



EHESP

Master 2 Parcours AMOS

Promotion : **2021 - 2022**

Date du Jury : **Juillet 2022**

Titre : LA DEMOCRATIE EN SANTE

**L'engagement des personnes en situation
de handicap en foyer de vie**

Sous-titre : L'effectivité du **partenariat** entre personnes
accompagnées et professionnels

Caroline GÉNARD

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements à Madame Karine Chauvin, pour l'accompagnement et les précieux conseils dont j'ai bénéficié tout au long de ce travail d'enquête et de rédaction.

Je remercie tout particulièrement les managers, professionnels et résidents des trois établissements ayant alimenté et fait l'objet de ma démarche de recherche qualitative ; ainsi que les trois experts interrogés, pour le temps accordé, les connaissances et les expériences partagées.

Je tiens à remercier l'organisation associative m'ayant accueilli de septembre 2021 à mai 2022 dans le cadre d'un stage alterné. L'expérience fut riche et grandissante tant professionnellement que personnellement. L'équipe de direction, celle des accompagnants et l'ensemble des résidents ont tous contribué à mon inspiration, à mon investissement et à cette envie de me dépasser pour évoquer un sujet encore trop peu abordé et déployé.

Merci à ma sœur, en situation de handicap et résidente en foyer de vie, sans qui mon parcours n'aurait été à l'image de celui-ci.

« Si les handis parlaient comme des valides... » (Twitter)

*« Alors comment t'occupes tes journées de valide ? Ah tu travailles !
Waouh mais c'est génial ça ! Ça doit te faire du bien ».*

*« En fait, les valides, ils sont comme nous. Ce sont des êtres humains.
On est tous un peu valide quelque part ».*

Ces deux citations invitent à questionner la manière d'accompagner, de dialoguer et de considérer la personne en situation de handicap, non plus en marge, mais en tant qu'intégratrice totale des organisations.

(Document illustratif partagé par l'une des professionnelles interrogées dans le cadre de ce mémoire).

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE D'ENQUETE –.....	5
CHAPITRE 1 – LES APPORTS HISTORIQUES, REGLEMENTAIRES, SOCIOLOGIQUES, CONCEPTUELS ET MANAGERIAUX A L'ANALYSE DE L'EFFECTIVITE DU PARTENARIAT	9
I- L'ASSURANCE DE CONSIDERATIONS ECOSYSTEMIQUES DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP ET DE SON ENVIRONNEMENT : ENJEUX ET DIFFICULTES EN APPROCHE MACRO	9
A- D'une acception charitable au modèle social du handicap : l'ancrage progressif d'un regard novateur sur la pathologie mentale ou psychique	9
B- La consécration législative et ascendante de la participation : l'initiation à de primitives réflexions	10
C- La dénonciation des freins politiques à l'engagement : l'affirmation publique de la nécessité d'associer la personne accompagnée	12
II- L'EXPLICITATION DU CONCEPT D'USAGER PARTENAIRE EN SITUATION DE HANDICAP : POINT D'ANCRAGE DE LA DEMOCRATIE EN SANTE	14
A- Le large spectre de l'engagement des personnes accompagnées : le développement d'une approche matricielle et démocratique	14
B- La saisine exclusivement sanitaire de l'usager partenaire : l'explicitation du Modèle de Montréal et sa transposition dans le secteur médico-social	16
C- Pouvoir d'agir, co-construire et coproduire : fondements de l'approche partenariale	18
III- DEMOCRATIE, PARTENARIAT ET MANAGEMENT EN APPROCHE MICRO : LA CREATION DE CONDITIONS PROPICES A L'EFFECTIVITE DU PARTENARIAT ENTRE RESIDENTS ET PROFESSIONNELS EN INSTITUTION.....	19

A- L'intégration du partenariat en institution : les particularités d'un foyer de vie et du public accueilli	19
B- La réunion de facteurs organisationnels, culturels et managériaux pour l'introduction de pratiques partenariales.....	20
C- La posture managériale dans l'impulsion de dynamiques et de transformations novatrices : son rôle de soutien pour la concrétisation opérationnelle du partenariat	22
CHAPITRE 2 – UN DIAGNOSTIC REFLEXIF A DESTINATION DES MANAGERS : DECOUVRIR, COMPRENDRE ET DEPLOYER	
L'APPROCHE PARTENARIALE.....	24
I- LA DETERMINATION DU POINT DE DEPART : UN ETAT DES LIEUX REVELATEUR DE LA MECONNAISSANCE ET DE L'ABREGEMENT DE L'APPROCHE PARTENARIALE EN FOYER DE VIE	24
A- Le constat d'une vision restrictive de l'engagement des personnes en situation de handicap	24
B- Le perpétuel balancement entre protection et liberté : une dominante surprotectrice, de dépendance et un déséquilibre des « pouvoirs », entraves à l'engagement	28
C- L'explicitation paradoxale de la pensée et de l'action : le besoin d'homogénéisation des représentations sociales et professionnelles.....	31
II- L'INEVITABLE PREPARATION AU DIALOGUE ET A LA CO-CONSTRUCTION : DE PRESENTES CONDITIONS DISCURSIVES NON PROPICES AU DEPLOIEMENT PARTENARIAL.....	34
A- L'inexpression des savoirs expérientiels des personnes accompagnées : la prégnance d'une logique de craintes, de défiance et de subordination	35
B- L'impréparation des professionnels à la réception et au traitement des savoirs expérientiels : légitimer et soutenir l'expression de la parole « usagère ».....	37
C- Le besoin d'un accompagnement à la déconstruction de la normalité « éducative » : une préparation à la transformation culturelle	40
III- L'IMPLICATION MANAGERIALE DETERMINANTE DANS LE DEPLOIEMENT ET LA PERENNISATION DE L'APPROCHE PARTENARIALE : UNE CONDITION IMPERIEUSE POUR ACCOMPAGNER, ANCRER ET SOUTENIR LA DEMARCHE	42

A- L'appétence unanime pour la planification des conditions de travail : la corrélation entre le degré de stabilité professionnelle et le niveau d'engagement des résidents	42
B- Le déficit de formalisation, de collégialité et de communication : échecs cuisants à la pérennisation du partenariat.....	45
C- L'influence comportementale et stratégique des cadres sur l'effectivité des pratiques partenariales.....	47
CHAPITRE 3 – PLAN D' ACTIONS.....	49
CONCLUSION	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
LISTE DES ANNEXES.....	59

Liste des sigles utilisés

AES	Accompagnant Éducatif et Social
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services Sociaux et Médico-sociaux
APF	Association des Paralysés de France
ARS	Agence Régionale de Santé
CEPPP	Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIF	Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DPA	Développement du Pouvoir d'Agir
FALC	Facile À Lire et à Comprendre
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
MAS	Maison d'Accueil Médicalisée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
SAVS	Service d'Accueil et d'Accompagnement à la Vie Sociale

INTRODUCTION

« **Lorsque les autres parlent pour vous, vous êtes perdants** », D. Driedger (A. Petiau, 2021). C'est très justement pour éviter toute perte de chance de pouvoir agir, s'exprimer, décider et produire, que l'engagement des personnes en situation de handicap mental ou psychique doit être questionné, visible et plébiscité.

« **Demain, rien ne doit être comme avant parce que nous avons compris que nous devons construire l'avenir avec la participation active de tous, quelle que soit leur différence** », P. Jacob, président de l'association Handidactique (Espace éthique Ile-de-France, 2020). L'avenir en institution sociale et médico-sociale tend à être coconstruit dans une logique partenariale, logique innovante et transformationnelle. Je reste convaincue du rôle des managers et des travailleurs sociaux dans l'impulsion de ces innovations et d'un regard neuf porté sur le handicap ; changements qu'exige la dimension partenariale de l'engagement des personnes accompagnées. Effectivement, « **dans un but d'émancipation, d'accès à l'autonomie, (...), le travail social contribue à promouvoir, (...), le changement social, le développement social et la cohésion de la société** » (article D.142-1-1 du décret n°2017-877 du 6 mai 2017).

Le **partenariat** « **s'inscrit dans une logique de participation** », à degré d'engagement toutefois supérieur (A. Berkesse, 2021). Il implique l'association de « plusieurs parties », en vue d'une « négociation », pour l'atteinte d'un ou de plusieurs « objectif(s) commun(s) », « à égalité (de droit, de pouvoir) » ; chacune des parties ayant « ses caractéristiques propres » (Maraquin, 2015). En conséquence, chaque acteur, professionnel et personne accompagnée, doit être en capacité de négocier à positionnements égalitaires. Or, est-ce une réflexion idyllique ou pleinement affichée par les directions d'établissements médico-sociaux ?

J-M. Bouchard conçoit la relation entre usagers et intervenants « comme une relation de partenariat », en précisant que ce partenariat « **exige la reconnaissance des compétences de l'autre**, vise le rapport d'égalité et repose sur le partage de décisions » (Maraquin, 2015). Toutefois, l'actuel dialogue entre résidents et accompagnants, au sein des structures médico-sociales, est-il réellement à son efficacité maximale ?

« **Le partenariat est une relation réciproque d'engagement entre les patients et les professionnels, caractérisée par le co-leadership, la co-construction et la co-responsabilité** » (A. Boivin et al., 2017, p. 1). Le partenariat correspond au niveau maximal d'engagement des personnes prises en charge, hébergées ou accompagnées (Pomey et al., 2015). La participation ne signifie pas partenariat, mais l'action de prendre part à un débat, à un échange (ibid.). Le partenariat, lui, implique la considération, l'ampleur et l'égalité de la place accordée à chaque partie prenante (ibid.).

Le **Modèle de Montréal**, modèle partenarial québécois, répertorie quatre niveaux d'engagement, du moins mobilisant au plus impliquant : l'information, la consultation, la participation et le partenariat (Pomey et al., 2015).

Toutefois, le partenariat ne peut être analysé sans que la participation soit également étudiée. En effet, le **cadre réglementaire** implique cette exigence participative en omettant toute référence au concept de partenariat dans le secteur médico-social. Une analyse sémantique et réglementaire s'avère ainsi nécessaire.

Maryse Bresson distingue trois formes de participation : une action publique, une action collective et une mobilisation (C. Gissinger-Bosse, 2019). Corrélée à la vie en établissements sociaux et médico-sociaux, la première dimension de la participation « peut représenter une **injonction** », l'expression d'une directive ; la seconde « vise une **complémentarité** avec les actions », celles des professionnels, des pairs et des autres partenaires ; la dernière visant « l'empowerment, la **reprise d'un certain pouvoir sur soi-même** » (ibid.).

L'association de ces trois caractéristiques sera ainsi explorée et projetée à la vie en institution, à un degré d'analyse encore plus avancé. Les projets personnalisés et institutionnels sont-ils coconstruits entre les différentes parties prenantes ? Et quelles en sont les exigences managériales ? Enfin, la personne en situation de handicap mental ou psychique est-elle détentrice d'un réel pouvoir influent et décisionnaire ?

Participation et partenariat constituent des leviers de la **démocratie en santé** que l'Agence régionale de santé (ARS) définit comme « une démarche associant l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation » (ARS, 2021). Par « acteurs », entendons usagers et professionnels d'une institution.

A l'occasion des États généraux de la santé de 1998 et 1999, apparaît le terme « démocratie sanitaire » (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018). Ultérieurement promulguée par la **loi n°2002-303 du 4 mars 2002** sur les droits des malades et la qualité du système de santé, la démocratie sanitaire « se traduit par la **reconnaissance de droits individuels des usagers et de droits collectifs par leur expression dans des instances de participation** » (ibid.). En structure sociale et médico-sociale, ce rôle est assuré en partie par le Conseil de la vie sociale (CVS). Toutefois, ces instances de démocratie indirecte plébiscitant l'expression usagère sont-elles vraisemblablement les principaux outils et espaces partenariaux ? Assurent-elles une prise de décision collégiale et pluridisciplinaire ?

L'appellation « démocratie en santé » est aujourd'hui préférée à celle de « démocratie sanitaire », initiant une vision globale du système de santé sans frontières entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et préservant la continuité des parcours de vie. La démocratie en santé semble ainsi rassembler des secteurs longtemps et encore décriés comme cloisonnés.

Alors, tandis que le concept de partenariat emprunté à la démocratie en santé a d'abord été formalisé comme tel dans la relation de soins, renversant le rapport sachant et ignorant, force est de constater que le partenariat est de façon novatrice et inédite appliqué au handicap dans le cadre de cet écrit.

« **Quand un mot est devenu si universellement sanctifié, que n'est maintenant le mot démocratie, je commence à me demander s'il signifie encore quelque chose en signifiant trop de choses** » (A. Berkesse, 2021). Que signifie-t-il concrètement dans le champ du handicap ? Est-il justement si sanctifié, ou peu usité ?

Ces interrogations ont été les miennes tout au long de la période de stage effectué de septembre 2021 à mai 2022 au sein d'une organisation associative rennaise accompagnant des personnes en situation de handicap. Son projet associatif 2019-2029 justifie la légitimité d'un tel sujet : « **L'ambition de la société inclusive est d'ouvrir, (...) par une réforme en profondeur des institutions sociales, tous les temps et tous les espaces à tous** ». Créée en 1991, ladite association est scindée en deux pôles d'activités, avec deux directions distinctes et une direction générale associative. Le site de Rennes compte un ensemble de services : un foyer d'hébergement, un foyer de vie, un accueil temporaire, un accueil de jour et un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Sur le second site, sont gérés un foyer de vie, un accueil temporaire ainsi qu'un accueil de jour.

Nombre de **missions** m'ont été confiées, à savoir la rédaction d'un rapport d'étonnement, l'aménagement des espaces, la sécurisation du circuit du médicament, l'initiation à la réflexion d'un espace éthique, la rénovation des outils de la loi 2002-2 et la participation, strictement observationnelle, à la réorganisation du foyer de vie. Chacune de ces tâches est imbriquée explicitement ou implicitement à la place accordée à l'expression de la personne accompagnée et au degré de sa prise en considération.

Mes premières observations, à l'origine de la rédaction du **rapport d'étonnement**, ont été révélatrices sur la manière dont les professionnels semblaient travailler avec les personnes accompagnées. La perception d'un résident, acteur et maître de son projet de vie et en capacité de prendre des décisions en adéquation avec ses convictions et sa personnalité ne paraissait pas pleinement acquise. La dimension protectrice est omniprésente ; la pathologie obstruant sans doute le dessein des équipes d'accompagnement sur les compétences usagères.

En vue de l'**aménagement des espaces**, des groupes de travail ont été constitués. Toutes les thématiques abordées concernaient le quotidien des résidents des différents services et pour autant, leur implication n'a pu réellement se concrétiser. A défaut d'une sollicitation constante de ma part auprès des professionnels, sur la nécessité de convier aux groupes les résidents motivés et intéressés par la thématique, cette démarche s'est heurtée à la non-action des professionnels. Pour quelles raisons n'ont-ils pas pris le temps de les en informer ? Par manque de temps ou d'adhésion à la vision co-constructive du projet ?

Par ailleurs, la **sécurisation du circuit du médicament** permet d'aborder l'évaluation de l'autonomie du résident dans la prise de son traitement, dont la gestion appartient aujourd'hui automatiquement aux professionnels des services d'hébergement. Quelles pourraient être ses nouvelles marges de manœuvre ?

La possible instauration d'un **espace éthique** renvoie nécessairement aux questionnements déontologiques et aux valeurs associatives, dont la délimitation de l'espace accordé à l'expression et à l'action des résidents. Pourraient-ils être membres à part entière d'une telle instance ?

Aussi, la réactualisation du livret d'accueil, du contrat de séjour et du règlement de fonctionnement, **outils de la loi 2002-2**, est l'occasion d'une révision des droits et des devoirs de l'utilisateur, de la manière dont il est informé et de l'adaptation des outils aux capacités de compréhension, lui permettant ainsi d'être associé

sans réserve. Enfin, à quelle étape de la réorganisation du **foyer de vie** les personnes accompagnées peuvent-elles être associées ? Seront-elles informées, consultées, collaboratrices ou partenaires ?

Il y a sept ans, dans le cadre de travaux scolaires, un diagnostic sur les discriminations subies par ce public en situation de handicap, m'avait conduit à questionner des personnes accompagnées, des parents, des directions d'établissements pour enfants et adultes, travailleurs ou non, en situation de handicap ; me donnant ainsi quelques repères en matière de place accordée à la parole usagère, source d'un perpétuel combat.

Précisément, les adultes accueillis en foyer de vie semblent à première vue les moins écoutés et intégrés ; leurs pathologies étant plus lourdes, leur orientation étant perçue comme définitive et sans alternative, et leur capacité d'expression peu étendue. Comment peuvent-ils sortir d'un positionnement réducteur voire infantilisant à une place d'acteurs indépendants ? Arbitrairement, mon questionnement se limitera aux pratiques d'accompagnement exercées en foyer de vie précisément parce que j'ai travaillé essentiellement avec l'équipe de celui-ci. Enfin, le partenariat est ici préféré à la participation. Il implique un leadership partagé, et non une simple information, consultation ou présence physique aux échanges et débats. Moins valorisé dans le médico-social que dans le sanitaire, je suis curieuse d'en connaître sa potentielle intégration dans le quotidien des institutions.

En conséquence, **dans quelle mesure les managers d'un foyer de vie peuvent-ils soutenir l'effectivité du partenariat entre les personnes en situation de handicap et l'équipe accompagnante ?** Une série d'**hypothèses** esquisse de premières pistes de réflexion.

(1) D'une part, j'introduis le postulat selon lequel le partenariat ne fonctionne pas, qu'il n'est présent ni dans les esprits, ni formellement dans les divers projets et politiques d'un foyer de vie. Celui-ci serait, à mon sens, excessivement novateur. Et pour autant, le législateur et les pouvoirs publics exposent la notion de co-construction. Le concept d'usager partenaire appartiendrait davantage au secteur sanitaire.

(2) D'autre part, un défaut de compréhension des changements de politiques, de concepts et de sémantiques pourrait en partie expliquer leur non-application par les accompagnants.

(3) Parallèlement, les contraintes organisationnelles, de temps et d'effectifs peuvent engendrer, selon moi, ce défaut de participation, dans un premier temps. Les professionnels agissent dans l'urgence et manquent potentiellement de moyens humains ainsi que de compétences dans ces nouvelles approches du handicap et des potentialités des personnes accompagnées.

(4) Je suis également convaincue que l'effectivité d'une co-construction des décisions est dépendante du type de management et de l'action de la direction, managers de proximité compris.

(5) Enfin, le partenariat exige que chacune des parties prenantes soient en mesure de comprendre ses interlocuteurs. La réciprocité doit ainsi être réelle. Or, je pense que les différences sont aujourd'hui abondamment flagrantes et qu'un manque d'accompagnement tant des professionnels que des usagers freine, dans un second temps, la mise en œuvre de ce partenariat.

Ainsi, quel est l'état des pratiques professionnelles, à l'échelle d'une matrice de l'engagement ? Quelles sont les connaissances et incompréhensions des équipes d'accompagnement sur les mutations écosystémiques du secteur ? Surtout, le concept de partenariat est-il compris et appliqué ? S'il ne l'est pas, peut-il être déployé ? Quels sont les freins à la mise en œuvre de ces transformations organisationnelles et culturelles ? Enfin, quel est le rôle de l'équipe de direction dans ce changement pluridimensionnel ?

Tandis que le cadre réglementaire, politique et conceptuel expose les notions de participation, de co-construction et de partenariat, mais inégalement entre secteurs sanitaires et médico-sociaux, force est de constater qu'en pratique, l'écart doit être mesuré et appréhendé. Une explicitation de ces concepts, appliqués au secteur médico-social et au management d'un foyer de vie, dans un **premier chapitre**, sera supplée d'une analyse à la fois qualitative, documentaire et observationnelle des accompagnements, dans un **second chapitre**. Enfin, un **dernier chapitre** exposera les pistes d'améliorations et préconisations, conséquences des précédents développements.

METHODOLOGIE D'ENQUETE –

L'étape de la compréhension d'un environnement, de pratiques et de perceptions implique l'adoption d'une **méthodologie de recherche qualitative**.

I- Le descriptif de l'échantillonnage cible et l'explicitation des objectifs sous-jacents

Vingt-quatre entretiens semi-directifs ont ainsi été menés auprès des équipes de trois foyers de vie, que l'on nommera « établissement 1 », « établissement 2 » et « établissement 3 », et dont les associations gestionnaires et les territoires d'implantation sont bien distincts.

Afin d'objectiver les résultats obtenus au sein de l'association dans laquelle je réalise mon stage, j'aspire à enrichir le contenu proposé par la mise en évidence de pratiques exercées à l'extérieur, à l'image du benchmarking, dans une perspective d'analyse comparative. Tout en veillant à adopter une posture détachée et critique, je souhaitais vérifier la possible corrélation entre les succès ou difficultés avérés dans chaque établissement et le management sous-jacent. L'organisation et la gestion d'un établissement peuvent-elles influencer sur l'effectivité des pratiques partenariales entre professionnels et personnes accompagnées ? Ce mémoire, à orientation professionnelle, porte également l'ambition d'être un réel appui pour le déploiement du concept d'usager partenaire, à destination des managers de chaque établissement interrogé.

Quatre catégories d'interviewés ont été interrogées : des accompagnants, des managers, des résidents et des experts du partenariat. Chacun dispose de savoirs expérimentaux ou théoriques, sous des prismes opposés et complémentaires. **Quatre grilles d'entretien différentes** ont ainsi été rédigées.

Le recueil du témoignage des équipes d'accompagnement a permis la compréhension du terrain et des possibilités qu'il pouvait offrir. Il s'agissait de vérifier mes première et cinquième hypothèses, à savoir l'état des pratiques partenariales à partir d'expériences et d'anecdotes partagées.

En questionnant les freins et ressources des pratiques partenariales, j'entendais vérifier ma seconde hypothèse : l'incompréhension des transformations et concepts inédits, voire indicibles.

Interroger les managers et directions a contribué à la clarification des orientations et pratiques institutionnelles, permettant la vérification de ma troisième hypothèse : l'analyse d'une potentielle corrélation entre l'instabilité des conditions de travail et le non-engagement des personnes accompagnées.

Analyser l'effectivité de pratiques partenariales sans questionner les personnes accompagnées, directement concernées, aurait été contradictoire. Sept résidents de foyer de vie ont donc été interrogés, contribuant à la vérification de mes première et cinquième hypothèses : la non-application du partenariat en institution et le constat d'un défaut communicationnel entre accompagnants et résidents.

Ces entretiens ont été l'occasion d'apprécier les conditions de travail des professionnels et l'environnement dans lequel les résidents sont, ou ne sont pas, en capacité de s'exprimer (vérification de mes quatrième et cinquième hypothèses). Parallèlement, ces échanges m'ont permis de sonder la vision des accompagnants sur les potentialités et capacités des usagers, au travers de mises en situation et de stimuli (**cf. annexe 2**).

Enfin, trois entretiens ont été menés auprès de **trois experts** des questions partenariales : un ancien consultant du Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public (CEPPP), une chercheuse canadienne et une responsable régionale de l'offre de service à l'Association des Paralysés de France (APF). L'objectif étant de recueillir un apport théorique plus conséquent et d'interroger leur perception du médico-social à partir de leur expérience majoritairement sanitaire (me permettant ainsi de vérifier ma première hypothèse sur un secteur sanitaire prédominant dans le traitement du partenariat).

Dix entretiens ont été réalisés dans l'association, terrain de mon stage (établissement 1) : avec quatre accompagnants du foyer de vie, l'animateur, la psychologue, l'éducatrice coordinatrice, la directrice en exercice sur le second site de l'association, et deux résidents (**cf. annexe 1**). La direction du premier site, avec qui je travaillais quotidiennement, n'a pas été interrogée, très justement pour tempérer le biais que nos contacts rapprochés pouvaient engendrer.

Dans l'établissement 2, **cinq entretiens** ont été menés : avec le responsable médico-social de l'association gestionnaire, l'éducatrice coordinatrice de l'établissement, un membre de l'équipe d'accompagnement et deux résidents (**cf. annexe 1**).

Enfin, dans l'établissement 3, **quatre entretiens** ont également été menés : avec le directeur de l'établissement, deux professionnels et trois résidentes dans le cadre d'un échange groupé (**cf. annexe 1**).

L'ensemble des professionnels, managers et résidents pouvaient ainsi participer à cette enquête, à la stricte condition d'exercer ou de vivre au sein d'un foyer de vie et d'être disponible le temps d'un échange. La majeure difficulté a été celle de solliciter, resolliciter et d'être à court d'entretiens par manque de disponibilité des personnes à interroger. Par ailleurs, tous les entretiens ont été réalisés dans l'établissement concerné me permettant une **immersion totale et observatrice** dans chaque lieu de vie ; excepté les échanges avec les trois experts qui se sont déroulés par visio-conférence. S'agissant des entretiens réalisés au sein des établissements 2 et 3, je me suis rendue sur site, respectivement toute une matinée et toute une journée, pour mener tous les temps d'échanges planifiés, accentuant ce souhait d'immersion et d'observations.

II- Les modalités de réalisation de l'enquête qualitative

La **rédaction des grilles d'entretien** m'a valu de la persévérance et du remaniement (**cf. annexe 4**). Elles étaient initialement trop longues, trop éparses, avec quelques redondances. Elles ont toutes été réduites de moitié et sont construites de la façon suivante.

Une première partie est destinée à prendre connaissance de la personne interrogée et de son parcours, tout en se souciant de l'instauration d'un climat de confiance.

Une seconde partie est afférente aux pratiques institutionnelles et une troisième aux pratiques individuelles. Ces deux parties, au cœur des entretiens, invitent à questionner des généralités pour affiner la réflexion jusqu'aux pratiques et perceptions singulières.

Aussi, c'est un choix stratégique que d'avoir volontairement parlé de participation avant même d'évoquer la notion de partenariat. Le terme de participation semble plus familier, rassurant et proche des pratiques de terrain. Cela m'a également permis d'amorcer l'effectivité de la participation avant même d'envisager de statuer sur celle des pratiques partenariales.

Enfin, une dernière partie amène à des questions plus techniques et spécifiques sur les transformations de l'offre médico-sociale, sur de potentiels axes d'amélioration managériaux et organisationnels, et avec la mobilisation d'un stimuli permettant d'avoir un regard franc et sans incertitude sur sa propre posture professionnelle. Un stimuli peut correspondre à un produit, une image, une photographie, une vidéo ou encore à une phrase. Il sert à faire réagir, à relancer une discussion et à recentrer (**cf. annexe 2**).

Au cours des entretiens, deux **stimuli** différents ont été proposés. Le premier, destiné aux professionnels, a contribué à dynamiser l'entretien. Ce support visuel a permis à chacun de s'interroger sur ses propres pratiques, perceptions et opinions, par **l'illustration de deux situations** bien distinctes (l'une symbolisant l'approche centrée, la seconde l'approche partenariale).

