoir une retraite anticipée*

1	2	3	4	5	6	7	8
OUI 40%	OUI 46%	OUI 44%	OUI 27%	OUI 40%	OUI 88%	OUI 17,5%	OUI 11%
NON 60%	NON 54%	NON 56%	NON 73%	NON 60%	NON 12%	NON 82.5%	NON 89%

Nos items ont ici pour but de cerner par quelles perspectives d'avenir les travailleurs sont intéressés. Pour les travailleurs en prestations hôtelières et ceux en chaiserie, on observe qu'il y a environ 50% de ces derniers (pour chaque pôle) qui désireraient travailler en milieu ordinaire ou en MAD. Pour les travailleurs en sous-traitance en revanche, seulement 1/3 d'entre eux sont intéressés par la perspective de travailler à l'extérieur.

Parmi les travailleurs interrogés, seuls certains de ceux de plus de 55 ans déclarent avoir commencé à penser à leur retraite. La totalité de ces derniers (près d'une vingtaine) ont entendu parler du SACAT et sept d'entre eux sont intéressés et trois autres en bénéficient déjà et en sont satisfaits. Un point d'honneur est mis à l'atelier mémoire et à la musique Enfin quatre autres d'entre eux ont pour projet de quitter l'ESAT pour une retraite anticipée. On notera un manque d'information lié aux activités liées au SACAT, ceux qui en bénéficient n'ont pas forcément la démarche d'en parler autour d'eux.

Pour conclure, on a pu constater une satisfaction générale des usagers de travailler au sein de l'ESAT du Val Mandé, surtout quand d'autres ESAT ont été fréquentés. La bonne entente avec le personnel et la confiance envers les moniteurs y jouent un grand rôle.

Aucune problématique de fond n'a ressurgi des entretiens avec les travailleurs.

Concernant le projet de rénovation de l'ESAT, pour les plus anciens ils sont curieux de savoir quand cela débutera réellement et en quoi cela améliorera leur cadre de travail.

Pour aller dans le sens d'une meilleure communication et transparence, une réunion 1 ou 2 fois par an avec la direction et l'ensemble de l'ESAT serait appréciée.

Leroy	Marie-Emilie	Septembre 2015
Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social Promotion 2014-2015		
Démarche participative et élaboration d'un projet de service L'exemple de l'ESAT et du SAVS de l'Institut le Val Mandé		
<p>Résumé:</p> <p>L'élaboration d'un projet d'établissement ou de service est un temps fort dans la vie d'une structure. Ce document met en lumière la politique, le fonctionnement et les perspectives pour les cinq années à venir du service. Ce travail présente la méthode participative utilisée pour élaborer le projet de service d'un SAVS et d'un ESAT, au sein de l'Institut le Val Mandé. La réalisation d'un projet de service s'inscrit dans un contexte (idéologique, financier, managérial, qualité). La participation des usagers, des professionnels, des proches à l'élaboration de ce document de référence vise à le co-construire, même si cette démarche est toujours à améliorer. Ce travail commun permet de s'approprier le document, de donner du sens aux actions et ainsi de mieux répondre aux besoins des usagers.</p>		
<p>Mots clés:</p> <p>Elaboration projet de service, co-construction, démarche participative, inclusion, usagers, professionnels, proches, appropriation, groupe de travail, questionnaire, SAVS, ESAT, France.</p>		
<p><i>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.</i></p>		