Arrivée à la moitié des entretiens, et constatant le manque de connaissance du concept de partenariat, j'ai proposé aux professionnels un second stimuli explicitant la **matrice de l'engagement** proposé par le Modèle de Montréal. Celui-ci a permis de délier la parole par le partage d'anecdotes et d'expériences.

Enfin, seuls les deux premiers résidents interrogés ont visionné, au cours de l'entretien, une **vidéo** illustrative de l'approche partenariale déployée dans le secteur sanitaire. Toutefois, celle-ci était excessivement aboutie et détaillée, inadaptée à la compréhension des personnes interrogées.

III- Les modalités d'analyse des données corrélées aux autres techniques analytiques employées

Des **retranscriptions**, ciblées et répertoriées sous la forme d'un tableau, ont été réalisées pour chacun des entretiens menés, me permettant d'y inscrire des premiers éléments d'analyse. Cela a facilité la construction d'un plan et l'adéquate répartition des verbatims.

En complémentarité, mes **observations participantes** lors des réunions, des groupes de travail et des échanges informels s'additionnent à mes observations consignées dans un carnet depuis le début du stage, pour vérifier l'ensemble des hypothèses préliminaires.

Par ailleurs, une **analyse documentaire** (du projet associatif, du projet d'établissement et des documents annexes) vient parfaire la méthodologie de recherche employée (vérification de mes première et troisième hypothèses).

En amont et en complément de l'étude de recherche qualitative, une **revue de littérature** a été constituée sur le sujet en mobilisant différentes sources de données : des moteurs de recherche (à l'instar de Google Scholar, de Cairn et de la bibliothèque de l'EHESP). Afin de constituer une revue de littérature claire et structurée, j'ai consigné dans un tableau, et ce tout du long de mes recherches, les éléments de littérature pertinents que je souhaitais mettre en perspective tant dans la contextualisation que dans la restitution des résultats de recherche obtenus.

IV- L'explicitation des choix de rédaction

La sémantique utilisée dans le cadre de cet écrit n'est pas employée par hasard. Vous ne trouverez que très rarement le terme « usager », délaissé en faveur de celui de « personnes accompagnées » ou de « résidents ». Dans une perspective de promotion du partenariat, ces derniers ne doivent plus être considérés uniquement comme « utilisateurs » ou « consommateurs » d'une prestation. Si le mot « usager » est utilisé ce n'est que pour rassembler, sous une même appellation, l'ensemble des bénéficiaires des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. De même, les termes « accompagnants », « professionnels », « équipe » et « personnels » sont très largement préférés à celui « d'éducateurs », rendant plus effectif et concret le désir d'émanciper toute personne accompagnée.

C'est motivé et consciemment que la proposition de recommandations se trouve détaillée à l'intérieur d'un **plan d'actions (cf. chapitre 3)**. Mes missions de stage ainsi que les prochaines effectuées au sein d'un cabinet de conseil dans le cadre d'une seconde expérience, ont constitué et constitueront exclusivement de la **gestion de projet**. C'est de cette manière-ci que je souhaite décrire avec justesse et précision les axes de déploiement découlant du chapitre précédent.

CHAPITRE 1 – LES APPORTS HISTORIQUES, REGLEMENTAIRES, CONCEPTUELS ET MANAGERIAUX EN APPUI DE L'ANALYSE DE L'EFFECTIVITE DU PARTENARIAT

Tandis que le cadre règlementaire et social soutient une politique en faveur de l'inclusion, de la participation et de l'émancipation de la personne en situation de handicap mental ou psychique (I), force est de constater que le concept de partenariat est manifestement moins affiché (II). Prôné majoritairement dans le secteur sanitaire, quel est son niveau d'intégration et de compatibilité avec le secteur médico-social ? Enfin, le manager, cadre de proximité ou directeur, doit être en mesure d'initier et de mettre en œuvre les changements promulgués nationalement ou de les pallier lorsqu'ils ne sont pas exigés, en créant les conditions propices à l'effectivité de la pratique partenariale en institution (III).

I- L'assurance de considérations écosystémiques de la personne en situation de handicap et de son environnement : enjeux et difficultés en approche macro

L'évolution de l'acceptation sociale du handicap (A), conjuguée à celle de la réglementation en vigueur (B) et aux dénonciations politiques croissantes des enjeux de ces transformations (C) légitiment le questionnement du partenariat. Effectivement, les freins et ressources d'une possible co-construction de projets entre résidents et professionnels en institution pourront ainsi être clarifiés et analysés.

A- D'une acception charitable au modèle social du handicap : l'ancrage progressif d'un regard novateur sur la pathologie mentale ou psychique

L'actuelle affirmation d'une recherche d'inclusion et d'émancipation de la personne s'avère être la résultante de profondes mutations. Les comprendre permet d'adopter une vision globale des considérations du handicap, du rejet à l'intégration.

À partir du XIV^{ème} siècle, prime le **modèle charitable** du handicap. C'est la peur des « infirmes » qui a conduit à leur enfermement dans les hospices (Sautegau et al., 2016, p. 19).

À la Révolution, apparaît la notion d'assistanat, puis celle de réparation à compter de 1949 ; le principe étant celui de la réadaptation, « rééducation » ou « normalisation » de la personne en situation de handicap (Espace éthique Ile-de-France, 2019). « La mise en cause de l'environnement n'est pas abordée et ce modèle de handicap sera qualifié de **modèle médical**, (...), du fait de l'attribution du handicap aux caractéristiques de l'individu » (Sautegau et al., 2016, p. 19).

Naît le **modèle social** du handicap à partir de la fin des années 1970 initialement aux États-Unis et en Angleterre. Par antagonisme au modèle médical, le modèle social prône la « rééducation ou la normalisation » de la société, « pensée et conçue pour répondre aux besoins de tous ses citoyens » (ibid.). Il doit ainsi pouvoir supporter l'introduction du partenariat. Effectivement, accepter la différence, reconnaître les compétences et caractéristiques propres à chaque personne, déficiente ou non, revient à accepter leur

prise de parole et leur légitimité à agir et à décider. Cette évolution sociologique peut être comparée à celle que requiert le partenariat pour devenir pleinement effectif : passer d'une vision fataliste à une totale intégration de la personne accompagnée.

D. Driedger affirmait « **que les personnes sont les mieux placées pour faire connaître leurs réalités et proposer des solutions répondant à leurs besoins et leurs aspirations** » (A. Petiau, 2021). Est-il cependant couramment admis qu'une personne présentant une pathologie mentale ou psychique puisse être en pléines capacités d'explicitier ses souhaits et ses attentes de vie ?

Le handicap deviendrait une problématique purement sociétale et politique « **liée à l'organisation même de la société qui échoue à répondre aux besoins de ces personnes** » (ibid.). Si l'on projette la réflexion à l'échelle d'un établissement médico-social accueillant un public en situation de handicap, le rapport aux personnes doit être réinterrogé de façon à ce que l'on considère leur parole comme légitime, acceptable et entendable sans ajout, ni compléments ni modifications externes.

L'adoption de textes législatifs ne suffit pas « pour que soit corrigée la dissymétrie des relations » entre résidents et accompagnants (M. Jaeger, 2016, p.5). Sans une nette évolution des considérations sociales du handicap et sans l'intégration d'une pratique de « lâcher prise », la pleine association des personnes accompagnées ne pourra diligemment s'exercer (ibid., p.8).

B- La consécration législative et ascendante de la participation : l'initiation à de primitives réflexions

« **De nombreux travaux de science politique ont souligné combien l'effectivité des droits est dépendante des politiques publiques qui les édictent** » (B. Eyraud et al., 2018, p.27). Le cadre règlementaire est une impulsion, devant être garant d'une conduite managériale à tenir et à conscientiser au sein même d'un établissement.

A l'origine de la création de la politique publique sur le handicap, la **loi d'orientation 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées** reconnaît une « obligation nationale » à l'accessibilité. La notion de participation, ainsi que celle de co-construction, n'interviendront qu'ultérieurement.

Le 12 juillet 1990, fut promulguée la loi relative à la protection des personnes contre la discrimination en raison de leur état de santé ou de leur handicap (Assante, 2004, p. 78). Lutter contre les stigmatisations et discriminations négatives, déconstruire les représentations et casser les idées préconçues sont, avec conviction, les prérequis à l'impulsion du partenariat.

En 2001, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) adopte la **CIF** (Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé). Cette dernière inclue l'influence environnementale, faisant ainsi du modèle du handicap une matrice écosystémique (Sautegau et al., 2016, p. 20). En institution, en tant que facteur environnemental, l'accompagnement peut influencer sur l'autonomie de la personne, sur son émancipation et sur sa capacité à pleinement définir son parcours et son projet de vie. C'est l'accompagnement qui contribue à la création des conditions propices à l'engagement des usagers.

Depuis la **loi 2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médico-sociale, « l'utilisateur devient un **acteur** », titulaire de « droits et libertés individuels », tels que le « respect de sa dignité », le « **libre choix** », une « prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité », la « confidentialité des informations le concernant », une « information sur ses droits fondamentaux », ainsi que la « **participation** » à son projet d'accompagnement (Ispenian, 2005, p. 51 et 52). La personne est dite « actrice », elle « participe », mais est-elle partenaire ?

Est également consacrée la définition de l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci « tend à promouvoir, (...), l'**autonomie** et la **protection** des personnes, la **cohésion** sociale, l'exercice de la **citoyenneté**, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. (...) » (Ispenian, 2005, p. 50). Quels sont ces acteurs sociaux et médico-sociaux ? Les personnes accompagnées, accueillies ou hébergées en font-elles parties ? En toute circonstance, aucune référence n'est explicite ou sous-entendue quant à la place de l'expression usagère et de son association aux projets collectifs ou personnalisés.

Par ailleurs, **autonomie** et **protection** sont liées dans cette définition et doivent s'équilibrer (ibid., p. 51). Cette approche contradictoire entre autonomie et protection de la personne accompagnée amène à s'interroger sur la manière dont la personne en situation de handicap est actrice de son parcours et partenaire aux prises de décision la concernant. Comment, sur le terrain, cet équilibre est-il entretenu ?

Consécutivement à la loi 2002-2, l'utilisateur est réputé être « **au cœur du dispositif** » (ibid., p. 50). Toutefois, la signification de l'expression « être au cœur » conduit à s'interroger sur l'effectivité de l'engagement de chaque acteur. La personne est-elle, de façon stricto sensu, au cœur des discussions ? Dans ce cas, elle n'est pas en position d'égalité ; elle est, de façon imagée, celle que l'on regarde et que l'on scrute.

Par ailleurs, la **loi 2005-102 du 11 février 2005** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, consacre pour la première fois une définition légale du handicap, en son article L.114 du Code de l'action sociale et des familles : « constitue un handicap, (...), **toute limitation d'activité ou restriction de participation** à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs » de ses fonctions (Sautegau et al., 2016, p. 21). Le niveau d'engagement des personnes accompagnées en établissements médico-sociaux révèle très justement leur degré pathologique. Effectivement, l'espace qui leur est accordé pour co-construire, décider et agir accentue ou diminue leur handicap. En ce sens, l'effectivité du partenariat limiterait les incapacités.

Enfin, le Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de mars 2022, **l'objectif 1.5** indique : « La personne accompagnée est actrice des instances collectives ou de toutes formes de participation. Sa participation effective est favorisée » (Haute Autorité de Santé, 2022). **L'objectif 1.6** énonce « L'expression de la personne est recueillie tout au long de son accompagnement » (ibid.). Le critère 1.6.1 afférent indique « La personne accompagnée est soutenue dans son expression. Le

partage de son expérience est favorisé et l'expression de ses préférences prise en compte » (ibid.). Un détail interpelle. Ne figure à aucun moment la notion de partenariat, si ce n'est celui déployé avec les prestataires extérieurs. La personne en situation de handicap, accompagnée, doit simplement pouvoir « participer » et être « actrice ». Toutefois, cela ne signifie pas être partenaire. La seule sémantique y faisant quelque peu référence tient à celle de « co-construction ». La description qui en est faite réfère uniquement au processus de réflexion du projet d'accompagnement de la personne, sur un pan strictement individuel et non collectif.

« Si la démocratie en santé ouvre la voie au droit d'expression, en encourageant une prise de parole, et donc dans une certaine mesure une prise de pouvoir (empowerment) de l'utilisateur, **il reste encore à relever le défi de son effectivité** » (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018). Des rapports se succèdent pour dénoncer ce manque d'effectivité et la nécessité de répondre, collégalement, aux enjeux de l'accompagnement.

C- La dénonciation des freins politiques à l'engagement : l'affirmation publique de la nécessité d'associer et d'impliquer la personne accompagnée à l'élaboration de projets et actions

Plusieurs rapports mettent en lumière les limites du système et des politiques du handicap ; celui de la **CNSA** (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) et de l'**IGAS** (Inspection Générale des Affaires Sociales) de 2012 **(2)** ainsi que le rapport **Piveteau** « Zéro sans solution : Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » de 2014.

D'une part, le rapport de la CNSA « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé » **(1)** met en perspective deux constats essentiels : « une réponse insuffisamment cohérente aux besoins pluriels des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie » et la nécessité de « faire évoluer nos politiques de santé vers une organisation plus intégrée » (CNSA, 2012, p. 31). Dès 2012, est dénoncée l'insuffisance des offres et des services d'accompagnement. De ce fait, la qualité des prises en charge et des accompagnements en est affectée ; le respect des principes de démocratie en santé, notamment celui d'utilisateur partenaire, en est entravé, faute de diversité des prestations en réponse à la pluralité des besoins et attentes des personnes (CNSA, 2012, p. 36).

Parallèlement, « **pour une pleine participation des usagers** », le Conseil de la CNSA affiche **trois principales préconisations** ;

- ✓ « **Associer** les usagers et leurs représentants à la conception des politiques publiques et à l'élaboration des actions d'information »,
- ✓ « Rechercher la **pleine participation** des usagers à la définition et à la mise en œuvre de leur projet de vie pour que leur parcours de vie soit en adéquation avec ce projet »,
- ✓ Et « **renforcer l'effort d'information** en veillant à l'accessibilité de l'information à tous les usagers » (CNSA, 2012, p. 55).

Seul le souci d'informer et de favoriser la participation semble prioritaire. Le niveau d'engagement maximal, qu'est celui du partenariat, n'apparaît guère. Mais pour qu'il soit effectif, encore faut-il que les degrés d'engagement inférieurs soient pleinement garantis, cela passe donc par l'information, la consultation et la participation.

D'autre part, le rapport de l'IGAS (2) pointe « l'absence d'outils pertinents qui permettraient d'adapter l'offre aux besoins des personnes accueillies », « **l'insuffisance des sources de connaissance des situations de handicap et de leurs évolutions** », ainsi que « l'absence d'outils d'évaluation des situations de handicap traduites en besoins d'accompagnement », (Vachey et al., 2012, p. 1, 2 et 3), freins à l'engagement. Les pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap doivent donc être outillées et appréhendées de manière écosystémique. Toutes les étapes d'accompagnement, de l'évaluation des besoins et des situations à la prestation effectuée, en passant par la définition stratégique et opérationnelle d'un projet, doivent être pensées en concertation avec l'ensemble des acteurs, dont la personne concernée ; pour garantir la justesse des besoins et des réponses associées.

Enfin, le rapport Piveteau (3) témoigne de l'absolue nécessité de mettre un terme aux ruptures de parcours et de déterminer, pour n'importe quelle personne accompagnée, une réponse qui lui est appropriée. Pour cela, il invite à une vigilance sur la construction des réponses ; celles-ci devant être la résultante d'un processus de concertation avec la personne elle-même. Le handicap ne doit être un obstacle à aucune forme d'engagement (Piveteau, 2014, p. 23).

Depuis 2015, s'entremêlent de nombreux chantiers notamment la **réforme du financement SÉRAFIN-PH**, la **RAPT** (*Réponse Accompagnée Pour Tous*) ou encore la transformation de l'offre avec la promotion d'une **logique de parcours** et non plus de places.

A titre d'illustration, la **démarche « RAPT »**, appuyée sur le rapport Piveteau, a pour objectif d'apporter des solutions d'accompagnement pour empêcher toute rupture de parcours, en prônant « une **dynamique d'accompagnement par les pairs** », pour une mise en évidence des pouvoirs singuliers d'agir, et « la **conduite du changement** », notamment de pratiques (Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, 2017). Ainsi, pour garantir l'efficacité du partenariat, l'association de pairs et la formation des accompagnants à ces transformations de configurations professionnelles ne devraient-elles pas être déployées ?

Les directions et managers de proximité se doivent d'accompagner pour permettre l'appropriation et l'effectivité desdites nouveautés, que sont l'engagement et le partenariat avec les personnes accompagnées.

II- L'explicitation du concept d'usager partenaire en situation de handicap : point d'ancrage de la démocratie en santé

Le partenariat entre usagers et professionnels, chaînon de la démocratie participative, s'inscrit dans la perspective du continuum d'engagement des personnes accompagnées, hébergées ou prises en charge (A). Le Modèle de Montréal l'explique (B) et prône l'essence de la co-construction et du pouvoir d'agir (C). Un usager engagé, actif et associé agira sur ses propres conditions de vie et sur celles d'autrui.

A- Le large spectre de l'engagement des personnes accompagnées : le développement d'une approche matricielle et démocratique

Un usager est engagé dès lors qu'il contribue, seul ou avec ses proches, au façonnement du système de santé (P. Michel et al., 2020, p. 54). Quatre niveaux d'engagement se succèdent et coïncident avec trois strates de participation. Seules deux d'entre elles seront retenues pour l'analyse des pratiques au sein des établissements médico-sociaux : les services et prestations, ainsi que leur organisation. L'usager peut ainsi être associé à l'équipe de soins ou d'accompagnement « à différents degrés et en différents lieux », pour lui, pour autrui, pour l'organisation du service, la gouvernance ou les projets subséquents.

Informé, consulté, puis faire participer, et enfin, construire ensemble ; telle est la matrice de l'engagement définie par l'Université de Montréal (Pomey et al., 2015). C'est l'effectivité du quatrième niveau de la matrice de l'engagement qui est analysée dans cet écrit. Plus largement, l'engagement-patient peut être déployé tant au **niveau individuel** dans le cadre d'une prise en charge singulière et dans laquelle le patient devient un « co-constructeur des soins », qu'au **niveau collectif** (P. Michel et al., 2020, p. 54).

Figure 1. La matrice de l'engagement selon le Modèle de Montréal

Niveau d'engagement	Information	Consultation	Collaboration	Partenariat
Services et prestations d'accompagnement (niveau MICRO)	L'usager reçoit de l'information	Les professionnels recueillent les perceptions et avis des usagers pour prendre une meilleure décision	La prise de décision est partagée et basée sur les préférences des usagers	La prise de décision est collective (équipe incluant l'usager) et se fait en fonction du projet de vie de l'usager
Organisation des prestations et services (niveau MÉSO)	Les représentants des usagers reçoivent des informations sur les prises de décision (CVS)	Les représentants des usagers sont invités à des groupes de travail où ils expriment les besoins des usagers	Organisation de groupes de travail où les usagers expriment leurs besoins	Les services et prestations sont co-construites (et les représentants des usagers participent à leur amélioration continue)

Schéma inspiré de celui d'Alexandre Berkesse (lui-même inspiré du Modèle de Montréal)

L'usager est dit « **patient-ressource** » lorsqu'il contribue à l'organisation des soins ; « **pair-aidant** » dès lors qu'il intervient auprès d'autres patients ; « **patient-formateur** » s'il est associé à la formation des professionnels ; « **patient-chercheur** » dans le cadre de sa contribution aux travaux de recherche ; et « **patient-coach** » dans la mesure où il accompagne d'autres patients partenaires. Ces quatre appellations dérivent de celle de **patient-**

partenaire. Mais de quelle manière cet engagement peut-il concrètement s'exercer en établissement médico-social ? Plus précisément, la sémantique ainsi décrite semble exclusivement appartenir au secteur sanitaire. Il convient d'en étudier sa possible transposition dans le champ du handicap.

« **La démocratie en santé comme développement des pouvoirs d'agir sur sa santé et celle d'autrui** » (A. Berkesse, N. Tourniaire, 2021, p.3). Pour agir et développer son encapacitation, deux modes d'actions démocratiques coexistent : la **démocratie indirecte** exercée par les représentants d'usagers et la **démocratie directe** sollicitant la participation immédiate des usagers du système de santé (ibid.). La première ne permet pas une sollicitation active des représentés, les maintenant manifestement passifs (ibid.). Les intérêts de la communauté des représentés peuvent être minorés du fait des perceptions et interprétations desdits intérêts par les représentants (ibid.). Ces mêmes représentants constatent, en dépit de leur investissement et de leur exercice démocratique, « un manque de reconnaissance par l'institution et par les patients eux-mêmes » (ibid.). Eu égard à l'essoufflement subi par la démocratie indirecte, la démocratie directe, cadre de l'approche partenariale, devient celle qui permet au mieux l'engagement des usagers et le développement de leur pouvoir d'agir. Quant à la **démocratie participative**, elle enferme trois composantes (J-P. Gaudin, 2010, p.3). D'abord, la **participation à une consultation** ; renvoyant ainsi au premier et au second niveaux du continuum d'engagement. Ensuite, la **participation à un débat** offrant aux intervenants la possibilité de s'exprimer ; correspondant au troisième niveau d'engagement des usagers. Enfin, la **participation aux prises de décision** dans une perspective d'association et de co-production, reflète le dernier niveau de la matrice de l'engagement : le partenariat entre professionnels et personnes accompagnées.

Le terme « **engagement** » n'est que peu utilisé dans les secteurs sociaux et médicaux-sociaux (Haute Autorité de Santé, 2020, p. 17). A l'inverse, prédomine « la participation de l'utilisateur » (ibid.). L'engagement revêtirait même une connotation négative, « normative », « moralisatrice », selon Laurent Thévenot, qui n'est pas la dimension que le secteur sanitaire lui associe (Haute Autorité de Santé, 2020, p. 17). L'auteur insiste sur « le risque de l'injonction à l'engagement, contreproductif pour certaines personnes, en particulier les personnes « empêchées » ou « disqualifiées » par la société » (ibid.). L'engagement accentuerait même la stigmatisation de la personne en situation de handicap (ibid.). Les « conditions sociales » doivent être repensées pour laisser place à « l'envers de l'engagement », donc au « retrait », à la « passivité » et aux « phases de repli » et de « présence » (ibid.) L'enjeu tient à la recherche d'un juste équilibre entre cette volonté professionnelle de favoriser l'engagement et le nécessaire respect d'un désir de « retrait » exprimé par la personne, nécessitant une fine connaissance du public accompagné et de leurs souhaits d'agir.

« **La perspective du partenariat patient propose de considérer le patient comme un soignant et un membre à part entière, un partenaire de l'équipe de soins** » (Pomey et al., 2015, p. 42). Telle est la conduite poursuivie par les fervents du Modèle de Montréal, fondement du partenariat-patient. Mais alors comment appréhender et penser sa traduction dans le secteur médico-social ?

B- La saisine exclusivement sanitaire de l'utilisateur partenaire : l'explicitation du Modèle de Montréal et sa transposition dans le secteur médico-social

Les approches paternalistes (**vers** le patient), centrées (**pour** le patient) puis partenariales (**avec** le patient) se succèdent de manière flagrante dans le secteur sanitaire (**cf. figure 5, p. 29**).

L'idée selon laquelle le médecin décide pour le patient parce que lui seul détient le savoir et les compétences, caractéristique des **approches biomédicales et paternalistes**, sont progressivement remplacées, à compter de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, par les **approches dites centrées** fondées sur le recueil des « besoins bio-psycho-sociaux du patient, considéré comme une personne à part entière » (A. Boivin et al., 2017, p.2). À partir de 2010, l'**approche partenariale** accentue « le partage de pouvoir et de responsabilité entre patients et professionnels ». La logique de « soigner avec » a remplacé celle de « soigner pour » (ibid.). Il est clair que ce même discours n'est pas explicitement tenu dans le secteur médico-social, ou du moins très rarement formalisé de la sorte. Peut-on affirmer, dans le champ du handicap, que la logique de faire avec la personne s'est concrètement substituée à la logique de faire pour elle ?

Ces évolutions font écho à celles des modèles successifs du handicap. Les approches charitables, médicales puis sociales caractérisent l'évolution du regard porté sur la personne en situation de handicap. Toutefois, le poids de la sémantique entre le secteur sanitaire et le champ du handicap diverge. Tandis que le partenariat traduit un engagement fort et une profonde conviction de tendre vers une stricte égalité dans la place occupée respectivement par l'utilisateur et le professionnel, force est de constater que le modèle social du handicap implique plus simplement les notions d'accessibilité et d'adaptation de la société aux diverses pathologies. En conséquence, est-il possible d'imaginer de pareilles transformations culturelles et de postures professionnelles dans le champ du handicap, à l'image de celles décrites dans le secteur sanitaire ?

De même, la réglementation sociale et médico-sociale en vigueur omet la considération de cette approche partenariale. Ainsi, ne manquerait-il pas une strate d'innovations conceptuelles à tous les niveaux, à savoir micro (accompagnement individuel), méso (prestations et organisation) et macro (politiques publiques), dont l'initiative reviendrait au législateur, pour ainsi espérer rendre effectif le déploiement du partenariat au sein de chaque établissement médico-social ?

En somme, le partenariat doit se substituer au paternalisme et à l'approche centrée. Il s'agit de faire avec l'utilisateur, le patient ou la personne accompagnée (Pomey et al., 2015). Le **Modèle de Montréal** initie cette approche partenariale. C'est en 2010 que le « Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire », cogéré par un patient, Vincent Dumez, est créé par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Près de 250 patients formateurs interviennent alors dans la formation initiale et continue des professionnels de santé. Est ainsi dénommé et reconnu le Modèle de Montréal « comme un exemple unique d'intégration des patients » à la recherche, à la formation et à l'innovation (A. Boivin et al., 2017, p.5). Consécutivement, et de façon pionnière, a été créé en 2016 le **Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public** (CEPPP), muni d'un réseau de plus de 350 patients. De pareilles initiatives peinent à émerger aujourd'hui en

France où le système maintient encore trop fortement son cloisonnement entre secteurs sanitaire et médico-social. Dans le cadre de cet écrit, des entretiens ont été menés avec deux consultants du Centre d'excellence sur le partenariat pour clarifier les possibles transposition et efficacité de ce modèle québécois du leadership coopératif dans le champ du handicap.

L'exigence d'une co-construction est partie intégrante dudit Modèle, celui-ci prenant appui sur les **savoirs expérientiels** du patient définis comme « les savoirs, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psycho-sociaux, 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 » (Pomey et al., 2015, p. 42). Si l'on remplace « patient » par « personne en situation de handicap », et « soins » par « prestations d'accompagnement », les savoirs expérientiels et l'expertise usagère pourraient-ils, au même titre que ceux des usagers des services sanitaires, être pleinement considérés en vue de l'adoption des décisions tant opérationnelles que stratégiques ?

Ces savoirs résultent de perceptions (P. Michel et al., 2020). « **C'est sur le ressenti et le vécu des usagers qu'il faut maintenant davantage porter les efforts** » (K. Lefevre, R. Ollivier, 2018). Une personne accompagnée serait en capacité de décider, de coconstruire et de co-produire, à part égalitaire avec le professionnel, car légitime du fait de ses perceptions et savoirs. Ces derniers résulteraient de son quotidien dans l'établissement, de sa perception des interactions, des services, des prestations, de leur pertinence, de leur bienfaisance et de leur organisation. Ce sont également des savoirs pouvant advenir de sa vie avec ses troubles mentaux ou psychiques, et des barrières qu'elle a surmontées ou rencontre encore fréquemment. Mobiliser ses savoirs doit permettre à la personne d'entrer en interaction avec les autres résidents, les professionnels, managers ou équipes d'accompagnement, et les partenaires extérieurs afin de préserver sa propre santé et celle d'autrui (P. Michel et al., 2020). « **Cet engagement sera favorisé par l'engagement, en miroir, des professionnels ou de l'établissement** ». L'engagement de l'un, personne accompagnée, ne peut être efficace sans l'engagement de l'autre, professionnel, d'où la nécessité d'interagir.

Confiance, reconnaissance et réciprocité sont les fondements même d'un partenariat réussi (A. Boivin et al., 2017). La **reconnaissance** des savoirs des uns et des autres est essentielle pour une efficacité maximale. Ce modèle est caractérisé par la réciprocité entre les parties, le « co-leadership », la « co-construction » (de l'identification d'une problématique à ses voies de résolution), et par la « co-responsabilité » (s'agissant des impacts et résultats des décisions et actions collégiales) (ibid., p.6). C'est ainsi reconnaître la légitimité de la place de tout acteur impliqué dans chacune de ces étapes.

Surtout, il est essentiel d'identifier les raisons et les bénéfices de telles pratiques, pour les comprendre, se les approprier et vouloir réitérer. Un partenariat efficace entre personnes accompagnées et professionnels facilite : « la synergie des perspectives, savoirs et expertises » (1), « une compréhension

commune des défis et enjeux du système de la santé » (2), « le développement de solutions créatives pour résoudre ces problèmes » (3) et « la coopération entre les acteurs pour la mise en œuvre des solutions » (4) (A. Boivin et al., 2017, p.1). Tout établissement, appartenant à tout secteur quel qu'il soit, doit envisager la mise en œuvre de ce partenariat dans une perspective d'amélioration de l'accompagnement des parcours individuels et de la prise en compte des volontés de chacun, de la remise en question de la pertinence des prestations et de leur organisation, ainsi que de la politique managériale en termes de projets d'établissement et/ou de service notamment.

« **Les premières personnes concernées ne sont que rarement associées aux réflexions sur ce sujet, et plus largement sur l'accompagnement** » (B. Portal, C. Jouffray, 2019), d'où la nécessité de s'assurer de l'effectivité de leur pouvoir d'agir.

C- Pouvoir d'agir, co-construire et coproduire : fondements de l'approche partenariale

D'une part, le **Développement du Pouvoir d'Agir** (DPA) consiste pour une personne, à contrôler et à maîtriser sa vie, ses objectifs, son parcours (B. Portal, C. Jouffray, 2019). Étroitement lié au concept d'empowerment, le DPA « s'inscrit dans une approche systémique », et dans le cadre d'un « changement planifié, c'est-à-dire pensé, élaboré, réfléchi avec la personne concernée, mais sans que cette planification ne soit définie avant l'intervention » (ibid.).

Par application au partenariat, il ne suffit pas de dire pour que le « faire » soit réellement effectif. Il ne suffit pas de se dire partenaire des personnes accompagnées si la consistance de cette pratique est sous-couverte de nullité. Le partenariat ne doit pas simplement être affiché, la décision et l'agissement doivent être réalisés conjointement, avec transparence, bienveillance et écoute mutuelle.

Le **sentiment d'empowerment** est influencé par six facteurs : le « sentiment de contrôle » sur sa vie, son parcours, sa santé (1), la « capacité à faire face psychologiquement à la maladie » renvoyant à la maîtrise de ses propres souffrances et angoisses (2), la « légitimité » conférée aux personnes incluant la « prise au sérieux » (3), le « soutien reçu » par les pairs et l'équipe d'accompagnement notamment (4), et les « possibilités de prendre part » aux discussions, aux décisions et aux divers projets (Haute Autorité de Santé, 2020, p.16). La réunion de ces six facteurs garantit à l'utilisateur les conditions propres à l'effectivité de son statut de partenaire de l'institution.

D'autre part, **co-construire** implique le partage, la contradiction et l'échange, avant toute prise de décision effective. La co-construction est un « processus reposant sur une mise en forme d'interactions entre des acteurs » aboutissant à un accord, un compromis autour de sémantiques, de transformations et de projets (Foudriat, 2014). Pour exemple, l'ANESM (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) considère qu'un projet personnalisé doit être le résultat d'un « **apprentissage d'une co-construction patiente entre la personne et l'accompagnant** » pour

apporter la « meilleure » réponse possible en permettant à chaque partie de s'accorder, d'échanger, dans un « objectif de personnalisation » (ANESM, 2008). Ce sont de véritables négociations, faisant ainsi écho à « l'ordre négocié » de A. Strauss. À noter que rares sont les apparitions de la notion de co-construction.

Selon l'expression de Madeleine Akrich, la co-construction serait un « **idéal participatif** », en ce sens qu'elle envisage l'implication des personnes accompagnées à toutes les étapes d'un projet ; de l'identification du besoin à sa résolution, en passant par la compréhension des enjeux et la recherche collective de solutions (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018) ; ce qui la rendrait illusoire. Est-ce le sentiment collectivement exprimé ou sous-entendu par les acteurs de terrain ?

Une démarche de co-construction ne peut être effective que si plusieurs conditions sont réunies : la mise en œuvre d'une « démarche opérationnelle » impliquant une prise de décision commune et une coréalisation de la gouvernance (1), la « formation de tous les acteurs » et notamment l'inclusion des connaissances sur la matrice de l'engagement (2), la « motivation des usagers » (3) et l'impulsion d'une « réflexion » sur la co-construction parce qu'il « faut développer des espaces propices aux co-constructions » (4) (ibid., 2018), allant dans le sens des différentes hypothèses de travail posées préalablement.

Enfin, M. Jaeger propose de distinguer **co-construction** et **co-production**, la dernière invitant à associer la personne accompagnée dans la réalisation des décisions arrêtées, jusqu'à la phase ultime de finition du projet, notamment du projet d'accompagnement (B. Portal, C. Jouffray, 2019).

Il est essentiel de structurer mais pas d'uniformiser, pour favoriser les marges de manœuvre, la personnalisation et ainsi dévier des risques « d'institutionnalisation, d'installation dans le paysage et dans sa mission sans en bouger » (B. Devictor, D. Réquillart, 2017) ; propre du rôle et de la vigilance du manager.

III- Démocratie, partenariat et management en approche micro : la création de conditions propices à l'effectivité du partenariat entre résidents et professionnels en institution

Le manager, chef de service ou directeur, doit être en capacité d'adapter lesdites pratiques au public accompagné au sein de l'établissement ou des services dont il est responsable (**A**), de créer les conditions organisationnelles adéquates (**B**), tout en soutenant et renforçant la démarche (**C**).

A- L'intégration du partenariat en institution : les particularités d'un foyer de vie et du public accueilli

Un foyer de vie, dit également « foyer occupationnel » est un établissement médico-social accueillant des adultes en situation de handicap, jouissant d'une certaine autonomie, et ne nécessitant pas d'accompagnements en Maison d'Accueil Médicalisée (MAS), ni en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) (Service Public, 2022). Ces adultes sont non travailleurs. Les professionnels du foyer de vie « proposent » des activités et des animations en fonction du handicap et des objectifs d'accompagnement préalablement et individuellement définis (ibid.).

Le foyer de vie de l'association où s'effectue mon stage, est non médicalisé. Il accompagne 16 personnes, de 20 à 70 ans, présentant un handicap psychique, mental et/ou cognitif, avec ou sans protection juridique. S'intéresser à l'effectivité de la pratique partenariale dans un tel service implique de questionner la place accordée à la parole usagère et la considération des capacités et savoirs de chaque individu. Le trouble psychique est fréquemment associé à une sémantique stigmatisante et réductrice, notamment à la « dangerosité », à « l'incapacité », et à la « dépendance » (E. Beetlestone et al., 2015). Les personnes en situation de handicap, notamment psychique, font face à la remise en question permanente de leurs capacités et savoirs de la part des professionnels (A. Petiau, 2021).

Afin que le partenariat puisse être réellement effectif au sein d'établissement accueillant un public en situation de vulnérabilité psychique, mentale et/ou cognitive, le manager doit être en capacité de soutenir un regard neuf porté sur tous les types de pathologie. Les professionnels subissent, pour certains, un « ébranlement de leur positionnement professionnel », par une inversion de la logique d'accompagnement traditionnellement enseignée, impactant ainsi la légitimité, les pratiques et les savoirs professionnels (A. Petiau, 2021). L'acceptation d'un revirement de positionnement, à savoir d'un usager acteur, actif, décisionnaire et potentiellement en désaccord avec le professionnel, relève en partie de l'influence exercée par le cadre, de son approche, de son management et de son écoute auprès des équipes.

Toutefois, tout dépend des « **caractéristiques du patient** », à savoir ses « valeurs », ses « connaissances », ses « attitudes », ses « croyances » et ses « expériences antérieures », son « niveau d'éducation », « son état de santé », sa « confiance en soi » et son « statut social » (Pomey et al., 2015). Toutes ces composantes vont agir sur le degré d'engagement de la personne accompagnée en institution.

Par ailleurs, la qualité des interactions entre personnes accompagnées ou prises en charges et professionnels sont dépendantes du « niveau d'expérience dans sa maladie » ou de son quotidien dans l'institution, ainsi que « du niveau de développement de ses compétences relationnelles », à savoir ses facultés communicationnelles avec l'équipe accompagnatrice (Pomey et al., 2015). Il est fondamental d'identifier les forces et faiblesses de l'introduction du partenariat, de déterminer les conditions favorables ou défavorables pour le déploiement de telles pratiques et d'adapter l'approche partenariale en fonction des personnes accompagnées.

B- La réunion de facteurs organisationnels, culturels et managériaux pour l'introduction de pratiques partenariales

Le partenariat n'est effectif qu'à la condition d'une **interaction** entre usagers et professionnels dans une poursuite de co-construction. « Elle peut être définie par toute interface s'établissant entre un patient et une structure de santé, de façon interpersonnelle, matérielle ou immatérielle » (P. Michel et al., 2020, p. 54). En conséquence, l'engagement des personnes accompagnées est à son paroxysme uniquement si des

interfaces adéquates sont mises à disposition. Comment réunir les conditions et ainsi permettre la création d'interfaces pertinentes pour un partenariat effectif et instructif ?

D'une part, **au niveau stratégique**, doivent être rappelées et soutenues la culture partenariale et la « vision organisationnelle » sous-jacente (P. Michel et al., 2020).

Le fondement même d'une collaboration tient à l'information des « patients » et à l'entretien, par le professionnel, d'une « **relation d'apprentissage** » permettant à l'utilisateur de comprendre sa « maladie », « ses déterminants » et son « traitement » afin de devenir « autonome » et « actif » dans le partenariat « de soins » (Pomey et al., 2015). Le premier enjeu résulte ainsi de la **posture professionnelle** pour favoriser une « relation d'interdépendance » (ibid.). Toutefois, la difficulté réside dans la variabilité des postures engendrée par l'influence de plusieurs facteurs dont le « métier », « l'éthique professionnelle » ou encore « l'appétence individuelle pour la relation avec les patients » (OPCO Santé, 2019). Le manager doit être en capacité d'identifier ces difficultés et de trouver des leviers d'amélioration pour homogénéiser les pratiques.

Accompagner la **transformation culturelle** des pratiques et des perceptions subjectives du handicap est essentiel dans la mesure où la « participation active » et la co-construction avec l'utilisateur ne sont possibles que si la « culture institutionnelle » les exige (Pomey et al., 2015). Les « normes sociales » sont par ailleurs déterminantes en facilitant ou en freinant l'approche partenariale (ibid.).

D'autre part, à une strate plus **tactique**, planification et communication doivent être de rigueur (P. Michel et al., 2020). Pour faciliter l'appropriation du partenariat, encore faut-il que les informations, premier niveau d'engagement du Modèle de Montréal, soient minutieusement transmises et de manière adaptée aux capacités de compréhension des personnes accompagnées. A titre d'illustration, dans le secteur sanitaire, des outils et méthodes ont été déployés, notamment sous forme de vidéos explicatives sur les parcours de soins, de fiches synthétiques sur les pathologies et traitements, de consultations avec des professionnels qualifiés, d'ateliers d'éducation thérapeutique, ou encore d'outils de e-santé (OPCO Santé, 2019). Mais dans quelle mesure ces différentes techniques communicationnelles pourraient-elles être adaptées au champ du handicap pour fluidifier les relations entre l'équipe d'accompagnement et les résidents ?

Par ailleurs, l'un des leviers managériaux essentiels à la concrétisation de la vision organisationnelle du partenariat tient à la mise en place d'un **plan de formation**. « **Il apparaît incontournable de travailler à la formation simultanée des patients et des professionnels à cette nouvelle modalité de faire ensemble** » (ibid.). Effectivement, « confrontés aux relations de dépendance et de pouvoir », les patients peuvent être en difficultés pour s'exprimer face à « l'asymétrie de connaissances » et au possible désintérêt des équipes de terrain (ibid.). De même, les professionnels « ne sont pas toujours à l'aise avec l'idée de partager l'information, de cerner l'apport des patients et de remettre en question leur pratique » (ibid.). Souvent perçue comme un « frein » dans un processus décisionnel, la place accordée à la parole de l'utilisateur doit être

réinterprétée, repensée et revalorisée (ibid.). Telle est l'ambitieuse mission du manager, en tant que soutien et porteur de valeurs institutionnelles.

Enfin, **au niveau opérationnel**, les « **conseils méthodologiques** » notamment lors du recrutement, les « **contenus de formation** », les « **guides et outils d'évaluation** » et le « **réseau d'expert et d'infrastructures de soutien** » peuvent faciliter l'appropriation collective du partenariat (P. Michel et al., 2020). Or, **l'aide réglementaire demeure partielle et insuffisante**, preuve en est avec l'absence totale de référence au concept d'usager-partenaire au sein du Manuel d'évaluation de la qualité publié en mars 2022 (cf. p. 11-12).

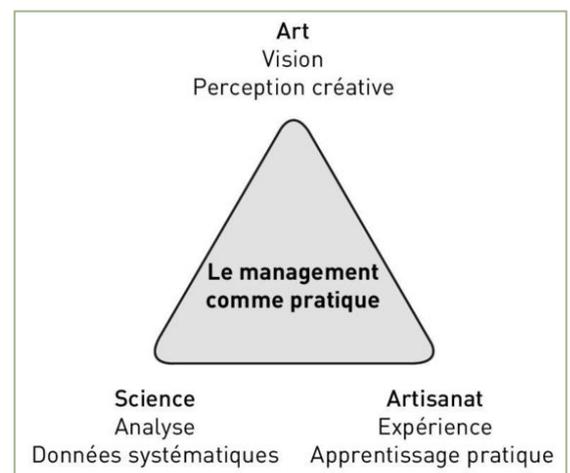
Le manager, s'il entend développer et faciliter l'approche partenariale, doit soigner son positionnement et sa stratégie pour concorder avec les réalités de son terrain.

C- La posture managériale dans l'impulsion de dynamiques et de transformations novatrices : son rôle de soutien pour la concrétisation opérationnelle du partenariat

« **Si les pratiques professionnelles restent d'une infinie hétérogénéité et doivent évoluer davantage dans les cultures institutionnelles, elles dépendent encore trop, parfois, des convictions du pilote de l'établissement ou du service (...)** » (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018). Ce pilote incarne **dix rôles**, répartis en trois catégories, à savoir les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels (Mintzberg, 2010). Dans la première configuration, le manager est à la fois un « symbole », un « leader » et un « agent de liaison » (ibid.). Dans la seconde, il est un « observateur actif », un « diffuseur » et un « porte-parole » (ibid.). Dans la dernière, il est « entrepreneur », « régulateur », « répartiteur de ressources » et « négociateur » (ibid.). Ces qualités semblent essentielles pour soutenir le déploiement de l'approche partenariale en institution. Effectivement, le manager encourage, motive et soutient son équipe en justifiant la nécessité d'un changement de pratiques. Transparence et bienveillance doivent être ses maître-mots, pour maintenir la confiance et l'engouement du personnel. C'est donner l'information pertinente, les marges de manœuvre et l'écoute nécessaires. Il prend l'initiative de projets d'amélioration en y associant les ressources et actions adéquates. Il s'agit d'avancer par tâtonnements, par « actions correctives » au rythme des équipes et des personnes accompagnées.

« **Rassemblez une bonne quantité d'artisanat, ajoutez-y la juste touche d'art, soupoudrez le tout de science et vous obtiendrez un résultat qui est avant tout une pratique** » (Mintzberg, 2014). En prenant appui sur l'expérience des personnes accompagnées, sur celle des professionnels et des dirigeants d'une part, en prônant une culture partenariale d'autre part, tout en analysant les situations fluctuantes, problématiques ou favorables, le manager remplit parfaitement son rôle de leader et de coordinateur.

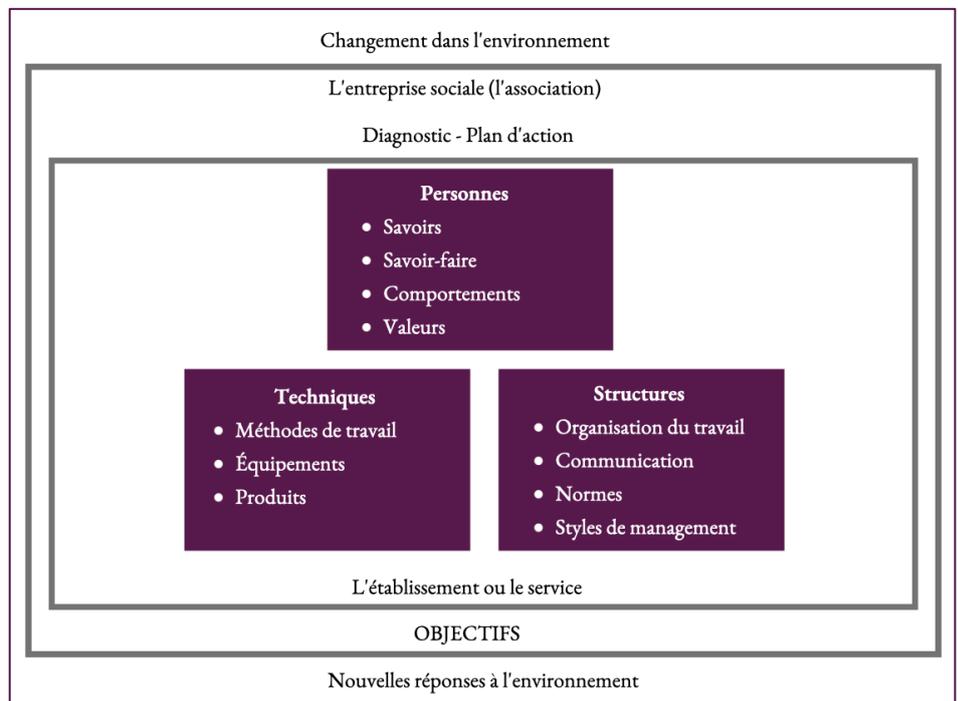
Figure 2. Le management vu comme un art, un artisanat et une science (Mintzberg, 2014)



Quoi qu'il en soit, « aucune méthode de management n'est supérieure aux autres. Tout dépend de la situation » (Mintzberg, 2014). C'est la pratique du **management situationnel** : s'adapter, à un moment donné, à l'équipe présente, à ses atouts, ses forces, ses difficultés, son niveau d'autonomie, pour actionner les leviers pertinents.

Dans le cadre de l'implémentation de l'approche partenariale, le manager est-il face à un changement, une innovation et/ou une expérimentation ? « **Trois mots pour désigner le mouvement, la création, la recherche de nouvelles pratiques** » : le changement, difficilement accepté et légitimé, impose le passage d'un cadre organisationnel à un autre (Miramon, 2020). L'innovation, subjectivement considérée comme bénéfique, importe de la nouveauté dans les comportements et pratiques (ibid.). L'expérimentation est contrainte à la fois temporellement et dans l'ampleur de son champ d'application (ibid.). Mettre en œuvre et soutenir une pratique partenariale entre professionnels et personnes accompagnées en foyer de vie peut rassembler ces trois dimensions, impliquant ainsi le redimensionnement de la stratégie d'intervention du manager. Devant justifier les bienfaits et potentialités de cette nouvelle approche, le manager peut passer par une première phase d'expérimentation pour pérenniser et innover consécutivement dans les méthodes d'accompagnement et ressources associées. En somme, le changement peut englober les deux autres notions, il est un « processus global » (ibid.).

Figure 3. Le changement : un processus global (Miramon, 2020)



Il appartient au manager d'identifier chacune des **étapes du changement** dans une intention projective : analyser les « écarts » entre l'analyse de la réalité du terrain et les intentions du projet » (1), définir le changement et les objectifs (2), élaborer un plan d'action et déterminer les moyens

nécessaires (3) (Miramon, 2020). En l'espèce, l'objectif poursuivi correspond à l'association maximale des personnes accompagnées dans le cadre de projets individuels et collectifs, par la mobilisation de leviers techniques, structurels et personnels. « **Le manager doit amener ses collaborateurs à donner le meilleur d'eux-mêmes, afin qu'ils sachent mieux, qu'ils décident mieux et qu'ils agissent mieux** » (ibid.). C'est à lui d'impulser de nouvelles dynamiques de travail dans un objectif d'amélioration continue de la qualité de vie des personnes accompagnées.

CHAPITRE 2 – UN DIAGNOSTIC REFLEXIF A DESTINATION DES MANAGERS : DECOUVRIR, COMPRENDRE ET DEPLOYER L'APPROCHE PARTENARIALE

Dans quelle mesure les managers d'un foyer de vie peuvent-ils soutenir l'effectivité du partenariat entre les personnes en situation de handicap et l'équipe accompagnante ? Ils le peuvent et le pourront s'ils ont à l'esprit l'état des lieux des pratiques d'accompagnement actuelles (I), s'ils identifient clairement les conditions qui freinent et favorisent l'implémentation du partenariat (II) et s'ils incarnent efficacement les enjeux managériaux sous-jacents (III).

I- La détermination du point de départ : un état des lieux révélateur de la méconnaissance et de l'abrègement de l'approche partenariale en foyer de vie

En amont du développement du partenariat, le manager doit pouvoir comprendre d'où il part : la perception professionnelle de l'engagement des personnes accompagnées est limitée (A) du fait d'un déséquilibre prégnant entre liberté et protection (B) et d'une représentation faussée des équipes entre ce qu'elles pensent faire et ce qu'elles font réellement (C).

A- Le constat d'une vision restrictive de l'engagement des personnes en situation de handicap

Domine une vision limitative de l'engagement (1), engagement déployé essentiellement individuellement au travers des projets d'accompagnement personnalisés (2), et peu exploité institutionnellement (3).

1- L'approche primitive des professionnels à l'évocation des notions d'engagement et de participation

L'hésitation, les demandes de reformulation et la rapidité des réponses caractérisent les premières réactions des professionnels face à l'évocation de l'engagement et de la participation des personnes accompagnées. Paraissant peu abordées, ces notions sont également sous-estimées. « **La participation existe mais elle est encore sous-exploitée** » (cadre 1, étab. 3). « Là où je pensais qu'on était très avancé sur cette question et bien on ne l'était pas tant que ça. **On est plutôt dans faire de la participation plutôt qu'être dans l'implication** » (cadre 3, étab. 1). Le partenariat semble encore trop lointain des réalités de terrain.

Certains professionnels entendent participation « à leur projet de vie, aux actes de la vie quotidienne dans leur studio, à la vie au sein du foyer, comme arroser les plantes, donner un coup de main aux agents » (professionnel 1, étab. 1). Or, ni la participation ni le partenariat, tels que définis par le Modèle de Montréal, ne traduisent de tels exemples relatifs aux droits et à l'organisation quotidienne d'une journée ordinaire. En revanche, le Modèle de Montréal fait écho à des niveaux d'engagement appréhendés sous le prisme décisionnel. Le constat de la Haute Autorité de Santé est aussi le mien : l'engagement n'est guère connu dans le secteur médico-social (Haute Autorité de Santé, 2020).

« Nous on essaye de montrer un intérêt, qu'ils éprouvent un intérêt et de les amener à la réflexion justement pour qu'ils s'approprient ça » (professionnel 1, étab. 3). Mais que cela veut-il dire réellement ? Ni la participation et ni l'engagement n'inspiraient à ce professionnel d'illustrations ou de développements plus

conséquents, témoignant de la place périphérique accordée à ces questions. L'on disait de la démocratie qu'elle était et est toujours un signifiant vide. Il peut en être de même pour la notion d'engagement.

Les accompagnants du premier établissement déplorent un engagement par ailleurs très aléatoire du fait de l'inertie de bon nombre de résidents, et donc de la nécessité de solliciter continuellement. À première vue, la participation semble déjà négativement appréhendée. En conséquence, la réception de pratiques partenariales, qui requièrent un niveau d'engagement encore plus intense, ne pourra être que mal vécue, mitigée ou incomprise dans sa justification et légitimité.

Parallèlement, aucune des personnes interrogées, professionnel et manager, n'a su définir le concept d'usager-partenaire. « On voit plus le partenaire qui vient prendre en charge l'usager (professionnel 2, étab. 1). La personne accompagnée n'est donc perçue comme partenaire. **Le partenaire, selon les perceptions exprimées, est extérieur et prestataire.** » Ils sont aussi partenaires dans le sens où ils participent à la vie collective et communale » (cadre 2, étab. 2). Partenariat et participation sont même entremêlés dans le discours de certains interviewés. Or, le Modèle de Montréal leur concède deux significations bien distinctes.

Le partenariat « c'est de les associer aux projets de sortie, donc leur demander leur avis, et une fois qu'on a leur avis, les aider à mettre en place les sorties » (cadre 2, étab. 1). C'est plier le linge ou encore évoquer les dysfonctionnements de la restauration (professionnel 1, étab. 2). **L'engagement semble réduit à des thématiques d'ordre strictement matériel, voire à caractère infantilisant et réducteur.** « Le chemin à parcourir pour qu'il puisse évoquer autre chose que les choses matérielles est encore long » (cadre 1, étab. 2). L'accompagnement à la découverte, à leur émancipation et à l'expression semble essentiel dans une logique partenariale ; automatisme non acquis par les professionnels.

Tandis que le partenariat dans les soins est prôné et explicité par les chercheurs et instituts de formation, le partenariat dans l'accompagnement l'est beaucoup moins, à en être presque inexistant. Et pour autant, « je pense que **c'est complètement transposable**, ce n'est pas parce que les modalités d'accompagnement ne sont pas tout à fait les mêmes et que le public n'est pas le même, que le principe n'est pas le même » (expert 2). « Mais le combat n'est pas encore gagné » (cadre 1, étab. 2). C'est une « **lutte** » (professionnel 2, étab. 2). L'emploi d'une sémantique du combat traduit le chemin périlleux et bossué qu'empruntent les managers qui s'essayeraient à l'introduction de pratiques partenariales. Dans le champ du handicap et en matière d'engagement, l'individualisme, équivalent du niveau micro du Modèle de Montréal, est aujourd'hui préféré au collectivisme, homologue du niveau méso, témoignant du quasi délaissement d'un pan entier de l'approche partenariale.

2- La prééminence de la désignation du projet d'accompagnement personnalisé pour expliciter l'engagement des personnes accompagnées

« Dans le PAP, on est dans la **co-construction**. On ne peut pas mettre en place un projet sans la participation du résident » (professionnel 1, étab. 1). Tous les professionnels sans exception ont évoqué le projet d'accompagnement personnalisé comme seul outil fondateur de la dynamique de co-construction.

À titre d'illustration, l'une des cadres du premier établissement interrogé s'est confiée sur l'état à la limite de l'insalubrité dans lequel vivent quatre résidents. S'inscrivant également dans le cadre de leur accompagnement et de leur projet individualisé, celle-ci confesse : « On ne peut pas cautionner ça ». Se pose un profond questionnement éthique, à partir de quel seuil peut-on estimer que le résident ne puisse vivre ainsi, en dépit du choix de vie exprimé ? Cette illustration fait écho à la façon dont les objectifs du projet d'accompagnement peuvent être fixés. Pour exemple, l'un des professionnels a exprimé : « Ce qui est difficile aussi pour nous c'est de tenir tous nos **engagements** parfois. Les engagements que je prends vis-à-vis du résident, que j'accompagne à travers le projet » (professionnel 5, étab.1). Or, accompagnement et engagement semblent confondus. **Le résident, et non le professionnel, s'engage formellement à mettre en œuvre les moyens pour aboutir à la concrétisation de son projet. Le professionnel ne doit être présent qu'en tant qu'accompagnant et facilitateur.** Ce même professionnel interrogé exprimait son désarroi quant à la définition des objectifs d'accompagnement ; « savoir si je protège la personne en mettant en place des objectifs déjà établis, (...), ou est-ce que je tente d'intégrer des objectifs un petit peu plus exceptionnels ». Le choix reviendrait ainsi au professionnel et non à la personne elle-même. Dans cette dynamique, le partenariat ne peut être effectif.

D'une part, le projet d'accompagnement semble être le seul outil favorable à l'implication maximale du résident. D'autre part, la façon dont celui-ci est construit questionne ; est-ce réellement le projet de la personne ou celui que le professionnel fixe avec le consentement éclairé du résident ? Cette interrogation devrait être interne à chaque professionnel et généralisée à la construction de chaque projet pour s'assurer de la conformité de l'accompagnement aux principes partenariaux.

La co-construction, notamment à travers le projet d'accompagnement, ne serait-elle pas qu'un « idéal participatif » (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018) ? Ladite impression serait quoi qu'entretenue par la Haute Autorité de Santé, laquelle affirme : « Chaque personne accompagnée a des attentes et des besoins singuliers, **que le professionnel s'emploie à intégrer dans le projet** » (Haute Autorité de Santé, 2008). L'auteur final du projet semble être le professionnel, non le résident ; il guide et garde la main.

L'outil semble connoté et biaisé. « La plupart du temps, les résidents ne le voient pas comme quelque chose qui compte vraiment pour eux. Pour les collègues peut-être un peu plus » (cadre 2, étab. 1). « **C'est même en termes de possession du projet, c'est son projet à elle, pas le nôtre, ou c'est celui qu'on a nous sur elle ? Il y a quelque chose qui ne va pas. C'est pour ça que j'aimais bien la notion d'acteur et d'auteur qui reprend vraiment les deux aspects** » (cadre 3, étab. 1). Tandis que le résident devrait être à la fois auteur et acteur, force est de constater qu'en réalité il n'est qu'acteur et co-auteur du projet.

Les témoignages de résidents vont dans le sens de ces premières explications. À la question « participez-vous aux prises de décision ? », un résident du second établissement interrogé a répondu : « Concernant nous, oui, pour le groupe, non, ce ne sont que nos souhaits ». Les personnes accompagnées seraient ainsi impliquées voire actrices, dans le cadre de sujets d'ordre strictement individuel, non collectif.

3- Un engagement non intuitif aux projets collectifs et institutionnels : l'assignation d'un prisme strictement individuel à la notion de co-construction

S'agissant de l'engagement aux projets plus collectifs et afférents à l'organisation des prestations ou du fonctionnement de l'établissement, la **consultation**, second niveau sur quatre de la matrice du Modèle de Montréal, prédomine. Ce constat participe à la validation de l'hypothèse selon laquelle la dynamique partenariale ne règne pas au sein des foyers de vie. Pour exemple, au sein du second établissement, des temps de réunions sont hebdomadairement planifiés par les animatrices en vue de propositions d'activités. D'une part, ces suggestions de thématiques ou d'activités ne sont définies qu'unilatéralement par les professionnels du service. L'engagement serait restreint à la collecte d'idées et de propositions, à charge pour les professionnels de décider in fine. Le partenariat ne peut se faire dans un tel cadre strictement consultatif. L'exigence de **co-production**, associée au Modèle de Montréal, dont l'implication usagère commence à la phase d'identification des problématiques (B. Portal, C. Jouffray, 2019), ne semble guère conscientisée et recherchée. Or, pour qu'il y ait effectivement partenariat, la planification des journées et temps d'activités ne doit pas être arrêtée avant l'organisation de cet espace de discussion (ibid.).

« Ce matin, aucun résident ne savait s'il participait à l'atelier cuisine, moi ça me pose problème » (professionnel 1, étab. 1). Le **niveau d'engagement informationnel** de la matrice du Modèle de Montréal ne semble pas validé expressément. L'on ne peut espérer introduire l'approche partenariale au sein des services si au préalable les autres niveaux d'engagement ne sont pas manifestement atteints.

À la question « Prenez-vous des décisions et lesquelles ? », l'une des résidentes interrogées du second établissement a exprimé : « Moi pas vraiment. J'ai juste une voix consultative, je n'ai pas un pouvoir de décision », confiant également qu'elle ne pourrait, si elle en avait la possibilité, prendre des décisions impactant celles des autres résidents. Renvoyant à la dichotomie entre démocratie directe et démocratie indirecte, cette dernière ne peut favoriser l'approche partenariale du fait de l'ineffectivité du rôle perçu de représentant et porte-parole des autres usagers. « **Je crois qu'ils ne voyaient pas vraiment le sens que ça pouvait avoir** » (cadre 2, étab. 1). En dépit du peu d'effectivité ou de la nullité de l'approche partenariale au sein des établissements, le levier des représentants ne pourrait être le seul tremplin au développement de l'engagement des personnes accompagnées.

Par ailleurs, quatre résidents sur sept interrogés ne connaissaient pas leurs représentants respectifs, par manque d'intérêt ou défaut communicationnel. Au sein du second établissement questionné, « 50% des personnes interrogées méconnaissent leurs représentants au CVS ». L'approche collective dans une perspective de co-construction et d'un engagement culminant des résidents semble peu ou pas investie.

Leur intégration maximale aux projets institutionnels est loin d'être instinctive. Pour preuve, dans le cadre de la démarche qualité et de la sécurisation du parcours de soin, « on m'a demandé qui il fallait associer, à aucun moment on s'est posé la question pour les usagers » (cadre 2, étab. 2). L'engagement est aujourd'hui limitant et réducteur très justement parce que la volonté de protéger et de sécuriser le proche environnement du résident est excessivement présente.

B- Le perpétuel balancement entre protection et liberté : une dominante surprotectrice, de dépendance et un déséquilibre des « pouvoirs », entraves à l'engagement

La tendance à sur-sécuriser et à surprotéger (1) se traduit par des pratiques essentiellement paternalistes et centrées sur la personne accompagnée (2). Toutefois, émergent des initiatives et des pensées novatrices laissant entrevoir de potentiels changements (3).

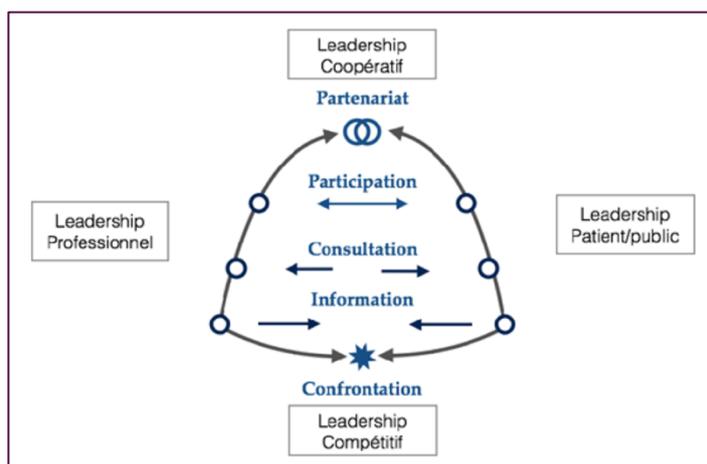
1- L'omniprésence d'une sémantique sécuritaire et responsabilisante : un discours unanimement partagé par l'ensemble des interviewés

La « **peur de l'échec** » (professionnel 1, étab. 1) ; la « **crainte** » (cadre 2, étab. 1) ; le besoin « d'une **présence rassurante** » (professionnel 5, étab. 1) ; l'existence de « **problèmes de sécurisation** » (cadre 1, étab. 3), « **la protéger malgré elle** », « la **surprotection** » et le « **pouvoir** sur la personne » (cadre 3, étab. 1) ; ces quelques mots extraits d'entretiens sont révélateurs du lien maternel, de subordination et de dépendance qui règne entre professionnels et personnes accompagnées, réalité qui est aussi celle exprimée par un des résidents : « je suis **dépendant** des autres » (résident 2, étab. 1).

« On est aussi **responsables** d'eux » (professionnel 4, étab. 1). « Si je le laisse prendre un **risque** pour lui, je suis un mauvais professionnel, ça va être de ma **faute** » (cadre 3, étab. 1). Se tromper dans les leviers d'accompagnement actionnés, **culpabiliser** et s'en vouloir d'avoir participé à une **mise en danger** ou à faire peser sur la personne un échec cuisant de son projet, participent de cette envie de surprotéger. Toutefois, la protection et la sécurisation freinent l'engagement, l'émancipation et l'effectivité des pouvoirs d'agir. Un juste équilibre devrait permettre la justesse de l'accompagnement dans une perspective de déploiement du partenariat. Rajoutant un poids supplémentaire au sentiment accru de responsabilisation, l'influence de la **sphère familiale** se transpose chez les professionnels (cadre 1, étab. 3), accentuant cette assignation à la protection et à la sécurisation, et freinant ainsi l'engagement.

« **Ça donne bonne conscience et c'est tellement plus simple. C'est un rapport de force entre les dominants et les dominés. Ici c'est l'éducateur qui sait** » (professionnel 2, étab. 3). En corrélation au secteur sanitaire pour lequel s'opère un équilibre des savoirs entre médecins et patients, la personne accompagnée en établissement médico-social ne doit plus être celle qui ne sait pas ou ne pense pas savoir. « J'ai vraiment l'impression qu'on essaie de se dire que c'est aux résidents de se positionner, mais il y a quand même des réflexes d'**autorité** » (professionnel 2, étab. 3). La domination et la hiérarchisation des relations restent présentes par réflexe et automatisme.

Figure 4. Les axes du leadership de l'engagement (Université de Montréal, 2016)



« Le **leadership** est un processus qui permet d'influencer un groupe organisé vers l'accomplissement de ses buts » (Dictionnaire ENAP, 2012). Les dynamiques institutionnelles affichées et exercées sont tantôt consultatives tantôt participatives. Dans ces perspectives, les professionnels sont leaders parce qu'ils guident et influencent les résidents vers l'accomplissement d'objectifs d'accompagnement.

« Il y a toujours la **Crainte** des professionnels sur la participation et sur l'écart entre la demande et le besoin » (cadre 2, étab. 1), interrogeant ainsi l'équilibre entre la nécessité de contenir le projet du résident et le respect de sa liberté d'agir, équilibre menacé quand il y a seulement consultation ou participation. Ce n'est autre que l'interrogation du rapport bénéfices-risques. « **Et finalement, on s'aperçoit qu'on étouffe toute initiative** » (cadre 1, étab. 3). L'enjeu étant de s'octroyer la possibilité, en tant qu'accompagnant, d'aller dans une direction autre que celle imaginée, peu importe qu'elle soit inconfortable, inédite ou déstabilisante pour le professionnel, tant qu'elle provient du résident, pour atteindre ce **leadership coopératif**.

Le positionnement professionnel peut être un frein au déploiement partenarial. Pour illustration, les équipes pensent majoritairement qu'un résident ne peut accéder à un logement autonome que s'il valide une succession d'étapes. Or, « si aujourd'hui, on met la personne tout de suite dans son logement et qu'on met les bons moyens au bon moment, qu'est-ce qui garantit que ça ne marchera pas ? » (cadre 1, étab. 3). Au contraire, l'enjeu d'une approche partenariale est d'être disposé à l'inconnu, au débat, à la surprise et aux preuves de réussite a posteriori ; réduisant ainsi à néant le paternalisme.

2- « Décider à la place de » ou « décider pour la personne » : l'ancrage de pratiques paternalistes et centrées

Ci-après, trois configurations illustrent trois postures professionnelles : l'**approche paternaliste**, l'**approche centrée** et l'**approche partenariale**. Majoritairement, les professionnels centrent et mobilisent leurs efforts autour d'une même personne. L'affirmation d'un réel pouvoir d'agir émancipatoire n'est qu'idéaliste. En comparaison à l'**éducation** infantile, « on fait à la place de nos enfants, on ne devrait pas, on devrait les aider à apprendre à faire » (expert 2). Domine une logique de compensation de la pathologie en raison d'une déficience bien trop présente dans les esprits. Or, à l'image de l'éducation, pour devenir autonome et s'engager, l'accompagnement à l'apprentissage est fondamental.

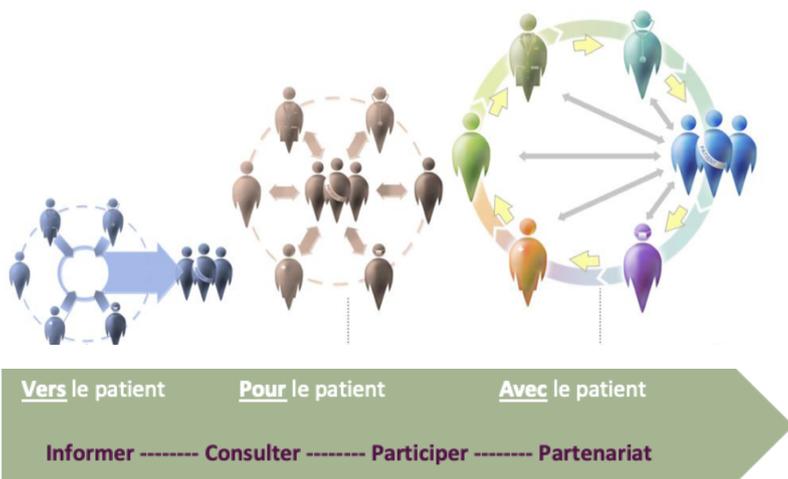


Figure 5. L'évolution de la relation patient-intervenant (Université de Montréal, 2016)

Plusieurs exemples significatifs témoignent de la prégnance d'une logique centrée voire paternaliste dans l'accompagnement.

Dans le premier établissement interrogé, une résidente habitait

initialement dans l'un des appartements extérieurs de l'association gestionnaire. Pour sa sécurité, la décision des éducateurs a été celle d'un déménagement au sein du foyer de vie. « Ce n'était pas une décision de sa part, mais elle avait besoin d'une présence éducative » (professionnel 1, étab. 1). Se pose un profond questionnement d'ordre éthique ; quelle est la frontière à ne pas outrepasser pour ne pas basculer dans l'extrême paternalisme et quels moyens doivent-êtré déployés pour le corriger ? De même, l'autonomie acquise en matière de préparation de ses repas lui a été partiellement retirée, à raison de deux repas par semaine élaborés et dégustés en studio, à défaut de l'intégralité des repas qu'elle se préparait initialement.

Par ailleurs, la **gestion des traitements médicaux, paramédicaux et psychotiques**, est automatiquement assurée par les professionnels du service, tout établissement interrogé confondu. Or, à quel titre et pour quelles raisons certains résidents ne seraient-ils pas en mesure d'assurer eux-mêmes, à la journée, à la semaine ou au mois, leur propre organisation médicamenteuse ? « Je pense que ça ne s'est même pas posé » (professionnel 1, étab. 2).

Pour autre exemple, le responsable du second établissement interrogé faisait mention de la **gestion de l'argent de poche** d'une résidente. Le père de cette dernière avait exprimé son mécontentement quant à la conduite de la professionnelle référente. Tandis que la résidente disposait d'un portefeuille très confortable lui donnant la possibilité de s'octroyer des plaisirs onéreux, la professionnelle, aide-soignante, procédait aux achats de la même manière qu'elle aurait fait pour elle ; ce qui lui a été reproché.

« Travailler tous ensemble (en équipe avec les autres professionnels), moi c'est ce que j'aime beaucoup, **pour le résident** » (cadre 2, étab. 1). Parallèlement, s'agissant des activités, « moi c'est **pour eux** que je le fais » (professionnel 2, étab. 1). Les discours de professionnels le traduisent également ; l'approche centrée domine entretenant l'éloignement d'une possible introduction du partenariat en établissement.

« Je trouve que les **supérieurs**, enfin les professionnels, c'est eux qui décident et puis c'est tout. On n'est pas l'équivalent d'eux, pas du tout » (résidente 2, étab. 1). Être égalitaire dans le positionnement et les interactions correspond à la troisième configuration du précédent schéma, à savoir au partenariat. Il n'en est pour l'instant pas réalité. En revanche, le dessein de perspectives évolutives quant à la place accordée aux personnes accompagnées fut exprimé par nombre de personnes interrogées.

3- Des changements conscientisés et désirés par les managers et professionnels : l'espoir de futures dynamiques novatrices

La volonté de rendre la personne davantage autrice et actrice est présente tant chez les professionnels que chez les managers. « **On est trop souvent devant eux et pas assez à côté d'eux. Il faudrait que l'on soit derrière eux, de sorte qu'on les laisse avancer** » (professionnel 1, étab. 1). « **Il y a la volonté de répondre aux besoins des résidents et de les aider à participer mais ça a dû mal à être mis en place** » (professionnel 1, étab. 1). Le partenariat est possible « **parce qu'ici tout le monde a envie que les gens sortent d'ici** » (professionnel 2, étab. 3). Il est évident que la bienveillance et le souhait de s'améliorer continuellement est unanimement partagé ; véritable espoir en vue d'une initiation progressive au partenariat.

Plusieurs situations illustrent l'appétence des professionnels pour l'implication des résidents, bien que ce positionnement soit aujourd'hui minoritaire dans son effectivité :

- Une résidente en fauteuil roulant a exprimé le souhait de conduire. Venant d'obtenir son code, elle envisage désormais d'obtenir un permis de conduire adapté (étab 3).
- Un résident exprimait le souhait d'apporter son aide et soutien au peuple ukrainien. Avec l'accompagnement d'un professionnel, il s'est engagé associativement (étab. 1).
- Le foyer de vie du second site de l'association où se déroule mon stage laisse à 80% l'entière liberté à la présidente du CVS de fixer l'ordre du jour avec les autres résidents (étab. 1).
- Des personnes accompagnées siègent au sein du conseil d'administration de l'association (étab. 3).
- Des résidents vont être prochainement associés à la formation d'élèves en lycée professionnel, par l'explicitation des métiers exercés au sein de leur foyer (étab. 1, site 2).
- « **On pourrait même aller plus loin** » (cadre 1, étab. 2) à l'occasion des entretiens de recrutement.

« **Franchement je trouve que votre démarche, je pense qu'elle va apporter beaucoup, et pour nous et pour les personnes qui travaillent pour nous. Avec ce que vous venez de faire avec moi, avec tout ce mélange, je pense qu'on devrait construire quelque chose d'intéressant. Madame, je vous remercie de ce que vous avez fait** » (résidente 1, étab. 2). Cette résidente véhicule également un message d'espoir, l'espérance d'un avenir plus inclusif et intégratif.

« L'atout il est majeur, c'est la base du métier. Tu emploies ce terme (partenariat) mais **c'est ni plus ni moins le travail éducatif** » (professionnel 5, étab. 1). La difficulté majeure tient à la totale compréhension de la signification et de l'ampleur du partenariat. Nombre de professionnels pensent remplir l'exigence de ce degré maximal d'engagement sans le rendre pleinement effectif en pratique.

C- L'explicitation paradoxale de la pensée et de l'action : le besoin d'homogénéisation des représentations sociales et professionnelles

La pensée est dissonante de l'action dans la mesure où le handicap, perçu comme un frein, n'empêche pourtant pas les pleines capacités d'une personne (1). Elle l'est également lorsque des doutes émergent quant à l'hypothèse d'une insertion de pratiques partenariales, tandis que des initiatives extérieures ont réussi (2). Enfin, la pensée et l'action diffèrent dans la perspective de pratiques déconnectées de ce que le professionnel pense réellement accomplir.

1- La perception du handicap comme un frein à l'engagement : conflit interne entre représentations et réel pouvoir d'agir des personnes accompagnées

Les professionnels, à l'unanimité, se représentent la pathologie mentale ou psychique des résidents comme une limite à leur engagement. « Les gens, avec la pathologie psychique, n'arrivent pas à être continus sur leur participation ». « **Il y a des personnes qui veulent un appartement et être comme tout le monde. Mais il y a des réalités et ce n'est pas possible** » (professionnel 1, étab. 1). « **Il y a des personnes qui vont participer beaucoup plus facilement du fait du degré du handicap** » (professionnel 2, étab. 1). En

revanche, nul ne connaît concrètement le quotidien des professionnels et les difficultés sous-jacentes, si ce n'est qu'eux-mêmes. Il peut ainsi être compréhensible, pas nécessairement acceptable, que le handicap puisse leur sembler être le principal obstacle à l'effectivité de l'engagement des résidents (expert 3).

« **On voit que le handicap, on ne voit pas la personne. On ne sait pas où sont leurs limites et il faut arrêter de leur en donner** » (professionnel 2, étab. 3). Cette même professionnelle donnait l'exemple de sa fille en situation de handicap, parvenue à trouver un emploi en milieu ordinaire et vivant seule en appartement autonome, alors que nul ne croyait en autant de ses possibilités et capacités. Tout est sujet à représentations et préjugés ; renvoyant au concept sociologique de la **prophétie autoréalisatrice**. Selon R.K. Merton, elle est une « définition d'abord **fausse** d'une situation, mais cette définition erronée suscite un nouveau comportement, qui la rend **vraie** » (J-F Staszak, 2000, p.3). La prédiction annoncée finit par se produire. Parce que la croyance du handicap comme frein à l'engagement domine, elle finit par se concrétiser. C'est comme s'autopersuader les uns les autres, professionnels comme résidents, que leur différence psychique ou mentale est un véritable obstacle à leur pleine capacité à co-construire.

Cet écrit s'applique à l'ensemble des personnes en situation de handicap possiblement accompagnées en foyer de vie. Toutefois, l'accompagnement diffère selon la pathologie nécessitant ainsi souplesse et adaptabilité de la part des professionnels et dont ils ont conscience (professionnels de l'étab. 1 et expert 1). Le handicap n'est plus un frein si l'on ne le considère plus ainsi, mais que l'on s'emploie à dénicher les méthodes et outils d'accompagnement les plus adéquats en fonction de chaque profil (cf. chapitre 3). « **A chacun son accompagnement** » (professionnel 5, étab. 1).

Non la pathologie mais les potentielles conséquences de celle-ci, à savoir la vulnérabilité qui en découle, peuvent être de réels freins à l'engagement et au partenariat. « **De par la déficience, les personnes sont hyper influençables** » (professionnel 2, étab. 3). Ce sont notamment les influences parentales et professionnelles. A titre d'illustration, une enquête de satisfaction restauration, sur tablette, était récemment destinée aux résidents du premier établissement. Or, leurs discours étaient biaisés précisément parce que le professionnel était l'intermédiaire entre la personne et la tablette. Il posait les questions, la personne répondait et il remplissait ; configuration qui ne permettait pas de sincères confidences par peur de critiquer ou de peiner l'institution, représentée par l'accompagnant. Notamment du fait de la pathologie et de l'influence professionnelle, conscientisée par tous, des doutes quant à l'insertion de pratiques partenariales ont émergé au fil des entretiens.

2- L'expression de doutes quant à la possible introduction de pratiques partenariales

Après leur avoir partagé ma définition du partenariat, inspirée du Modèle de Montréal, les différents professionnels ont été surpris quant à la désignation du résident comme partenaire de l'institution et de l'équipe accompagnante. « **Avec les personnes qu'on a actuellement au foyer de vie, je ne pense pas qu'il y aura cette notion** » (professionnel 2, étab. 1), témoignant ainsi d'une vision antagoniste entre foyer de vie et pratique partenariale. « Oui c'est possible, après peut-être pas sur toutes les décisions » (professionnel 1,

étab. 2), renvoyant à la question paradoxale des thématiques auxquelles ils pourraient être associés, alors qu'ils vivent et évoluent dans l'institution, tout en bénéficiant des prestations proposées. A priori, ils pourraient être concernés par tous les sujets traités tant au plan individuel qu'institutionnel, si et seulement si l'état d'esprit professionnel et managérial le concède.

Deux exemples seront ici abordés ; l'hypothèse d'une implication des personnes accompagnées en réunion de service et celle du déploiement de la pair-aidance, pratiques à succès et développées dans certains établissements et services sanitaires, en l'occurrence en cancérologie (expert 3).

D'une part, « **c'est la question du secret et il faudrait que tout le monde soit d'accord qu'un tel (résident) participe** » (cadre 2, étab. 2), impliquant la question de la confiance et de la création de liens plus formels, moins maternants et sécurisants, ce qui semble opposé aux visions actuelles de l'accompagnement institutionnel. « **Oui, ça pourrait être intéressant de pouvoir leur montrer aussi qu'ils sont au centre de nos préoccupations et de nos valeurs** » (cadre 1, étab. 1). Toutefois, « montrer » n'implique ni une prise de décision collégiale ni un leadership coopératif.

« **On a toujours peur de les choquer, de dire des informations qui ne vont pas être bien reçues** » (expert 2), renvoyant à la peur d'une potentielle confrontation d'opinions et de perceptions différentes et à l'acceptation d'une remise en cause de sa posture d'accompagnant. « **Je pense qu'il y a beaucoup la peur du jugement** » (expert 2). En réunion de service, « **on parle d'une personne mais elle n'est jamais là** » (professionnel 2, étab. 2). Or, il apparaîtrait légitime et opportun d'entendre la position du résident ou de son pair-aidant et interlocuteur lorsque sa situation est évoquée formellement en réunion.

D'autre part, certains professionnels restent dubitatifs quant à l'intégration de la pair-aidance en foyer de vie. Ce même professionnel, donnant l'exemple d'un résident qui boit avec sa pair-aidance, ne voit l'intérêt de telles pratiques que pour des interlocuteurs dont le parcours de vie serait « exemplaire ». Or, les savoirs expérientiels sont façonnés au gré d'expériences positives comme négatives. De même, « la pair-aidance peut être maladroite, envahissante, lourde pour la personne qui profite de cette aide » (professionnel 5, étab. 1). Un accompagnement adapté est nécessaire pour devenir pair-aidant et pour en percevoir les bénéfices. D'autres soutiennent la pertinence de ces pratiques innovantes. En somme, les perceptions et postures professionnelles demeurent hétérogènes dans leur verbalisation et concrétisation.

3- Le constat d'une hétérogénéité dans la schématisation et la verbalisation par les professionnels de leur propre pratique

Afin d'analyser la perception qu'ont les professionnels de leurs pratiques et de leur accompagnement idéal, deux questions leur ont été posées, « *Dans quelle configuration vos pratiques professionnelles s'inscrivent-elles ?* » et « *Quelle configuration vous semble-t-elle la plus en adéquation avec l'émancipation de la personne accompagnée, dans une perspective partenariale ?* » (Cf. **annexes 2 et 4**).

A noter que le premier schéma présenté aux professionnels et managers interrogés correspond à l'approche centrée ; le second, à l'approche partenariale.

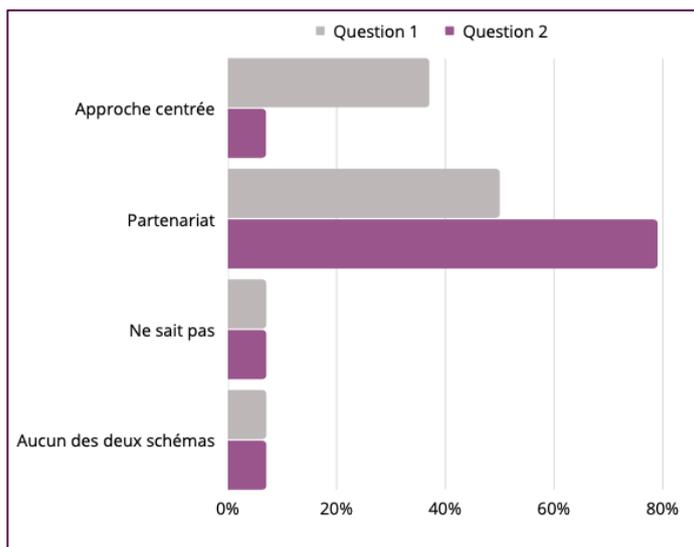


Figure 6. Résultats obtenus aux questions (%)

37% des personnes interrogées, cinq sur un total de quatorze (professionnels et managers), ont estimé s’inscrire dans la première configuration afférente à l’approche centrée. « C’est autour de la personne qu’on doit faire le projet » (professionnel 3, étab. 1). À l’inverse, **50%** des personnes interrogées, sept sur quatorze, ont estimé que leurs pratiques correspondaient à la seconde situation représentée, partant du postulat qu’ils font du partenariat sans le nommer ainsi.

60% des cadres et administratifs ont voté pour le schéma 1 à la question 1 et pour le schéma 2 à la question 2 parmi l’ensemble des votes pour le schéma 1 à la question 1. La majorité des managers conscientisent l’écart entre ce que font les professionnels du service et ce vers quoi il conviendrait de tendre pour être réellement partenaire des personnes accompagnées. **80%** des professionnels ont voté pour le schéma 2 aux questions 1 et 2 parmi l’ensemble des votes pour le schéma 2 à la question 2. Les professionnels considèrent à hauteur de 80% faire du partenariat. Or, « à mon avis, **on est encore un peu trop sur le dire et moins sur le faire** » (cadre 1, étab 1), renforçant l’écart entre la pensée et l’action. Les experts de ces questions partenariales l’explicitent également : « **Ils avaient une fausse perception je pense et certains l’ont encore, de croire qu’ils sont en partenariat alors qu’ils ne le sont pas du tout** » (expert 2) ; « Quand on amène un peu de changement, **les gens disent toujours « mais ça on le fait déjà »** » (expert 3).

Toutefois, ces résultats signifient également que professionnels comme managers ont cette volonté conjointe de devenir de réels partenaires des personnes accompagnées, le curseur n’est simplement pas positionné au même niveau. Tandis que les managers ont conscience du chemin qu’il convient encore de parcourir, les professionnels requièrent d’être accompagnés pour le faire de la bonne manière (cadre 2, étab. 1). **Le besoin d’explicitation, de structuration et de formalisation est criant.** « Sur celui-là (schéma 2) je mettrais tous les intervenants dans le cercle, parce que le projet de vie de la personne il lui appartient mais pas uniquement » (professionnel 5, étab. 1). La vision de l’émancipation et de l’approche partenariale est erronée et contradictoire eu égard à sa réelle signification. Il est alors nécessaire de rendre les conditions propices à son déploiement, possibles et compréhensibles.

II- L’inévitable préparation au dialogue et à la co-construction : de présentes conditions discursives non propices au déploiement partenarial

Le partenariat ne peut être exercé en l’état actuel des habitudes, culturellement ancrées. La préparation est triple et doit être faite tant à destination des personnes accompagnées (1), des professionnels (2) que de leurs représentations culturelles mutuelles (3).

A- L'inexpression des savoirs expérientiels des personnes accompagnées : la prégnance d'une logique de craintes, de défiance et de subordination

Les savoirs expérientiels des personnes accompagnées, fondement du partenariat, sont relativement peu exprimés (1), du fait notamment d'un déficit de confiance réciproque (2). La pair-aidance pourrait être l'un des leviers alternatifs et facilitateurs (3).

1- Subir l'institutionnalisation et ne pas toujours oser s'exprimer : la verbalisation d'un défaut communicationnel

L'une des résidentes interrogées s'est confiée sur son expérience négative au sein d'un conseil d'administration associatif. « J'avais l'impression que je ne répondais pas assez aux attentes des personnes que je représentais (...) et que ce que je transmettais à la direction de l'association était incompréhensible. Ça m'a un peu dégouté de recommencer » ; « **quand il n'y a pas d'équilibre c'est comme si on était devant un mur mutuel** » (étab. 2). La barrière communicationnelle est décrite, et son impact, difficilement vécu. Parce qu'une première tentative discursive a échoué, les personnes n'osent plus forcément réitérer.

L'institutionnalisation et la socialisation en établissement, se comptant en dizaine, vingtaine voire trentaine d'années, y jouent un rôle certain. Les difficultés sont majeures : prendre la parole pour une personne qui vit dans un système qui la prend en charge depuis des années (cadre 1, étab. 2), avoir « trente ans de socialisation » au sein d'une même institution (expert 1), « **non seulement ils n'ont pas appris, mais j'irais plus loin, je pense que les gens s'approprient les contraintes institutionnelles** » (expert 3). Dans cette dynamique, le résident n'est ni acteur, ni auteur, mais il subit. Certains ne savent pas, ne peuvent pas ou n'osent pas s'exprimer, par manque d'habitudes, et surtout parce qu'il s'agit d'ancrages (professionnel 1 et cadre 2, étab. 1). C'est une « vie institutionnelle », c'est un « enfermement en institution » ; couronnés par un « sentiment de pouvoir, de domination », qui essouffent toutes autres possibilités de concevoir l'accompagnement (professionnel 1, étab. 3 / professionnels 2 et 4, étab. 1).

Tandis que l'absence de communication est incontestable entre professionnels et résidents, en dépit d'une logique d'institutionnalisation, de laisser-faire et de subissement, force est de constater que cette absence l'est également entre personnes accompagnées. « **Il n'y a pas beaucoup de discussion entre résidents. On n'a pas de communication entre nous** » (résidente 2, étab. 1). Ce constat est également celui qui a émergé de mon expérience estivale 2021, lors d'un accompagnement en séjour adapté. Sans la présence de nous, accompagnants, les vacanciers ne se parlaient pas. Chacun errait, sans créer de dynamique collective ou d'intérêt pour autrui. Par habitude, passivité et parce que c'est ancré, les résidents sont, pour la majorité, dans l'attente que l'on fasse pour eux, que l'on parle pour eux et que l'on agisse pour eux, en dépit de possibles tentatives contraires des professionnels. Cette dualité dans l'absence de communication tant entre personnes accompagnées qu'entre elles et les professionnels, nécessite une nouvelle dynamique collective, fondée sur une confiance réciproque.

2- Le nécessaire palliatif à une confiance discontinuée entre résidents et accompagnants

« **C'est de la défiance des deux côtés.** Et quand la confiance est rompue, que ce soit d'un côté ou de l'autre, c'est très difficile de passer au-dessus » (cadre 1, étab. 1). Nombre de professionnels se sont confiés sur le déficit de confiance des personnes accompagnées qu'ils perçoivent et ressentent, majoritairement au sein du premier établissement interrogé. « Quand j'ai un souci, je garde ça pendant plusieurs semaines (...). **Je n'ai pas confiance en moi ni aux autres** » (résident 1, étab. 1). De même, « le personnel éducatif n'est pas toujours soutenant ou aidant. Il peut être perçu comme **agressant, persécutant** » (professionnel 5, étab.1).

Ce défaut de confiance des résidents vers les professionnels est verbalisé. La confiance rompue des professionnels vers les résidents est, elle, simplement observée. Ce déficit de confiance réciproque peut s'expliquer **par l'incompréhension des contraintes et des positionnements respectifs**. Or, pour qu'il y ait partenariat, il doit y avoir une **compréhension commune** des enjeux (K. Lefeuvre, R. Ollivier, 2018).

« Il y a celui qui demande et qui pense que tout doit être dû à l'instant. Donc il y a quelquefois un **manque de respect** de certains résidents à l'égard d'autres résidents et des éducateurs » (professionnel 5, étab. 1). « **Ce qui peut être intéressant c'est qu'ils entendent aussi nos contraintes** », prenant l'exemple de professionnels qui ne parvenaient à expliquer aux résidents que certains n'auraient pas leur douche à l'heure quotidienne planifiée, et qu'elle serait différée par manque de personnels (cadre 1, étab. 1). « **C'est vrai que dans le mode de communication, je ne perçois pas pour l'instant une vraie coopération** ». La coopération ne peut se faire sans une réelle confiance entre parties prenantes.

« Moi je prends plaisir à être avec eux et certains ont un peu du mal à le comprendre » (professionnel 4, étab. 1). « Quelquefois, on nous dit « j'ai plus besoin de vos services », mais ce n'est pas notre service. Nous, on n'a aucun intérêt à ce que ça se passe mal pour quelqu'un, et c'est ça qu'on essaie de leur expliquer » (cadre 1, étab. 1). **Le statut de professionnel, donc d'intermédiaire entre résidents et direction, de prestataires de services, d'aidant, freine manifestement l'introduction de pratiques partenariales.** La présence de pairs, interlocuteurs et intermédiaires entre professionnels et autres personnes accompagnées, raviverait très certainement cet élan de confiance, de transparence et de respect mutuel ; il n'y aurait « **pas le même écho chez l'utilisateur si ça vient d'un pair que d'un personnel de l'équipe** » (professionnel 5, étab. 1).

3- La pair-aidance comme tremplin à l'expression usagère : le partage d'expériences réussies

« **Ça nous permet nous de faire un pas de côté** » (professionnel 5, étab. 1). La pair-aidance serait ainsi bénéfique tant pour les résidents, dans un objectif de libération expressive, que pour les professionnels, dans une perspective de mieux comprendre et d'appréhender le comportement des personnes accompagnées. « Peut-être que l'on peut permettre une parole plus affirmée du côté des usagers en leur permettant de rencontrer un patient partenaire, qui l'aidera dans cette négociation de la construction du projet » (expert 3). Aussi, « **c'est la base même du partenariat, c'est le chaînon manquant dans la conception de la relation de soin. Pour que ça marche encore mieux, il faut un ingrédient de plus, qui est celui qui est déjà passé par là** » (expert 2). La pair-aidance serait ainsi la passerelle facilitatrice vers un changement de pratiques. A

propos de sa présente activité, la seconde experte interrogée confie : « on leur demande de parler avec un autre patient qui a déjà 2-3 ans d'avance, **pour l'aider à mieux concevoir son projet et comment il va réussir à le construire** ». Une telle démarche pourrait être ainsi transposée au champ du handicap et au sein même des institutions.

Le **pair-aidant**, catégorie du concept d'usager-partenaire, doit toutefois présenter **six caractéristiques** : une stabilité situationnelle, une capacité à s'exprimer, une sérénité non conflictuelle avec le système, une grande capacité d'écoute, une capacité à se distancier par rapport à sa propre situation, et disposer de temps (expert 2). En somme, « **chacun dans son individualité a quelque chose à proposer aux autres** », notamment d'anciens résidents vivant désormais en appartement (cadre 1, étab. 1). Il suffit de repérer cette individualité et de l'investir.

Pour illustration, à 17 ans, un jeune adolescent présentant un handicap moteur, ne pensait plus jamais pouvoir pratiquer un sport. Sa rencontre avec un pair de 27 ans lui a été extrêmement bénéfique. Ils s'apprêtent à ouvrir leur club sportif pour personnes en situation de handicap moteur. La pair-aidance lui a permis d'atteindre ses objectifs, de réaliser son rêve, de se remotiver et de garder espoir (expert 2).

Pour autre exemple, « **il s'est affranchi de ses parents avec une rencontre, je n'en reviens pas** ». Alors qu'un jeune adolescent s'effaçait derrière la prise de parole omniprésente de ses parents, la rencontre d'une adolescente de son âge lui a permis de reprendre maîtrise et pouvoir sur sa propre situation (expert 2).

« **Mais le tout, c'est qu'on puisse au départ favoriser le nous** » (cadre 1, étab. 1), en créant les conditions tant matérielles qu'immatérielles. L'élan collectif est indissociable de la réussite partenariale.

B- L'impréparation des professionnels à la réception et au traitement des savoirs expérientiels : légitimer et soutenir l'expression de la parole « usagère »

Raviver la sérénité et redonner du sens aux pratiques semble impératif. La préparation tient à plusieurs niveaux : permettre le détachement partiel des professionnels à leur rôle de cadre et de limitateur (1), donner des espaces pour expérimenter (2) et faciliter la compréhension des transformations et concepts inédits, voire indicibles, en vue d'une application et conformité effectives (3).

1- La perception de leur propre rôle professionnel : entre guidance, cadrage et fixation de limites

« **Il faut allier les deux, ce que veut la personne et ce qu'il est possible de faire, donner le cadre et fixer les limites** » (professionnel 1, étab. 1). « C'est aussi important de rappeler le cadre » (professionnel 4, étab. 1). « C'est vrai que nous en tant que professionnel **c'est nous qui tenons les rennes** quelque part, puisqu'on doit répondre à un certain nombre d'injonctions et certains impératifs » (professionnel 5, étab. 1). N'est-ce pas un frein à l'horizontalité des relations et des rôles ? L'une des directrices de la première association questionnée illustre l'inacceptabilité d'un accompagnant à cette horizontalement et à ce traitement d'égal à égal : « pour le professionnel, que sa parole soit prise en compte au même niveau que celle du résident, ce n'était pas normal pour lui. Ça voulait dire qu'on ne le croyait pas, parce qu'on le croyait

de la même manière que le résident » (cadre 3, étab. 1). À titre d'observation, à l'occasion de ma mission afférente à l'aménagement des locaux, deux hypothèses de nouveaux agencements ont été proposées et étudiées par un comité de pilotage à stricte composante managériale. La direction a d'abord exprimé le souhait de les présenter aux professionnels dans l'intention de recueillir leurs doléances, avis et nouvelles suggestions, avant même d'en évoquer avec les résidents. Il est ainsi incontestable, encore aujourd'hui, qu'il semble légitime et plus acceptable que les professionnels soient primitivement entendus, non parce que la direction soutient cet avis, mais parce que cela reviendrait à considérer également le professionnel et le résident. Or, la stratégie managériale a été celle de ne pas froisser, ni vexer, renforçant ainsi la logique du cadre et des limites imposées par les accompagnants et managers à la parole usagère.

Dans de telles configurations, majoritairement exprimées au sein du premier établissement interrogé, le partenariat ne peut être effectif parce qu'il nécessite « une pratique de **lâcher prise** » » (M. Jaeger, 2016) et une disposition à la négociation, au désaccord et aux idées opposées à ses propres représentations des capacités des personnes accompagnées. À défaut d'être un guide, un limitateur ou un cadre, le professionnel peut jouer le rôle d'impulsion, d'initiation à la tâche, de chercheur, d'interviewer, pour creuser ou solliciter des propositions, idées ou souhaits d'usagers (cadre 3, étab. 1). De fait, des espaces propices à l'expression et au partage doivent être rendus disponibles.

2- L'absence partielle d'espaces matériels et immatériels favorables au dialogue et à la co-construction

« **Faire en sorte qu'eux (les résidents) s'autorisent à prendre la parole** » ; « **C'est aussi les recevoir et leur donner un statut différent qui leur permettra à chaque fois de pouvoir dire des choses** » (cadre 1, étab. 2). Afin d'être effectif, le partenariat doit être provoqué en l'occurrence par la création d'espaces pertinents et favorables à la libération discursive.

Un espace peut être **physique**, faisant ainsi écho au choix des lieux d'expression, ceux qui impulseront une réelle dynamique d'échange. Est-ce des lieux conviviaux, des salles de réunion, des bureaux, des studios, une cafétéria (professionnel 4, étab. 1), qui faciliteront le travail partenarial ?

À titre d'illustration, nombre de professionnels du premier établissement déplorent le manque d'espaces conviviaux et confidentiels, allant de pair avec l'absence flagrante de co-construction de projets. Aucun lieu identitaire, où les professionnels comme les résidents sont à l'aise, détendus et éprouvent l'envie de s'exprimer, n'existe manifestement.

Tandis qu'au sein du second établissement, l'aménagement des locaux fut collégialement conceptualisé, il ne l'a pas été à l'occasion de celui de la première association interrogée. Deux enseignements sont à tirer. D'une part, lorsque les projets sont collectivement imaginés par l'ensemble des acteurs, l'appropriation, la légitimité, l'efficience et la justification de chaque espace sont favorisées, rendant ainsi optimale leur utilisation. D'autre part, des espaces minutieusement et attentivement pensés favorisent les co-constructions, les coopérations et les discussions. Les petits collectifs semblent également plus

bénéfiques, car considérés comme des atouts en faveur de l'engagement maximal des usagers pour une majorité de professionnels, tout établissement interrogé.

À l'inverse, un espace peut être **immatériel**, renvoyant au choix des thématiques, à la manière dont elles sont abordées et exprimées. « Je me rappelle d'un CVS où on a abordé des sujets en lien avec la démarche qualité, l'évaluation interne, externe, même moi je ne captais pas tout quoi. Ça a été douloureux. Ce n'est pas possible de leur faire subir ça » (cadre 1, étab. 2). C'est alors penser la manière de discuter et envisager la configuration la plus attrayante et adaptée aux capacités de concentration (professionnel 4, étab. 1). « **Il ne faut pas que la participation des usagers se fasse dans des entités périphériques, mais au cœur du réacteur**, dans les réunions d'opérationnalisation quotidiennes et de prises de décisions quotidiennes » (expert 1), résonance aux choix des sujets abordés, qui doivent susciter l'intérêt, être concrets et suffisamment audibles (cadre 2, étab. 1).

« **Alors qu'ils les ont (les capacités à s'exprimer, à proposer), il faut simplement créer ces espaces** » (expert 2), et parallèlement, comprendre pourquoi est-il nécessaire de les créer.

3- **L'inaudibilité des transformations médico-sociales : entre perte de sens et incompréhension**

« **J'ai l'impression de ne pas trop suivre le truc** » (professionnel 1, étab. 1) ; « **Pas assez de recul** » (professionnel 2, étab. 1) ; « **J'imagine que c'était mieux avant** et si on réduit encore les budgets, la participation des résidents va être réduite aussi » (professionnel 3, étab. 1) ; « Il y a un **manque de solutions** et un **manque de choix** » (professionnel 1, étab. 3), amenant ainsi à la « **frustration** » (cadre 1, étab. 1) ; « c'est sûr qu'on n'arrive pas à tout suivre et puis bon nous on n'est pas forcément les premiers à être acteurs » (professionnel 1, étab. 2). Les diverses lois, réformes et rapports explicités dans le chapitre préliminaire, accentuent la confusion de par leur multiplicité et détails singuliers. Si la majorité des accompagnants exprime leur indigestion totale eu égard aux changements législatifs déjà énoncés, il sera d'autant plus difficile de faire comprendre et d'intégrer pleinement le concept d'utilisateur-partenaire parce qu'il n'est pas exigé par le cadre réglementaire. La difficulté est intensifiée lorsqu'il faut aller au-delà des formalisations réglementaires. Le rajout d'un concept novateur, en pleine émergence en France dans le secteur sanitaire, et silencieux dans le médico-social, renforce ainsi l'inassimilation des transformations.

À ces confusions, s'ajoute le mécontentement. À propos de la réforme Sérafin, « **on coche des cases**. C'est ça le scandale, on nous oblige à réfléchir par rapport à des grilles et on n'a plus de temps pour penser la manière dont on accompagne et pour se questionner » (professionnel 1, étab. 3). La dénonciation de ces grilles peut aller de pair avec la posture de l'accompagnant, celle du limitateur et du cadre, pouvant ainsi obstruer la parole et les infinies possibilités de co-constructions et de projections. « **On manque de moyens et d'évaluation dans un contexte immersif, total** » (professionnel 5, étab. 1). En réponse aux incompréhensions, l'accompagnement au changement des représentations, des pratiques et des outils de travail semble incontournable.

C- Le besoin d'un accompagnement à la déconstruction de la normalité « éducative » : une préparation à la transformation culturelle

Les managers en sont conscients : le partenariat ne peut être effectif sans un changement de posture professionnelle (1), sans qu'une prise de conscience collégiale n'ait lieu (2), et sans que l'entrée en relation entre personnes accompagnées et professionnels ne soit possible (3).

1- La remise en cause de leur posture d'éducateur : un changement périlleux affiché par les directeurs

« Le partenariat c'est une danse à deux, c'est un tango. **La relation est un peu déséquilibrée et le partenariat c'est l'occasion de rééquilibrer la balance et montrer que chacun apporte dans la relation** » (expert 2). Et pour autant, la danse a toujours été déséquilibrée jusqu'à présent, à raison de cultures, de positionnements ancrés et de formations différenciées.

Avec le partenariat, « ça **interroge la place du travail social dans cette relation qui devient au service de**, qui va devenir la prestation qu'il va prendre ou pas, donc ça peut être déstabilisant » (cadre 1, étab. 3). L'engagement maximal des personnes accompagnées amène le professionnel « dans une **zone d'inconfort**, qu'il risque de voir comme une **menace** sur ses capacités et compétences propres » (expert 3). L'ampleur du rôle symbolique et hiérarchique du professionnel est, dans ce cadre, interrogée. Or, l'approche partenariale casse cette logique en positionnant chaque partie prenante, résidents et accompagnants, sur un pied d'égalité, inversant ainsi leurs logiques d'apprentissage et d'évolution respectives.

Deux managers de deux établissements distincts soulignent les différentiels de formation, selon leur moment et année de passation. Les jeunes générations auraient une disposition à l'acceptation plus favorable au déploiement partenarial, parce qu'accoutumée à la différence et formée à la suite de la promulgation des lois de 2002 et 2005. « Même si on amène les lois, ils se sont construits leur **identité professionnelle** à partir d'autres repères » (cadre 3, étab. 1). « **Il faudrait qu'on se déforme** » (cadre 2, étab. 2). Dans cette perspective, le leadership n'est que « **compétitif** », non « coopératif » (Université de Montréal, 2016), et ce à triple raison : il est question d'une confrontation entre de longues habitudes professionnelles et la demande managériale de nouvelles dynamiques partenariales ; d'une confrontation entre ceux qui sont aptes à innover parce qu'ils conscientisent et comprennent la demande et ceux qui ne le conçoivent pas par « égo » (cadre 3, étab. 1) ; et enfin, d'une confrontation entre leurs propres « projections » et celles individuelles des personnes accompagnées. « **Il faudrait qu'on arrête d'avoir nos propres projections sur la personne** » (professionnel 1, étab. 3). Surtout, parce que ces projections sont envahies de biais mentaux, rendant ainsi tout changement particulièrement périlleux. « **On attribue à l'autre des modes de raisonnement, des comportements (...) qui sont des châteaux que l'on construit et qui sont complètement faux. Mais les gens n'en ont pas conscience** » (expert 2). Le manager doit promouvoir l'adoption, par tous, d'un « regard suffisamment autoréflexif » (expert 2) pour rompre avec une posture et une identité professionnelles a priori, et pour l'instant, immuables.

2- L'essentielle réflexion sur la manière de déclencher une prise de conscience : l'importance de communiquer, d'explicitier et de prouver la bienfaisance de nouvelles pratiques

Déployer l'approche partenariale requiert du temps et de la patience. « Ce n'était pas forcément des choses que je me sentais d'aborder d'emblée avec l'équipe quand je suis arrivée, mais c'est monté crescendo au fur et à mesure » (cadre 3, étab. 1). « **On y va, on ne force pas le truc, c'est-à-dire que le partenariat ça ne se décrète pas, il faut juste trouver les bons duos, les bons trios, les bonnes équipes** » (expert 2). Le manager se doit de définir la stratégie la plus appropriée à son équipe et aux personnes accompagnées, afin de ne pas brusquer, mais d'interpeler et de générer une prise de conscience collective et une appétence au changement. Par application au **management situationnel**, l'une des directrices du premier établissement interrogé a exprimé **fonctionner par la preuve** : « quand on a mis en place les repas en chambre, ça a permis pour certains professionnels de se rendre compte de l'effet positif sur la personne et donc de l'effet que ça avait de ne pas lui permettre et à quel point ça pouvait être malmenant d'obliger la personne à manger sur le collectif ». A contrario, elle déplore la cause d'un tel revirement. La crise sanitaire, et non une prise de décision collégiale entre professionnels et résidents, a nécessité ce changement de pratiques. Afin de rendre le partenariat pleinement effectif, il n'est pas judicieux d'attendre les conséquences d'évènements extérieurs pour bouleverser les règles, il faut au contraire provoquer pour impulser une parole usagère plus impactante.

De leur côté, rares sont les professionnels pleinement engagés dans cette volonté de contribuer à l'évolution des consciences. Une seule professionnelle sur l'ensemble des interviewés, de par son expérience de vie, de mère d'une jeune adulte en situation de handicap, a confié : « Alors moi j'essaie d'amener un peu de réflexion, des trucs à lire, parce que je me dis qu'il faut bien que je serve à quelque chose ». Il est fondamental que les prises de conscience soient provoquées par des initiatives managériales ou d'accompagnants, bien que moins intuitives.

L'un des experts interrogés expose une autre stratégie conscientisante : « **travailler à changer les imaginaires pour que ça devienne tellement insupportable aux gens**, patients comme professionnels, que d'eux-mêmes ils se sentent la nécessité d'investir leur intention, leur énergie, leur amour et leur compétence dans le fait de changer ces situations qu'ils ne pourront plus vivre », encore faut-il créer lesdites conditions.

3- « Il faut que les conditions de la rencontre se fassent » (A. Berkesse)

« **Pour beaucoup, c'est violent de rentrer en relation. Ils se protègent pour survivre du milieu, (...), c'est un mécanisme de défense** » (expert 1). Après s'être assuré de la création d'espaces propices et du recueil des souhaits de chaque partie prenante sur les sujets à coconstruire ; faciliter la sérénité de la rencontre devient primordiale. « Le partenariat c'est une question avant tout de **relationnel**, c'est rencontrer autrui. Dans la journée, on est en interactions avec pleins de gens mais on les rencontre peu » (expert 1).

« On se reconnaît d'être à être, on fait partie d'une communauté de destin et on est indépendant les uns les autres » (expert 1). Ce sont les présupposés d'une rencontre partenariale réussie. Encore faut-il y être disposés, et accepter l'autre dans cette réciprocité. La psychologue du premier établissement interrogé se

confiait sur l'échec d'une expérience collaborative avec des personnes accompagnées. Des groupes de travail, en vue de la précédente rénovation du projet d'établissement, avaient été constitués de professionnels, de partenaires extérieurs et parfois, de résidents. Ces derniers utilisaient ces temps pour évoquer leur situation personnelle, remonter des doléances et souhaits. Or, ce n'était ni le lieu, ni le moment d'interférer avec ces sujets. Là encore, cet exemple montre l'ampleur de l'accompagnement nécessité du côté des résidents pour entrer en relation avec autrui, le professionnel.

Cette reconnaissance mutuelle est nécessaire entre chaque partie prenante et entre pairs d'une même partie. « Je pense qu'il nous faut du temps entre collègues pour se parler. Et pour ça il faudrait qu'on arrive à se rencontrer » (professionnel 4, étab. 1). Avant d'envisager toute entrée en relation entre professionnels et personnes accompagnées, la première étape tient à la rencontre des professionnels entre eux, pour qu'entre pairs, la solidarité, la compréhension, l'écoute mutuelle et bienveillante soient sans controverse.

Par ailleurs, « rentrer en partenariat, c'est un degré, **qui d'ailleurs n'est pas forcément souhaitable dans tous les cas** » (expert 1). Il rajoute : « des deux bords ça demande de l'accompagnement et ça prend peut-être des étapes, **peut-être que le partenariat ce n'est pas la prochaine étape** » (expert 1). « **Il faut prendre le temps** » (professionnel 4, étab. 1), le temps notamment que les professionnels prennent l'automatisme d'entrer en relation. À titre d'exemple, pour le projet du parc animalier du second site du premier établissement, ce sont les professionnels qui ont exigé la co-construction dudit projet. « **Il faut que ça vienne aussi des équipes parce que sinon ça ne fonctionne pas** » (cadre 3, étab. 1).

Pour s'approprier une nouvelle approche de l'accompagnement, adopter une **stratégie d'avancement par petit pas** et « construire une culture de la participation au niveau le plus local et concret possible » semblent judiciables (expert 1) ; le tout est d'avancer au rythme des équipes et des personnalités.

III- L'implication managériale déterminante dans le déploiement et la pérennisation de l'approche partenariale : une condition impérieuse pour accompagner, ancrer et soutenir la démarche

Comment le manager peut-il pérenniser cette approche partenariale ou tendre vers celle-ci ? L'effectivité de l'engagement maximal des personnes accompagnées va de pair avec la stabilité organisationnelle et contextuelle de l'équipe accompagnante (1), la formalisation et l'explicitation pour tous (2), et un soutien managérial transparent, sincère et de proximité (3).

A- L'appétence unanime pour la planification des conditions de travail : la corrélation entre le degré de stabilité professionnelle et le niveau d'engagement des résidents

Conditions de travail et engagement sont liés. Le manager peut faciliter la pratique partenariale à condition de pallier les freins organisationnels (1) par la planification (2), et l'épuisement professionnel, en le conscientisant et en améliorant la qualité du contexte social (3).

1- L'énonciation de freins organisationnels à l'engagement des personnes accompagnées

« **De plus en plus ils (la direction) disent vouloir mettre en avant ce que veut l'utilisateur, mais il ne faut pas oublier la réalité aussi.** Il y a des **réalités administratives** et on est souvent face au **temps** que l'on dispose pour travailler sur ces **rêves** » (professionnel 1, étab. 1). Au sein de la première association gestionnaire, direction et équipes d'accompagnement sont physiquement séparés dans deux bâtiments distincts, accentuant cette critique de la déconnexion et de l'idéalisme entretenue par une présence discontinue. L'organisation de l'espace est un facteur organisationnel à ne pas sous-estimer, il est un levier pour le soutien et la pérennisation d'un engagement maximal des personnes accompagnées.

« Rêve » ; telle est la représentation que ladite professionnelle prône lorsqu'il s'agit de partenariat, précisément parce que l'organisation du service freine largement tout potentiel de développement. Au manque de disponibilité du personnel et à la multiplication des exigences administratives, s'ajoutent les sous-effectifs, les horaires et le déficit de moyens financiers et techniques, décriés par nombre de professionnels du premier établissement questionné. **L'instabilité d'un service, qu'elle soit d'ordre psychologique, organisationnelle ou cohésive influence nettement le degré d'engagement des résidents.** Tandis que les second et troisième établissements interrogés ; aux collectifs et bâtiments plus restreints, aux directions et accompagnants davantage en proximité physique ; ne rencontrent pas de telles difficultés organisationnelles, le premier affiche la nécessité de profonds changements ; le rôle du manager est de travailler à l'élimination de ces difficultés.

2- Le besoin unanime de planification, d'organisation et de régulation : des discours aux attitudes paradoxales

La majorité des professionnels interrogés du premier établissement souligne le besoin de clarification, de planification et de structuration. Ils décrivent ainsi le directeur comme un cadre et un **guide**, à l'instar de l'image qu'ils se sont appropriés de leur propre influence et rôle auprès des personnes qu'ils accompagnent.

Pour éclaircir le constat d'un contresens entre les discours et les attitudes, la direction dudit établissement entame la réorganisation et la restructuration du service du foyer de vie, collégalement en réunion de service. Or, en réunion, la **passivité** et l'attente règnent, par écho au positionnement décrit et observé des résidents. Parce qu'ils n'y ont pas été accoutumés, la majorité des professionnels comme la plupart des résidents n'ont pas ce réflexe à la pro-action. « **Il faut trouver quelque chose qui va remettre de la dynamique, de l'énergie et du flux dans les équipes, parce que le risque dans une structure d'hébergement c'est que l'énergie ne circule plus** » (expert 3). Tel est le rôle du manager : être force de propositions dans l'unique but de raviver la motivation et l'engouement de son équipe.

A contrario, dans le second établissement questionné, « **il y a des rôles qui sont définis et il y a des temps qui sont dédiés à l'échange. C'est ça qui est important dans notre fonctionnement et dans la prise en compte du résident dans son quotidien** » (cadre 2, étab. 2). L'informel est trop irrégulier. La formalisation

structure les temps d'échange et favorise en conséquence la co-construction, à condition que des espaces y soient strictement concédés.

La planification tient aussi à la **formation**. « Dans ma formation AES, c'est très superficiel (à propos de la référence à la participation) », tant au sujet des pathologies, du PAP que du projet d'établissement, « c'est survolé tout ça » (professionnel 1, étab. 1). La formation est déficitaire parce qu'elle ne transmet qu'un minimum de connaissances dénuées de la totale référence à la participation et encore moins à celle de partenariat (expert 2). « **Tout le travail de management il est là. C'est définir dès le départ les professions et les qualifications que l'on souhaite avoir dans une structure et qu'est-ce qu'on en demande à travers des objectifs de travail** » (cadre 2, étab. 2). Le management est un mélange d'art, de science et d'artisanat (Mintzberg, 2014). À ce titre, il faut percevoir les compétences et là où elles sont insuffisantes, l'analyser, et permettre de nouveaux apprentissages. « On ne peut pas créer un moule pour tout généraliser » (cadre 2, étab. 1), que ce soit dans l'accompagnement des résidents ou dans celui des professionnels. « On est en permanence à se réajuster » (cadre 2, étab. 1), notamment dans un contexte sectoriel d'extrêmes tensions sociales et psychologiques.

3- La considération d'un contexte social éprouvant : explication à l'épuisement et à la démotivation professionnels

« **Peut-être qu'il y a beaucoup de souffrance et que quand on va ouvrir cet espace relationnel ça va se déchaîner** » (expert 1). Notamment observé dans le premier établissement interrogé, la crise sanitaire a épuisé les professionnels, entraînant une hausse exponentielle des arrêts de travail et en conséquence, un manque accru de personnels. Pour ceux qui restent, la charge de travail tant physique que psychologique est accentuée. Un cercle vicieux se dessine alors mais requiert d'être freiné sans quoi le partenariat ne pourra s'envisager, dans ce contexte d'extrêmes déstabilisations sociales. « **Donc être disponibles sur des concepts nouveaux qui supposent de changer les organisations c'est très compliqué** » (expert 3). « **Il y a tellement de boulot, c'est encore du temps à donner** » (professionnel 1, étab. 1). Les professionnels interrogés ont donné le sentiment d'être « noyés » ou de « couler » sous l'annonce de transformations écosystémiques. Est-ce réellement le bon moment d'initier une telle approche partenariale ?

Aussi, la dimension affective est prégnante renforçant ainsi l'épuisement psychologique de l'équipe d'accompagnement. « C'est 75 gros % de l'accompagnement quand même » (professionnel 2, étab. 1). Penser le partenariat n'est donc probablement pas la première étape. Le manager doit effectivement s'assurer primitivement de l'état physique, psychologique et cohésif de ses équipes, avant de ne provoquer un espace de déchaînements expressifs en ouvrant des lieux propices au partenariat. « **Ces métiers sont en crise. Il y a une perte d'attractivité (...). Ils sont insuffisamment reconnus avec des perspectives de carrières peu attractives et des conditions de travail difficiles** », E. Macron (FEHAP, 2022). Comment peut-on exiger d'une équipe une refonte des modes de pensée et surtout des pratiques exercées, si ces transformations ne sont accompagnées au préalable d'une politique d'amélioration des conditions de travail ?

Un grand nombre de professionnels du premier établissement déplore l'actuel quotidien du service : « On traite de l'urgence » ; « c'est la gestion du quotidien » ; « on travaille à flux tendu, ça veut dire juste faire le strict nécessaire » ; « prendre de la hauteur et avoir un peu de perspective c'est quasiment impossible ». L'une des professionnelles met en garde contre le risque de perdre « **patience** » et de « tomber dans la **maltraitance** parce que fatigue, débordement ». Cette dégradation des conditions de travail va de pair avec l'apparition possible de comportements maltraitants. Selon l'ANESM, si l'encadrement met en place une organisation et des pratiques conformes aux besoins des professionnels, en améliorant leur qualité de vie au travail, il réduira considérablement le risque de maltraitance (ANESM, 2012) : « **aménager des rythmes et une organisation du travail permettant un accompagnement continu et fiable des usagers** » ou encore « **mettre en place l'analyse des pratiques et permettre le regard extérieur sur l'établissement** ». Ce cercle vertueux rend possible le déploiement de pratiques partenariales.

B- Le déficit de formalisation, de collégialité et de communication : échecs cuisants à la pérennisation du partenariat

Initier et expérimenter ne suffisent pas. Pour pérenniser le partenariat, encore faut-il l'inscrire durablement (1), le penser collectivement (2), tout en assurant une communication adéquate (3).

1- Des projets institutionnels majoritairement dénués de la pleine signification de l'utilisateur-partenaire

Chaque projet réfère explicitement ou implicitement à des notions et concepts sous-jacents à l'approche partenariale, à des degrés toutefois différenciés. D'une part, le projet associatif du premier établissement énonce des principes partenariaux clés : le « pouvoir d'agir », les « savoirs expérientiels », le développement de la « pair-aidance » et l'engagement maximal des résidents seulement à l'élaboration de leur projet de vie. Projets et terrain semblent déconnectés dans la mesure où la mise en œuvre de ces pratiques est impensable en l'état, sans préparation au préalable. De même, la référence au partenariat est réduite à l'approche essentiellement individuelle.

D'autre part, s'agissant de la seconde association, ses projets associatif et d'établissement coïncident : il y a cette volonté conjointe d'associer les résidents aux projets liés à la démarche d'amélioration continue de la qualité. Les personnes accompagnées ne seraient plus exclusivement associées aux projets les concernant individuellement, mais deviendraient partenaires de tous projets collectifs. Aussi, ladite association gestionnaire est à la fois partie prenante du secteur sanitaire et du secteur médico-social. Parce qu'elle est la plus avancée dans sa réflexion et formalisation de l'approche partenariale, le sanitaire semble exercer une influence certaine sur la transposition du partenariat dans le secteur médico-social ; contribution à la vérification de ma première hypothèse de travail.

Enfin, les projets institutionnels du dernier établissement ne font référence ni à la notion de co-construction, ni à celle de pouvoir d'agir, encore moins à celle de partenariat. À l'occasion des entretiens, ces différents projets étaient majoritairement inconnus des professionnels et des résidents. Or, pour rendre effective l'appropriation de nouveaux concepts, encore faut-il construire collégialement leur formalisation.

2- L'exigence non effective d'une co-production des outils institutionnels

Afin d'élaborer chaque projet d'établissement, avait été initiée une consultation des personnes accompagnées. S'agissant de la première structure interrogée, aucun des professionnels n'avaient de souvenir quant à la manière dont les consultations s'étaient déroulées, témoignant probablement du peu de constructivité dans la conduite de ces groupes de travaux pluridisciplinaires. La seconde structure rénove actuellement son projet. Pour l'instant, seuls les professionnels y sont associés de manière informelle (cadre 2, étab. 2). Enfin, le troisième établissement a opté pour la consultation lors de groupes d'échanges.

Or, favoriser l'acceptation et l'appropriation nécessite de « **travailler ensemble** » (expert 1), ce qui implique deux dimensions : la définition des parties prenantes au projet et la manière de les associer. Le premier expert questionné conseille la mobilisation de tous les niveaux d'engagement dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, ce qui « **n'empêche pas que sur des actions très structurantes, on ait un chapeau partenarial, pour s'assurer que ce qui est fait en consultation ne sera pas instrumentalisé** ». En conséquence, il s'agit de fonctionner par étape et degré d'engagement. Le tout, étant de garantir un minimum de partenariat afin d'obtenir une production homogénéisée et non biaisée.

Afin que la co-construction soit pleinement réalisable, encore faut-il pallier les méconnaissances et l'inaccessibilité aux outils et documents.

3- L'importance de rendre accessible, de communiquer et de rappeler les valeurs et objectifs

« **On doit adapter nos pratiques et nos documents, (...), ça devrait être une priorité** » (cadre 1, étab. 2). C'est éviter la longueur incommensurable de documents, privilégier les phrases courtes, les schémas et les logos illustratifs. Pour exemple, les 63 pages (sans annexe) du projet d'établissement de la seconde structure interroge quant à son accessibilité et audibilité. La longueur et la complexité des contrats de séjour sont aussi décriées par le responsable du second établissement. Alors qu'il n'est pas adapté à sa compréhension, le résident le signe sans réellement en percevoir les enjeux. Pour qu'il y ait effectivité du partenariat, partons de la base et permettons aux résidents de comprendre ce qui leur est formalisé.

Accessibilité et communication sont indissociables. Rien ne sert de rendre accessible si l'on ne communique pas en amont et en aval. « **On le voit bien s'il n'y a pas de communication relativement tôt, on ne va pas les accrocher** » (professionnel 2, étab. 1). À titre d'illustration, aucun des résidents interrogés n'a su donner la signification du projet d'établissement, signe que leur association aux travaux et la communication sur ces derniers ne sont pas effectives.

Pour le manager, l'importance « **c'est la posture, c'est de rappeler** » (cadre 1, étab. 3) ; rappeler les objectifs, les valeurs, la dimension intégrative des personnes accompagnées et l'exercice de leur pouvoir d'agir, socles de l'approche partenariale. « **Il faut un garde-fou. Il faut en permanence réinjecter** » ; « **Ça doit être un sujet quotidien, hebdomadaire** » ; « Ça passe par des béquilles que ce soit la psychologue, l'infirmière et les éducateurs, pour accompagner le reste de l'équipe » (cadre 1, étab. 2). Il est essentiel qu'un

noyau de l'encadrement réitère en permanence l'importance de se questionner et d'amener le professionnel vers une pratique plus émancipatrice et moins surprotectrice.

C- L'influence comportementale et stratégique des cadres sur l'effectivité des pratiques partenariales

Soutenir le sens de la démarche et de l'innovation (1) ; être symétrique dans la relation que le manager entretient avec son équipe et celle qu'il exige entre les professionnels et les résidents (2) ; et entretenir la confiance (3) sont des appuis irréfutables au développement de l'approche partenariale.

1- La demande d'une incarnation d'un soutien managérial indéfectible

« Il faut qu'au départ on ait la même vision et que cette vision soit portée par la direction » (professionnel 2, étab. 3). « En tant que manager, il faut y croire soi-même (...) et puis les équipes attendent ça » (cadre 1, étab. 2). Ce même cadre m'illustre la symbolique de son rôle et la portée de sa parole : des agents hôteliers lui demandaient de se rendre à une réunion de résidents pour rappeler le règlement. Le responsable souhaitait que cette prise de parole demandée soit faite par l'éducatrice coordinatrice. Or, les agents ont répondu « non ce n'est pas pareil quand c'est vous ». Par corrélation, il ne peut y avoir partenariat que si cette volonté est soutenue et communiquée délibérément par la direction. « **Le soutien du leadership fait qu'il y a beaucoup de professionnels qui se sentent la possibilité d'expérimenter et de se planter avec le soutien de la direction** » (expert 1) ; c'est l'importance du soutien de légitimité institutionnelle, impliquant le droit à l'erreur et à l'essai, fondation du partenariat.

Selon Cloutier, l'un des axes du travail managérial tient au relationnel, dit autrement, au « **sensemaking** », propre à la conduite du changement dans les organisations (A. Chassagnoux, 2018). « **En projetant l'individu dans l'action, les interactions deviennent un lieu d'expérimentation par lequel l'acteur trouvera des éléments créateurs de sens qui justifieront son engagement** » (ibid.). L'encadrement doit ainsi permettre l'expérimentation sans définir préalablement le sens donné à une pratique donnée, mais en laissant les professionnels avancer par tâtonnements et essais, ce qui fera la force des réussites partenariales.

Outre le soutien managérial aux principes partenariaux, « je reste dans le principe de soutenir l'équipe dans ses choix. Et après, on en reparle ensemble en réunion » (cadre 1, étab. 1). Sous l'angle du partenariat, professionnels et résidents doivent être mis sur un pied d'égalité. Ainsi, faut-il impérativement en tant qu'encadrement soutenir inéluctablement les décisions prises par l'équipe ? Le soutien doit être identique tant envers les résidents que les accompagnants, à charge pour le manager d'en être vigilant. L'asymétrie ainsi constatée est également celle qui est dénoncée dans la manière de manager au quotidien.

2- Le nécessaire maintien d'une conduite managériale symétrique dans les relations entre managers-managés et managés-résidents

« **On a quand même l'impression en tant que salarié, que quand on nous questionne, les décisions sont déjà prises. Si nous on a cette impression-là, les résidents eux, on les consulte encore moins** »

(professionnel 1, étab. 1). L'une des cadres du premier établissement soulève la nécessité de s'employer à une homogénéité dans les types de management exercés : si l'encadrement demande aux accompagnants d'adopter des pratiques propres au partenariat, il se doit en contrepartie de faire de même avec son équipe. Il n'est pas envisageable d'exiger des professionnels de co-construire avec le résident, si la direction n'a pas pris pour habitude de co-construire avec les équipes d'accompagnement.

« De la même façon qu'on pourrait rendre les résidents plus autonomes, mon rôle c'est aussi de rendre les professionnels plus autonomes qu'ils ne le sont déjà » (cadre 1, étab. 1). « **Développer au maximum l'autonomie des professionnels, casser les lignes entre une direction, des cadres intermédiaires et des équipes, c'est un chantier** » (cadre 1, étab. 2), en référence au **management délégitif**.

« On essaie de maintenir une **communication ouverte**, c'est-à-dire qu'à tout moment, les résidents peuvent intervenir auprès de la direction. Le bureau est ouvert et ils le savent » (cadre 1, étab. 3), de la même façon qu'il doit l'être pour les professionnels. « **Ici on a de la chance parce qu'on a un directeur qui est très ouvert**. C'est vraiment une des rares structures où l'on peut oser » (professionnel 2, étab. 3). Le sentiment d'être en confiance pousse précisément à oser et à expérimenter.

3- Entretien de la confiance : fondement de l'impulsion et de la réussite de transformations culturelles

Certains témoignages sous-entendent un déficit de confiance des professionnels à l'égard de l'encadrement. « Les décisions sont prises en fonction de ce qu'ils disent (les résidents) ou en fonction de la direction ? Je la connais moi la réponse et c'est frustrant, on ne parle pas le même langage » (professionnel 4, étab. 1). Pour autre exemple, les professionnels du premier établissement ont suivi une journée de sensibilisation à la réhabilitation psychosociale ; et l'une des professionnelles a confié : « j'étais surprise. (...). On aurait dit qu'ils questionnaient notre manière d'accompagner comme si on découvrait la personne en situation de handicap psychique mais non quoi », d'où l'importance d'explicitement les justifications de telle action ou formation pour se comprendre mutuellement en toute transparence. « Je trouve ça presque insultant qu'on nous dise il faut écouter l'utilisateur, bah oui... évidemment qu'on les écoute » (professionnel 5, étab. 1). Toute la difficulté tient à la manière d'amener la question du partenariat, sans irriter ni provoquer de contestation au prétexte qu'ils le font déjà.

L'important est également d'octroyer aux professionnels des **marges de manœuvre**, tout comme il est essentiel que cette autonomie soit également affirmée entre encadrants (cadre 3, étab. 1) ; signe de confiance et de reconnaissance. Cette reconnaissance de l'autre, dans sa singularité et dans ses compétences, est l'un des attraits du partenariat (Maraquin, 2015).

Est également soulevée la **crainte « que la direction les lâche en cours de route »** (cadre 3, étab. 1), peur accentuée par la critique de changements excessivement récurrents des équipes de direction (professionnels du premier établissement) ; rendant encore plus difficile l'introduction de pratiques partenariales puisqu'elle nécessite une continuité dans les volontés et discours institutionnels.

La présente analyse qualitative, empreinte d'éléments terrain et théoriques, parfois propres aux réflexions d'axes d'amélioration, permet d'élaborer un plan d'actions très précis, sans révoquer les pistes précédemment énoncées par les experts interrogés.

CHAPITRE 3 – PLAN D' ACTIONS

Les managers d'un foyer de vie peuvent soutenir l'effectivité du partenariat par le déploiement de **quatre phases successives** : permettre aux accompagnants d'accéder à de meilleures conditions de travail propices à l'épanouissement professionnel et au conditionnement à la réception de nouvelles pratiques (1) ; les sensibiliser à l'approche partenariale (2) ; en associant progressivement chaque partie prenante à l'apprentissage d'un dialogue et à la garantie d'une entrée en relation (3) ; puis, pérenniser et ancrer cette nouvelle dynamique co-constructive dans l'organisation et le fonctionnement institutionnelle (4).

Étapes	Actions	Résultats attendus	Échéances
1 Démarche QVT – amélioration des conditions de travail et lutte contre l'épuisement professionnel	<input type="checkbox"/> Réaliser avec l'ensemble des services une évaluation interne avec un comité de pilotage composé de managers, d'accompagnants et de résidents.	Permettre un arrêt sur image, conscientiser les succès et dysfonctionnements, avec un axe propre à l'engagement des usagers (aller au-delà des exigences du référentiel qualité HAS de 2022), et proposer collégalement des pistes d'amélioration.	2025
	<input type="checkbox"/> Optimiser l' organisation des services (repères, calendriers, référents, cartographie des processus, référentiel qualité).	Favoriser le bien-être professionnel en permettant à chacun d'avoir ses propres repères, une organisation cible, pour s'octroyer des temps d'échanges formalisés avec les résidents.	
	<input type="checkbox"/> Octroyer des marges de manœuvre et développer l'autonomie des agents (management délégitif).	Réinstaurer la confiance, accentuer la reconnaissance d'autrui, de ses compétences, et réaffirmer sa place au sein de l'équipe.	
	<input type="checkbox"/> Propositions de teambuilding (méthode favorisant le rapprochement social).	Renforcer la cohésion de l'équipe et le dialogue entre chaque professionnel.	

2

Sensibiliser au partenariat – amorce, découverte, explication, et illustration

<input type="checkbox"/> Organiser des interventions d'experts et/ou de philosophes.	Amener la réflexion, débloquent des prises de conscience.
<input type="checkbox"/> Proposer des séminaires et/ou des colloques (en partenariat avec d'autres foyers de vie).	
<input type="checkbox"/> Organiser 3 types de groupes de parole : entre professionnels, entre résidents, et entre professionnels et résidents.	3 résultats seront attendus : permettre l'expression entre professionnels d'abord, puis entre résidents, et enfin, entre ces deux parties prenantes : → Permettre un dialogue entre pairs au préalable pour favoriser l'harmonie de leur groupe, puis l'harmonie des deux groupes ensemble, → Déterminer ce qui crée des tensions et les thématiques pouvant être ou non coconstruites.
<input type="checkbox"/> Créer une cellule de recherche avec d'autres établissements sur cette thématique de mémoire (aller dans d'autres foyers de vie, observer, questionner, puis rédiger collégialement un rapport).	Développer le profil « usager chercheur » du Modèle de Montréal, permettre une prise de conscience des résidents et des professionnels.
<input type="checkbox"/> Exposer les résultats de ce mémoire.	Sensibiliser à l'approche, partager l'état des lieux et les pistes possiblement envisageables.
<input type="checkbox"/> Créer des partenariats (Centres sur le partenariat, Centres Hospitaliers Universitaires, autres organismes associatifs s'étant emparés du sujet, comme l'Association des Paralysés de France).	Créer un élan collectif, favoriser la rencontre de professionnels d'univers différents, pousser à l'innovation et donner l'envie de s'améliorer quotidiennement.

2023
2024

3

<p><u>Création de conditions favorables au dialogue co-constructif</u></p>	<input type="checkbox"/> Formation à la réhabilitation psychosociale des professionnels et mise en œuvre des outils auprès des personnes accompagnées.	Développer les habilités sociales des résidents pour créer les conditions d'un dialogue et leur permettre d'échanger adéquatement entre pairs et avec les professionnels.	2026
	<input type="checkbox"/> Formation de pair-aidants .	Bénéficier d'interlocuteurs privilégiés entre professionnels et résidents.	
	<input type="checkbox"/> Réévaluation des savoirs et compétences lors des entretiens annuels.	Apprécier les compétences et les lacunes des professionnels en matière de dialogue avec l'utilisateur.	
	<input type="checkbox"/> Plan de formation des professionnels.	Y associer les formations nécessaires (participation, engagement, confiance).	
	<input type="checkbox"/> Permettre la co-formation entre résidents et accompagnants.	Favoriser le dialogue, la confiance, la complicité, permettre la rencontre.	
	<input type="checkbox"/> Médiateurs de santé pairs .	Mise en place d'une alliance entre accompagnants et résidents, dans un contexte de méfiance particulière dans le champ de la santé mentale.	
	<input type="checkbox"/> Créer un espace éthique groupé avec d'autres foyers (où interviennent résidents et accompagnants).	Favoriser le regard extérieur sur sa pratique et la prise de recul, permettre la co-construction de solutions.	
	<input type="checkbox"/> Adapter les outils et documents .	Garantir l'accessibilité pour tous (exemple : un livret d'accueil audio réalisé par les résidents).	

4

<p><u>Déployer et pérenniser le partenariat</u></p>	<input type="checkbox"/> Co-construire toutes les activités .	Être au niveau maximal d'engagement des résidents s'agissant de leur vie quotidienne (activités, sorties) et non plus sur de la proposition, consultation.	2026
	<input type="checkbox"/> Intervention de pairs-aidants en réunion de service.	Déconstruire le noyau professionnel en y associant des résidents.	
	<input type="checkbox"/> Avoir un slogan associatif y faisant référence	Prôner, ancrer, formaliser les valeurs et principes partenariaux.	

	<input type="checkbox"/> Inclure des « usagers profil ressources » dans la gouvernance et la politique qualité	Les managers et les professionnels ne doivent plus produire seul(s) (co-construire de la phase d'identification des problématiques à la mise en œuvre).	
	<input type="checkbox"/> Développer les références en duo (notamment sur des thématiques vie affective et sexuelle)	Favoriser le dialogue, envisager tous les accompagnements et toutes les solutions possibles.	
	<input type="checkbox"/> Rédiger un projet résidents avec toutes les parties, managers, professionnels, résidents.	Favoriser leur implication, la discussion entre pairs, et porter une parole collective au nom de toutes les personnes accompagnées (pallier les difficultés de la représentation d'usagers).	
	<input type="checkbox"/> Créer une maison des résidents .		

CONCLUSION –

J'étais passionnée ; passionnée par la thématique, par les échanges tous aussi pluriels et variés ; passionnée par un sujet qui m'anime tant professionnellement que personnellement. J'aurais pu y consacrer tout mon temps, toute mon énergie. Toutefois, des contraintes de temps, de typologie rédactionnelle imposée, de disponibilité des professionnels dans un temps imparti pour la réalisation de l'enquête qualitative, de missions de stage et d'examens universitaires ne m'ont pas octroyé la possibilité d'approfondir davantage ladite thématique étudiée.

Si la temporalité et les disponibilités me l'avaient permis, j'aurais interrogé l'ensemble des professionnels, des managers et des résidents des trois foyers de vie sélectionnés. L'enquête réalisée est empreinte d'un **biais de sélection**, parce que seuls les professionnels disponibles ont été interrogés, que bien d'autres ne l'ont pas été alors qu'ils auraient probablement partagé des expériences et discours divergents. Limiter l'étude à trois établissements implique de monter trop vite en généralités ; or les pratiques et les innovations diffèrent entre foyers. Un nombre plus conséquent de structures interrogées aurait été souhaitable. Par ailleurs, le **biais affectif** est indiscutable. Étant concernée personnellement par le sujet étudié, les discours virulents voire choquants de professionnels ont pu m'irriter, la difficulté était ainsi celle de maintenir toute objectivité rédactionnelle. Dans cette dynamique d'influence affective, les entretiens ont été difficiles à mener dans la mesure où les questions pouvaient potentiellement froisser et imager une remise en question de leur travail, de leur posture de professionnels, voire de leur personnalité. Pour ne pas donner cette impression de dénigrement, je me devais d'être précautionneuse dans le vocabulaire employé et la tonalité associée à chaque question posée.

Un **biais méthodologique** peut également être soulevé ; parce qu'il aurait été pertinent d'associer les personnes accompagnées à ma recherche, de co-construire avec les résidents et de les associer aux modalités d'enquête en les impliquant à la remontée d'informations et d'observations. Sur les conseils de l'une des expertes interrogées, j'ai contacté les auto-représentants régionaux afin d'avoir un regard extérieur sur le travail ainsi réalisé et de co-construire avec eux les pistes d'améliorations à soumettre aux managers destinataires dudit mémoire. Or, par leur manque de disponibilités, cette démarche n'a pu se concrétiser.

Contribuer au développement du partenariat entre professionnels et personnes accompagnées en institutions médico-sociales, et notamment dans le champ du handicap, pourrait faire l'objet d'une thèse et d'un projet de création d'un Centre d'excellence sur le partenariat, à l'instar du Centre québécois. La création du Centre ainsi envisagé consisterait à contribuer, **au sein d'établissements**, à la sensibilisation des managers et des professionnels et à l'accompagnement au déploiement de pratiques innovantes et culturellement changeantes.

Hors établissements, trois projets pourraient être envisagés grâce à la mise en place d'un tel Centre : avec des usagers profil « ressources », profil « formation » et profil « recherche ». À titre d'illustrations, des personnes en situation de handicap pourrait intervenir au sein de formations médicales et/ou paramédicales, de psychologie ou encore de sociologie. Je suis convaincue de la pertinence de telles propositions et envisage d'y réfléchir très sérieusement dans les prochains mois ou années à venir. J'espère très sincèrement que cette analyse vous aura persuadée du bien-fondé d'un tel sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES
AFFERENTES AU
CADRE LEGISLATIF ET
POLITIQUE

Assante, V. (2004). Évolution législative de 1975 à 2004. *Gérontologie et société*, 27110(3), 75-93.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2012). *Promouvoir la continuité des parcours de vie : D'une responsabilité collective à un engagement partagé*. https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_d_e_vie_2012.pdf (consulté le 20/02/2022)

Denis Piveteau. (2014). « Zéro sans solution » : *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*.

FEHAP (Santé Social - Privé Solidaire). (2022). *Crise des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social privé non lucratif : Premier baromètre des tensions de recrutement* (p. 5). <https://organisation.nexem.fr/download-pdf/61e72c1da49303208407a2f2> (consulté le 07/05/2022)

Ispenian, I. (2005). La loi du 2 janvier 2002 ou la reconnaissance de droits aux usagers. *Gérontologie et société*, 28115(4), 49-62.

Décret n° 2017-877 du 6 mai 2017 relatif à la définition du travail social, 2017-877 (2017).

Observatoire Covid-19 Éthique et Société. (2020). *COVID-19 : Enquête nationale— Situations de handicap en établissement et à domicile* (p. 51). https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/enquete_covid_handicap_vdef.pdf (consulté le 06/02/2022)

Sautegeau, A., Garrigues, C., & Fourroux, M. (2016). Évolution des politiques sociales envers les personnes en situation de handicap. *Empan*, 104(4), 19-24.

2

Secrétariat d'État chargé des personnes handicapées. (2017). *Une réponse accompagnée pour tous | Handicap*. <https://handicap.gouv.fr/une-reponse-accompagnee-pour-tous> (consulté le 21/02/2022)

Vachey, L., Varnier, F., Jeannet, A., Auburtin, A., & Gazagne, M. F. (2012). *Établissements et services pour personnes handicapées : Offre et besoins, modalités de financement* (p. 505). Inspection générale des affaires sociales.

ANESM. (2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (p. 47). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf (consulté le 29/04/2022)

ANESM. (2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles—SYNTHESE - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_synthese-maltraitanceetablissement.pdf (consulté le 06/05/2022)

Haute Autorité de Santé. (2008). *Fiche repère—Une dynamique du parcours d'accompagnement*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf (consulté le 11/05/2022)

Haute Autorité de Santé. (2020). *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_argumentaire_engagement_usagers.pdf (consulté le 07/03/2022)

Haute Autorité de Santé. (2022). *Manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux*. <https://www.has->

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

AFFERENTES AUX

RECOMMANDATIONS DE

BONNES PRATIQUES

3

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES
RELATIVES AUX
DEFINITIONS

sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/manuel_devaluation_de_la_qualite_essms.pdf (consulté le 11/05/2022)

Agence Régionale de Santé (ARS). (2021, avril 23). *Qu'est-ce que la démocratie en santé ?*
<https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante-3> (consulté le 11/05/2022)

Benoît Eyraud, Sébastien Saetta, Tonya Tartour. (2018). *Participations* (Vol. 3).
<https://www.cairn.info/revue-participations-2018-3.htm> (consulté le 21/01/2022)

ENAP. (2012). *Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique : La référence pour comprendre l'action publique—DEFINITION DU LEADERSHIP*.
<http://www.dictionnaire.enap.ca/Dictionnaire/1/Dictionnaire.enap> (consulté le 11/05/2022)

Maraquin, C. (2015). Le partenariat c'est quoi ? *Sante Social*, 113-122.

Service Public. (2022). *Handicap : Foyer de vie (ou foyer de vie occupationnel)*.
<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2005> (consulté le 11/05/2022)

4

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES
LIEES AU CONCEPT
D'USAGER
PARTENAIRE

Beetlestone, E., Demassiet, V., Olivier, F., Defromont, L., Daumerie, N., & Chabane, R. (2015). Une expérience de partenariat entre élus, professionnels, et usagers pour favoriser le rétablissement en santé mentale. *L'information psychiatrique*, 91(7), 578-585.

Berkesse, A., & Tourniaire, N. (2021). *Vers une coopération entre « patients partenaires » et représentants des usagers pour la démocratie en santé*. 2.

Boivin, A., Flora, L., Dumez, V., L'Espérance, A., Berkesse, A., & Gauvin, F.-P. (2017). *Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : Historique, approche et impacts du « modèle de Montréal »*. 17.

-
- Devictor, B., & Réquillart, D. (2017). *Démocratie en santé : Usagers, faisons mouvement ! Entretiens Bernadette Devictor et Denis Réquillart* (Livres EMCC).
- Foudriat, M. (2014). *La co-construction*. Dunod. <https://www.cairn.info/le-management-des-chefs-de-service-dans-le-secteur--9782100713059-page-229.htm> (consulté le 21/02/2022)
- France Assos Santé. (2021). *France Assos Santé – Journée nationale 2021—Représentants des usagers et patients partenaires : Comment agir en commun pour la démocratie en santé ?* <https://france-assos-sante.live/> (consulté le 09/05/2022)
- Gaudin, J.-P. (2010). La démocratie participative. *Informations sociales*, 158(2), 42-48.
- Gissingier-Bosse, C. (2019). *La participation en travail social entre idéal et réalité : De la formation initiale à son application sur les terrains*. 4(68), 57 à 71.
- Jaeger, M. (2014). *Un chantier à développer : La participation des usagers à la recherche*. Dunod. <https://www.cairn.info/le-travail-social-et-la-recherche--9782100710249-page-282.htm> (consulté le 21/11/2021)
- Lefevre, K., Ollivier, R., & Avec la collaboration d’Olivia Gross. (2018). *La démocratie en santé en question(s)* (Presses de l’EHESP).
- Michel, P., Brudon, A., Pomey, M.-P., Durieu, I., Baille, N., Schott, A.-M., Dadon, I., Saout, C., Kouevi, A., Blanchardon, F., Volta-Paulet, B., Reynaud, Q., & Haesebaert, J. (2020). Approche terminologique de l’engagement des patients : Point de vue d’un établissement de santé français. *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, 68(1), 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.09.010> (consulté le 11/05/2022)
- Petiau, A. (2021). *De la prise de parole à l’émancipation des usagers Recherches participatives en intervention sociale* (Presses de l’EHESP).
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « MONTREAL MODEL » : Enjeux du partenariat
-

<p style="text-align: center;">5</p>	<p>relationnel entre patients et professionnels de la santé. <i>Sante Publique</i>, 1(HS), 41-50.</p> <p>Portal, B., & Jouffray, C. (2019). <i>Coproduire le changement par le DPA Le point de vue des personnes et des professionnels</i> (Presses de l'EHESP).</p> <p>Université de Montréal. (2016). <i>Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux</i> (p. 55).</p> <p>https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Terminologie_Pratique_collaborative_Parteneriat_patient_2016.pdf (consulté le 29/04/2022)</p>
<p>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES PROPRES AU MANAGEMENT</p> <p>REFERENCES PROPRES AU MANAGEMENT</p>	<p>Chassagnoux, A. (2018). Décrypter la participation des usagers à travers un dispositif de management : Le sensemaking. <i>Laennec</i>, 66(1), 15-28.</p> <p>Mintzberg, H. (2010). <i>Le manager au quotidien Les 10 rôles du cadre</i> (Eyrolles).</p> <p>Mintzberg, H. (2014). <i>MANAGER L'essentiel Ce que font vraiment les managers... Et ce qu'ils pourraient faire mieux</i> (Vuibert).</p> <p>Miramon, J.-M. (2020). <i>Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux</i> (Presses de l'EHESP, Vol. 4).</p> <p>OPCO SANTE. (2019). <i>L'affirmation de la démocratie sanitaire dans les établissements de santé—Impacts sur les métiers, compétences et organisation</i> (p. 51).</p> <p>https://www.opco-sante.fr/sites/default/files/2021-02/20210201_OBSERVATOIRE__OPCO_SANTE_ETUDE_DEMOCRATIE_SANITAIRE_0.pdf (consulté le 29/03/2022)</p>
<p style="text-align: center;">6</p> <p>REFERENCES SOCIOLOGIQUES</p>	<p>Staszak, J.-F. (2000). Prophéties autoréalisatrices et géographie. <i>Espace géographique</i>, 29(2), 105-119. https://doi.org/10.3406/spgeo.2000.1981 (consulté le 05/05/2022)</p>

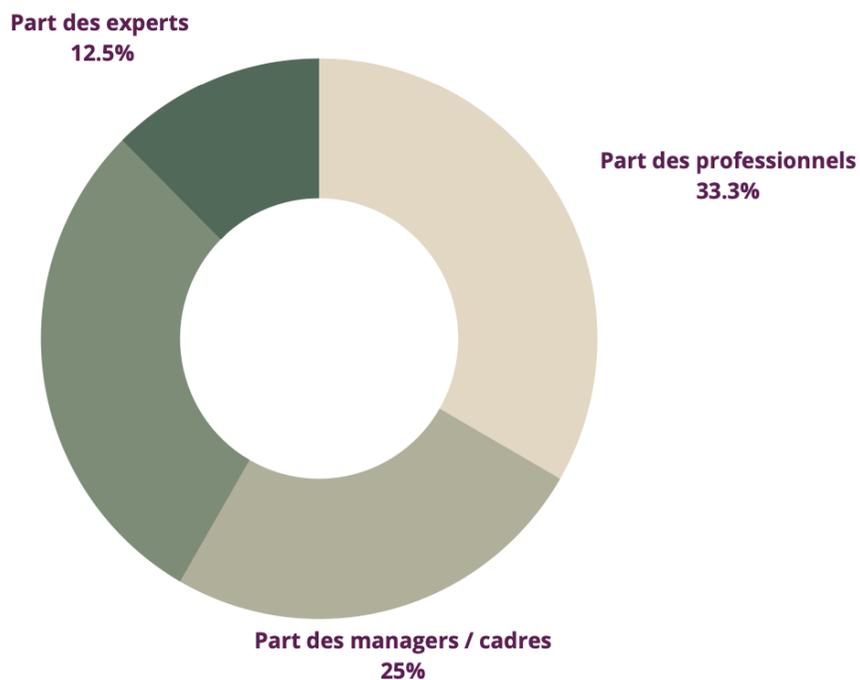
LISTE DES ANNEXES

- **ANNEXE 1.** Présentation détaillée des personnes interrogées par établissement sélectionné
- **ANNEXE 2.** Répertoire des stimuli utilisés dans le cadre des entretiens qualitatifs semi-directifs
- **ANNEXE 3.** Liste des figures utilisées tout du long de la rédaction
- **ANNEXE 4.** Grilles d'entretien
- **ANNEXE 5.** Modèle de tableau construit pour les retranscriptions et les premières analyses

ANNEXE 1. PRESENTATION DETAILLEE DES PERSONNES INTERROGÉES

ECHANTILLON CIBLE

PAR ÉTABLISSEMENT

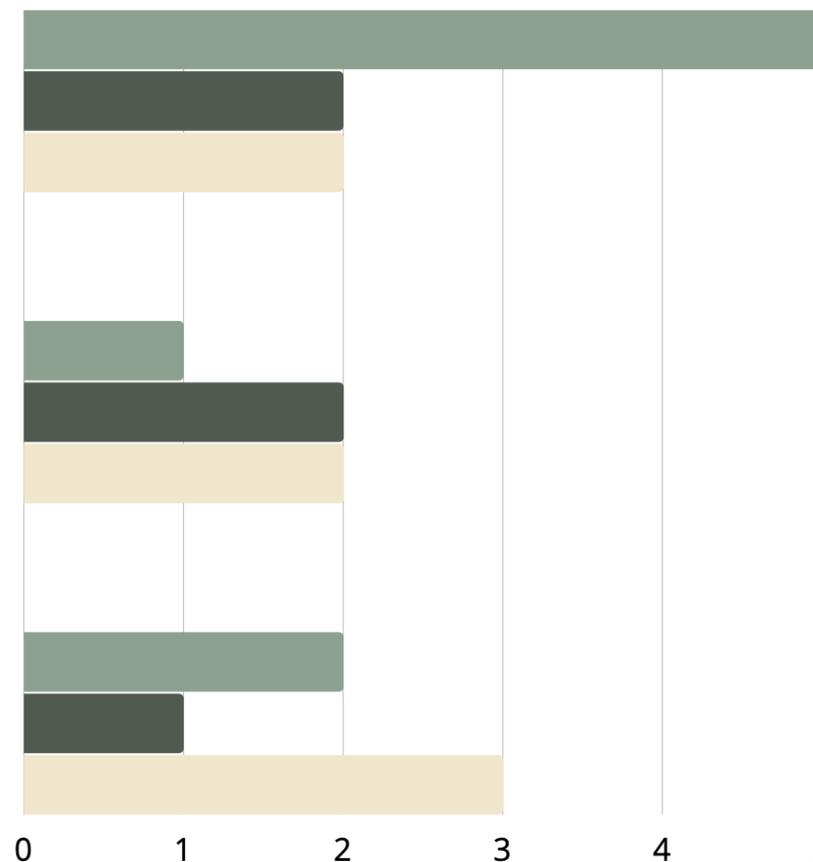


■ Part des professionnels
■ Part des managers / cadres
■ Part des résidents

ÉTAB 1

ÉTAB 2

ÉTAB 3



AU TOTAL
24 Entretiens réalisés

- 8 professionnels
- 6 cadres
- 7 résidents
- 3 experts

DESCRIPTION DES INTERVIEWÉS

ÉTABLISSEMENT 1

<p>Interviewé 1 PROFESSIONNEL 1</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>40'26</p> <p>FONCTION(S) : AVS, AMP, AS ANCIENNETÉ : 6 ans</p>	<p>Interviewé 2 PROFESSIONNEL 2</p> <p><input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/> Masculin</p> <p>38'00</p> <p>FONCTION(S) : AMP ANCIENNETÉ : 5 ans</p>	<p>Interviewé 3 PROFESSIONNEL 3</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>40'45</p> <p>FONCTION(S) : ASH, AMP, AS, AES ANCIENNETÉ : 3 ans</p>	<p>Interviewé 4 PROFESSIONNEL 4</p> <p><input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/> Masculin</p> <p>82'36</p> <p>FONCTION(S) : animateur socio-culturel ANCIENNETÉ : 13 ans</p>	<p>Interviewé 5 PROFESSIONNEL 5</p> <p><input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/> Masculin</p> <p>52'24</p> <p>FONCTION(S) : ME ANCIENNETÉ : 12 ans</p>
<p>Interviewé 6 CADRE 1</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>59'25</p> <p>FONCTION(S) : Psychologue clinicienne ANCIENNETÉ : 8 ans</p>	<p>Interviewé 7 CADRE 2</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>57'37</p> <p>FONCTION(S) : Éducatrice coordinatrice ANCIENNETÉ : 3 mois</p>	<p>Interviewé 8 CADRE 3</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>65'33</p> <p>FONCTION(S) : Directrice foyer de vie ANCIENNETÉ : 6 ans</p>	<p>Interviewé 9 RÉSIDENT 1</p> <p><input type="checkbox"/> Féminin <input checked="" type="checkbox"/> Masculin</p> <p>16'55</p> <p>PROJET(S) : Habiter en appartement autonome ANCIENNETÉ : 18 ans</p>	<p>Interviewé 10 RÉSIDENT 2</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin</p> <p>30'25</p> <p>FONCTION(S) : Retourner vivre en maison relais ANCIENNETÉ : 2 ans</p>

ES : Éducateur Spécialisé
ME : Moniteur-Éducateur
AMP : Aide Médico-Psychologique
AS : Aide-soignante
AVS : Aide à la Vie Sociale

 Durée des entretiens

* Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation de la personne interrogée.

DESCRIPTION DES INTERVIEWÉS

ÉTABLISSEMENT 2

Interviewé 1
CADRE 1

Féminin **55'57**
 Masculin

FONCTION(S) :
Responsable médico-social

ANCIENNETÉ : 24 ans

Interviewé 2
CADRE 2

Féminin **52'33**
 Masculin

FONCTION(S) : Éducatrice
coordinatrice

ANCIENNETÉ : 7 ans

Interviewé 3
PROFESSIONNEL 1

Féminin **25'31**
 Masculin

FONCTION(S) : AS

ANCIENNETÉ : 20 ans

Interviewé 4
RÉSIDENT 1

Féminin **13'03**
 Masculin

PROJET(S) : Changer de
lieu de vie

ANCIENNETÉ : 4 ans

Interviewé 5
RÉSIDENT 2

Féminin **10'22**
 Masculin

PROJET(S) : Projet non
défini

ANCIENNETÉ : 4 mois

AS : Aide-soignante

* Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation de la personne interrogée.

DESCRIPTION DES INTERVIEWÉS

EXPERTS DU
PARTENARIAT

Interviewé 1 EXPERT 1

- Féminin
 Masculin

58'24

- S'intéresse au partenariat depuis **2010**,
- **Réforme du programme de médecine**, chef de projet à l'Université de Montréal, en collaboration avec **Vincent Dumez**,
- L'un des fondateurs du **CEPPP**,
- Intégration dans la formation initiale et continue des professionnels de santé,
- Membre d'une **association** – accompagnement de personnes neurotypiques qui ont des addictions.

Interviewé 2 EXPERT 2

- Féminin
 Masculin

48'34

- **Médecin** de formation,
- **Québec** – thèse, maître de conférence,
- Contribution à la création du CEPPP,
- Activité de médecin à l'INES (Institut National d'Excellence en Santé),
- Collaboration avec l'**APF**,
- Contribution aux premiers projets de soutien par les pairs dans le domaine du handicap (centres de réadaptation des membres supérieurs).

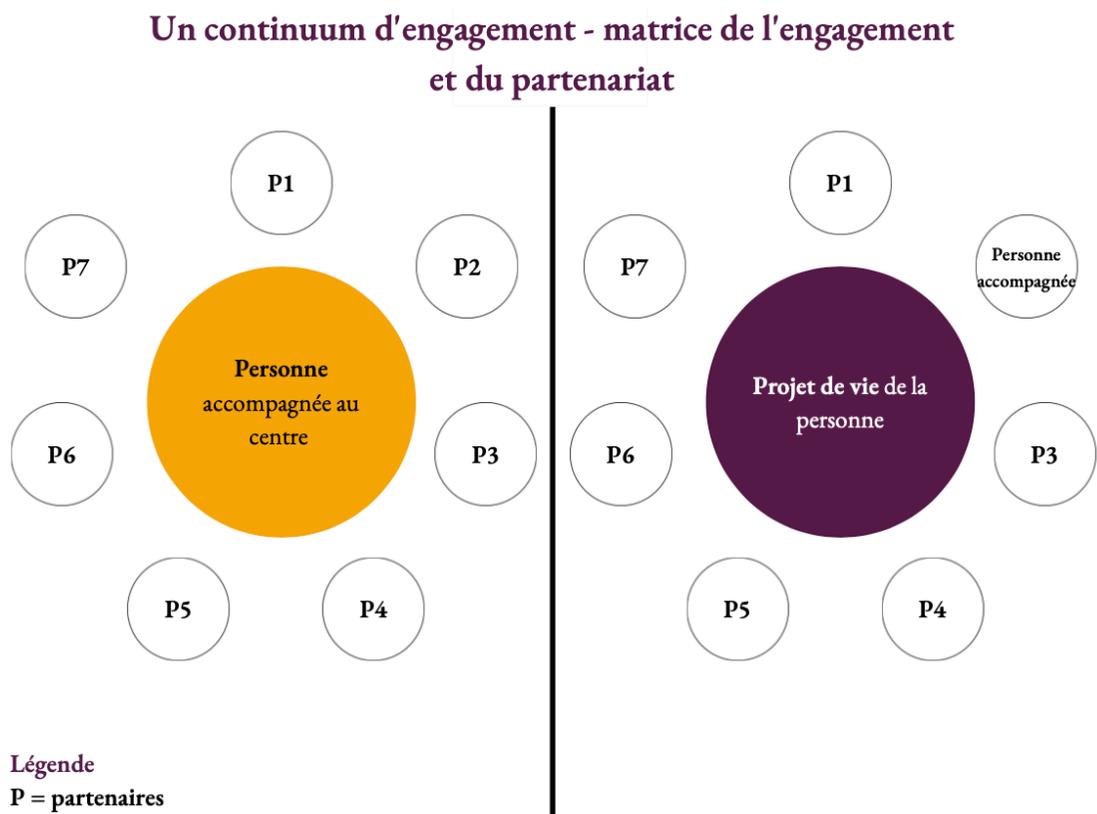
Interviewé 3 EXPERT 3

- Féminin
 Masculin

44'58

- **Responsable régional d'offres et de services à l'APF**
- Formation continue au Québec
- Groupes de travail sur le développement de pratiques partenariats (innovations et expérimentations),
- Bénéficie de l'aide et de l'accompagnement du deuxième partenaire que j'ai interrogé dans le cadre de ce mémoire.

ANNEXE 2. REPERTOIRE DES STIMULI UTILISES DANS LE CADRE DES ENTRETIENS QUALITATIFS SEMI-DIRECTIFS

Stimuli	Type	Objectifs et justification	Reproduction
<p>STIMULI 2 – à destination des accompagnants et des managers</p>	<p>Schéma illustratif (issu d'une discussion avec la directrice générale de l'association ALAPH)</p>	<p>A l'occasion d'une discussion avec la directrice générale de ma structure de stage, nous avons débattu autour du schéma suivant (qu'elle m'a proposé pour illustrer ses propos). J'ai trouvé opportun de les présenter aux équipes dans un double objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> > D'une part, il me permet d'interroger l'accompagnant sur sa propre perception de ses pratiques actuelles et dans quelle configuration estime-t-il se positionner aujourd'hui, > D'autre part, j'interroge l'accompagnant sur la configuration qu'il pense être la plus en adéquation avec l'émancipation de la personne accompagnée, en tant que partenaire. 	<p style="text-align: center;">Un continuum d'engagement - matrice de l'engagement et du partenariat</p>  <p>Légende P = partenaires</p>

		<p>Tout en permettant à la personne de trancher et de déterminer de manière schématique l'état de sa pratique, mon analyse n'en sera que plus précise.</p>																				
<p>STIMULI 3 – à destination des experts du partenariat</p>	<p>Matrice de l'engagement (issue du Modèle de Montréal et réinterprétée par A. BERKESSE)</p>	<p>Cette matrice m'a permis d'interroger les professionnels de manière précise sur chacune des strates pour obtenir des expériences et anecdotes.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1016 395 1240 552">Niveau d'engagement</th> <th data-bbox="1240 395 1464 552">Information</th> <th data-bbox="1464 395 1688 552">Consultation</th> <th data-bbox="1688 395 1912 552">Collaboration</th> <th data-bbox="1912 395 2136 552">Partenariat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1016 552 1240 730">Services et prestations d'accompagnement (niveau MICRO)</td> <td data-bbox="1240 552 1464 730">L'utilisateur reçoit de l'information</td> <td data-bbox="1464 552 1688 730">Les professionnels recueillent les perceptions et avis des usagers pour prendre une meilleure décision</td> <td data-bbox="1688 552 1912 730">La prise de décision est partagée et basée sur les préférences des usagers</td> <td data-bbox="1912 552 2136 730">La prise de décision est collective (équipe incluant l'utilisateur) et se fait en fonction du projet de vie de l'utilisateur</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1016 730 1240 938">Organisation des prestations et services (niveau MÉSO)</td> <td data-bbox="1240 730 1464 938">Les représentants des usagers reçoivent des informations sur les prises de décision (CVS)</td> <td data-bbox="1464 730 1688 938">Les représentants des usagers sont invités à des groupes de travail où ils expriment les besoins des usagers</td> <td data-bbox="1688 730 1912 938">Organisation de groupes de travail où les usagers expriment leurs besoins</td> <td data-bbox="1912 730 2136 938">Les services et prestations sont co-construits (et les représentants des usagers participent à leur amélioration continue)</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Schéma inspiré de celui d'Alexandre Berkesse (lui-même inspiré du Modèle de Montréal)</p>					Niveau d'engagement	Information	Consultation	Collaboration	Partenariat	Services et prestations d'accompagnement (niveau MICRO)	L'utilisateur reçoit de l'information	Les professionnels recueillent les perceptions et avis des usagers pour prendre une meilleure décision	La prise de décision est partagée et basée sur les préférences des usagers	La prise de décision est collective (équipe incluant l'utilisateur) et se fait en fonction du projet de vie de l'utilisateur	Organisation des prestations et services (niveau MÉSO)	Les représentants des usagers reçoivent des informations sur les prises de décision (CVS)	Les représentants des usagers sont invités à des groupes de travail où ils expriment les besoins des usagers	Organisation de groupes de travail où les usagers expriment leurs besoins	Les services et prestations sont co-construits (et les représentants des usagers participent à leur amélioration continue)
Niveau d'engagement	Information	Consultation	Collaboration	Partenariat																		
Services et prestations d'accompagnement (niveau MICRO)	L'utilisateur reçoit de l'information	Les professionnels recueillent les perceptions et avis des usagers pour prendre une meilleure décision	La prise de décision est partagée et basée sur les préférences des usagers	La prise de décision est collective (équipe incluant l'utilisateur) et se fait en fonction du projet de vie de l'utilisateur																		
Organisation des prestations et services (niveau MÉSO)	Les représentants des usagers reçoivent des informations sur les prises de décision (CVS)	Les représentants des usagers sont invités à des groupes de travail où ils expriment les besoins des usagers	Organisation de groupes de travail où les usagers expriment leurs besoins	Les services et prestations sont co-construits (et les représentants des usagers participent à leur amélioration continue)																		

ANNEXE 3. LISTE DES FIGURES UTILISEES TOUT DU LONG DE LA REDACTION

- **Figure 1.** La matrice de l'engagement selon le Modèle de Montréal
- **Figure 2.** Le management vu comme un art, un artisanat et une science (Mintzberg, 2014)
- **Figure 3.** Le changement : un processus global (Miramon, 2020)
- **Figure 4.** Les axes du leadership de l'engagement (Université de Montréal, 2016)
- **Figure 5.** L'évolution de la relation patient-intervenant (Université de Montréal, 2016)
- **Figure 6.** Résultats obtenus aux deux questions (en %)
- **Figure 7.** Part des cadres et administratifs ayant voté pour le schéma 1 à la question 1 et pour le schéma 2 à la question 2 parmi l'ensemble des votes pour le schéma 1 à la question 1 (en %)
- **Figure 8.** Part des professionnels ayant voté pour le schéma 2 aux questions 1 et 2 parmi l'ensemble des votes pour le schéma 2 à la question 2 (en %)
- **FIGURE 9.** Tableau analytique des projets de chaque association et établissement

ANNEXE 4. GRILLES D'ENTRETIEN

Grille d'entretien 1 pour les équipes d'accompagnement

Propos introductifs –

- Rappeler mon **profil** (Master 2 AMOS, EHESP) et l'origine de ma **démarche** (mémoire de fin d'année),
- Présenter mon **sujet** rapidement ; **participation** et **partenariat** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique avec leurs accompagnants éducatifs (sans trop en dire sur le concept de partenariat et la notion de co-construction),
- Demander s'il est possible d'enregistrer,
- Check-list – portable (avec chargeur), stylo, imprimer une grille par entretien pour l'annoter.

PARTIE 1 – Prendre connaissance de l'interviewé(e)

OBJECTIFS – Établir une relation de confiance et déterminer le profil de la personne interrogée.

L Pouvez-vous vous présenter ?

- Votre formation,
- Votre parcours professionnel / antérieur,
- Votre fonction actuelle,
- Depuis combien de temps exercez-vous dans le champ du handicap ?

Caroline GÉNARD - Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2021-2022

II- Questions préliminaires –

- 1) En tant qu'expert du handicap et de l'accompagnement, que pensez-vous de la **participation** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique ?

Relance 1 – si l'interviewé n'en parle pas, questionner les freins et les ressources/atouts.

Relance 2 – quelles sont vos **représentations** de la personne en situation de handicap mental et/ou psychique ?

- 2) Quelle est votre **vision** de l'accompagnement ?

PARTIE 2 – Le prisme des pratiques institutionnelles (de l'établissement et de l'association)

OBJECTIFS – Débuter par une approche macro, poursuivre l'établissement d'une relation de confiance, connaître les valeurs et les outils institutionnels et appréhender la perception du professionnel.

L Projet d'établissement et projet associatif –

- 1) Définition stratégique – que disent le **projet d'établissement** et le **projet associatif** sur la participation et/ou la place des usagers ?

→ Évoquent-ils la notion de co-construction ou celle de partenariat ?

→ Quelles valeurs prônent-ils ?

- 2) Quels sont les **outils** mis en œuvre pour y parvenir ?

→ Qu'en pensez-vous ? Que faites-vous de ces outils ?

→ Reformulation – outils (Chartes, CVS, espaces de discussion, séminaires, etc.)

3) Mise en œuvre opérationnelle –

- Les résidents ont-ils été consultés lors de l'élaboration du projet d'établissement et/ou de service ?
- Comment ? Et qu'en pensez-vous ?

4) Avez-vous perçu des **changements** impulsés par la direction en faveur d'une plus grande participation des usagers ?

- Lesquels ?
- Et qu'en pensez-vous ?

II- Pratiques collégiales dans le service –

1) Que mettez-vous en œuvre dans le service avec vos collègues pour favoriser la collaboration avec l'utilisateur ?

Relance – Comment votre service travaille-t-il majoritairement avec les résidents ?

III- Conseil de la Vie Sociale (CVS) –

1) A titre collectif, votre service prend-il en considération les décisions / sujets débattus ?

Relance – comment ? Et qu'en pensez-vous ?

2) A titre personnel, comment vous vous servez des éléments évoqués en CVS ?

Relance – avez-vous modifié vos pratiques à la suite des retours des usagers ?

3) Existence d'**autres temps d'expression** dans votre établissement ? Si oui, comment se déroulent-ils ?

IV- Formations (**OBJECTIFS** – faire le lien avec la troisième partie sur les pratiques individuelles et amorcer la notion de co-construction) –

1) Avez-vous suivi des modules de formation sur la participation et/ou sur l'utilisateur partenaire ?

PARTIE 3 – Le prisme des pratiques individuelles (de l'interviewé)

OBJECTIFS – Poursuivre par une approche micro, analyser la pratique quotidienne de la personne interrogée, sa conception du partenariat et de la co-construction, recueillir des anecdotes et des illustrations de pratiques partenariales.

1) Que mettez-vous derrière les termes de **partenariat** et de **co-construction** ? Et que pensez-vous de ces deux concepts ?

Précision – donner également ma définition.

2) Pensez-vous que le partenariat est aujourd'hui possible ?

→ Et pourquoi ? Quels sont les freins et atouts à son développement ?

→ **Qu'est-ce qu'il vous manque aujourd'hui pour l'exercer pleinement ?**

Relances – temps, moyens, contraintes institutionnelles, formations, espaces.

→ Avez-vous des **anecdotes** / **expériences** / **exemples** à me partager ?

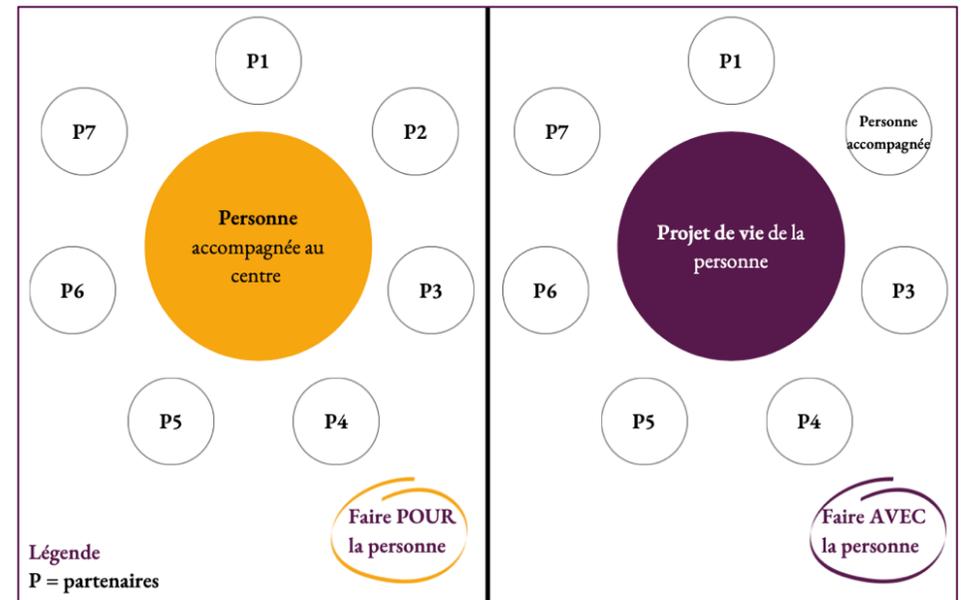
Relance (en lien avec mes missions de stage) – co-construction et partenariat (circuit du médicament et autonomie ; aménagement des espaces, Comité d'éthique).

- 3) Estimez-vous que l'approche partenariale soit présente dans vos pratiques ?
- **1^{er} cas de figure** – si la personne estime qu'il y a partenariat, sur quel(s) sujet(s) co-construisez-vous les décisions avec les usagers ?
 - **2^{ème} cas de figure** – si la personne estime qu'il n'y a pas partenariat, sur quel(s) sujet(s) pensez-vous qu'il devrait y avoir co-construction des décisions avec les usagers ?
- 4) Pour les professionnels de l'ALAPH uniquement –
- Étiez-vous présent à la journée du 24 février sur la **réhabilitation psychosociale** organisée par le CHGR ?
 - L'avez-vous trouvée intéressante et en quoi ?
 - Dans votre pratique quotidienne, est-ce que c'est possible ?

PARTIE 4 – Pour aller plus loin...

OBJECTIFS – Alimenter le débat et développer les axes d'améliorations.

- 1) Voici deux scénarios (je vous laisse le temps de les comprendre et de les analyser).
- Selon vous, dans quelle configuration vos pratiques professionnelles s'inscrivent-elles ? Et pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?
 - Quelle configuration vous semble la plus en adéquation avec l'émancipation de la personne accompagnée (précision – dans une approche partenariale) ?



- 2) Selon vous, les **transformations de l'offre médico-sociale** vont-elles dans le sens d'un partenariat entre usagers et professionnels / d'une plus forte collaboration ?
- Relance / reformulation – aujourd'hui, les politiques sociales prônent la participation des personnes en situation de handicap et la co-construction (entre professionnels et usagers) dans les projets institutionnels notamment. Qu'en pensez-vous ? Est-ce réalisable sur le terrain ?
 - Comment vous positionnez-vous par rapport à ces évolutions ?
- 3) Identifiez-vous d'autres **axes d'amélioration** dans votre établissement ou dans vos pratiques pour renforcer la co-construction avec les personnes accompagnées ?
- 4) Y-a-t-il **d'autres aspects / sujets** que nous avons omis d'aborder ?

Grille d'entretien 2 pour la direction et les managers de proximité

Propos introductifs –

- Rappeler mon **profil** (Master 2 AMOS, EHESP) et l'origine de ma **démarche** (mémoire de fin d'année),
- Présenter mon **sujet** rapidement ; **participation** et **partenariat** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique avec leurs accompagnants éducatifs,
- Demander s'il est possible d'enregistrer,
- Check-list – portable (avec chargeur), stylo, imprimer une grille par entretien pour l'annoter.

PARTIE 1 – Prendre connaissance de l'interviewé(e)

OBJECTIFS – Établir une relation de confiance et déterminer le profil de la personne interrogée.

I- Pouvez-vous vous présenter ?

- Votre formation,
- Votre parcours professionnel / antérieur,
- Votre fonction actuelle,
- Depuis combien de temps exercez-vous dans le champ du handicap ?

II- Questions préliminaires –

1) En tant qu'expert du handicap, que pensez-vous de la **participation** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique ?

Relance 1 – si l'interviewé n'en parle pas, questionner les freins et les ressources/atouts.

Relance 2 – quelles sont vos **représentations** de la personne en situation de handicap mental et/ou psychique ?

2) Quelle est votre **vision** de l'accompagnement ?

PARTIE 2 – Le prisme des pratiques institutionnelles (de l'établissement et de l'association)

OBJECTIFS – Débuter par une approche macro, connaître les valeurs et les outils institutionnels et appréhender la perception du directeur et/ou du manager.

I- Histoire / évolution institutionnelle et associative –

1) Quelle est votre **histoire associative** ?

2) Quelle est votre **évolution institutionnelle** en matière de participation et de collaboration des usagers ?

3) Quels **effets** ces évolutions ont-elles produit sur les équipes ?

II- Projet d'établissement et projet associatif –

1) Définition stratégique – que disent le **projet d'établissement** et le **projet associatif** sur la participation et/ou la place des usagers ?

→ Évoquent-ils la notion de co-construction ou celle de partenariat ?

→ Quelles valeurs prônent-ils ?

2) Quels sont les **outils** mis en œuvre pour y parvenir ?

→ Qu'en pensez-vous ? Ces outils sont-ils effectifs aujourd'hui dans vos services ?

→ Reformulation – outils (Chartes, CVS, espaces de discussion, séminaires, etc.)

3) Mise en œuvre opérationnelle des projets –

→ Les résidents ont-ils été consultés lors de l'élaboration du projet d'établissement et/ou de service ?

→ Comment ? Et qu'en pensez-vous ?

III- Pratiques collégiales dans le service –

1) Que pensez-vous des pratiques actuelles de vos équipes (en lien avec mon sujet) ?

Reformulation – comment appréhendez-vous la manière dont les professionnels du foyer de vie travaillent avec les résidents ?

IV- Conseil de la Vie Sociale (CVS) –

1) Que pensez-vous du rôle des instances représentatives des usagers au sein de votre établissement ?

Relance – que deviennent les décisions qui y sont adoptées ?

V- Formations –

2) Organisez-vous ou projetez-vous d'organiser des temps de formation ou des espaces de discussion sur la place des usagers / leur participation / leur collaboration avec les équipes ?

PARTIE 3 – Le prisme des pratiques individuelles

OBJECTIFS – Poursuivre par une approche micro, analyse des pratiques quotidiennes des professionnels (freins, ressources, réactions).

1) Que mettez-vous derrière les termes de **partenariat** et de **co-construction** ? Et que pensez-vous de ces deux concepts ?

Précision – donner également ma définition.

2) **Pensez-vous que le partenariat est aujourd'hui possible au sein du foyer de vie ?**

→ Et pourquoi ? Quels sont les freins et atouts à son développement ?

→ **Qu'est-ce qu'il manque aujourd'hui à votre équipe pour l'exercer pleinement ?**

Relances – temps, moyens, contraintes institutionnelles, formations, espaces.

→ Avez-vous des **anecdotes** / **expériences** / **exemples** à me partager ?

3) Estimez-vous que l'approche partenariale soit présente dans les pratiques du service ?

→ **1^{er} cas de figure** – si la personne estime qu'il y a partenariat, sur quel(s) sujet(s) co-construisez-vous les décisions avec les usagers ?

→ **2^{ème} cas de figure** – si la personne estime qu'il n'y a pas partenariat, sur quel(s) sujet(s) pensez-vous qu'il devrait y avoir co-construction des décisions avec les usagers ?

4) Pour la direction de l'ALAPH uniquement –

→ Quels étaient les objectifs de la journée du 24 février sur la **réhabilitation psychosociale** organisée par le CHGR ?

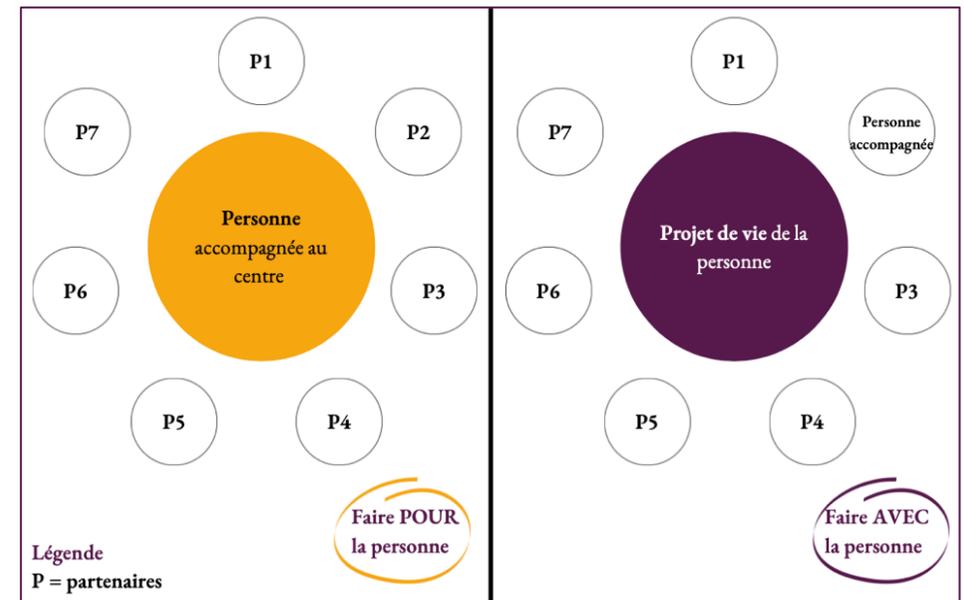
PARTIE 4 – Pour aller plus loin...

OBJECTIFS – Alimenter le débat et développer les axes d'améliorations.

1) Voici deux scénarios (je vous laisse le temps de les comprendre et de les analyser).

→ Selon vous, dans quelle configuration les pratiques professionnelles du service s'inscrivent-elles ? Pourquoi ? Qu'en pensez-vous ?

→ Quelle configuration vous semble la plus en adéquation avec l'émancipation de la personne accompagnée (précision – dans une approche partenariale) ?



3) Identifiez-vous des **axes d'amélioration** dans votre établissement ou dans vos pratiques pour renforcer la co-construction avec les personnes accompagnées ?

4) Y-a-t-il **d'autres aspects / sujets** que nous avons omis d'aborder ?

Ne pas oublier – Est-il possible de m'adresser votre projet d'établissement et votre projet associatif ?

Grille d'entretien 3 pour les usagers (à réaliser en groupe)

Propos introductifs –

- Rappeler mon **profil** (Master 2 AMOS, EHESP) et l'origine de ma **démarche** (mémoire de fin d'année),
- Présenter mon **sujet ; participation et partenariat** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique avec leurs accompagnants éducatifs,
- Demander s'il est possible d'enregistrer,
- Check-list – portable (chargeur), stylo, imprimer une grille par entretien pour l'annoter.

PARTIE 1 – Prendre connaissance de l'interviewé(e)

OBJECTIFS – Établir une relation de confiance et déterminer le profil de la personne interrogée.

- 1) Depuis combien de temps êtes-vous dans l'établissement ?
- 2) Quelles sont vos activités quotidiennes (professionnelles ou non) et vos engagements associatifs ?

PARTIE 2 – Objectivation des pratiques institutionnelles et individuelles

OBJECTIFS – Appréhender le degré de participation de la personne interrogée et des possibilités offertes par l'établissement et dont elle a connaissance.

- 1) Participez-vous à des **instances** et/ou des **réunions** au sein de l'institution ?
- 2) Quels sont les **outils** mis à votre disposition pour que l'on vous écoute ?

- 3) Comprenez-vous les informations que l'on vous donne concernant la vie de l'établissement ?
- 4) Participez-vous à des **prises de décision** ? Si oui, sur quels **sujets** ?
- 5) Savez-vous si les décisions adoptées en **CVS** sont prises en considération par les professionnels ? Selon vous, ces décisions modifient-elles les pratiques ?

PARTIE 3 – Perception individuelle de l'interviewé(e) sur sa propre participation et collaboration au sein de l'établissement

OBJECTIF – Recueillir son ressenti, ses besoins et ses attentes.

- 1) **Que pensez-vous de la place des personnes en situation de handicap dans l'établissement ?**
- 2) Pensez-vous que l'on vous écoute suffisamment ?
- 3) Vous considérez-vous comme un partenaire des professionnels ?
- 4) Sur quels sujets aimeriez-vous participer aux décisions ?
- 5) Avez-vous envie de changements dans l'établissement ? Si oui, lesquels ?
- 6) Est-ce que vos actions / demandes sont mises en œuvre ?

PARTIE 4 – Pour aller plus loin...

OBJECTIF – Aborder la notion de partenariat sous un format de vidéo (**montrer la vidéo**).

Que pensez-vous de la vidéo ? Est-ce réalisable dans l'établissement ?

Grille d'entretien 4 pour les experts du partenariat

Propos introductifs –

- Rappeler mon **profil** (Master 2 AMOS, EHESP) et l'origine de ma **démarche** (mémoire de fin d'année),
- Présenter mon **sujet** rapidement ; **participation** et **partenariat** des personnes en situation de handicap mental et/ou psychique avec leurs accompagnants éducatifs,
- Demander s'il est possible d'enregistrer,
- Check-list – portable (avec chargeur), stylo, imprimer une grille par entretien pour l'annoter.

PARTIE 1 – Prendre connaissance de l'interviewé(e)

OBJECTIFS – Établir une relation de confiance et déterminer le profil de la personne interrogée.

I- Pouvez-vous vous présenter ?

- Votre formation,
- Votre parcours professionnel / antérieur,
- Votre fonction actuelle,
- Depuis combien de temps étudiez-vous / êtes-vous expert du concept de partenariat ?

II- CEPPP –

- 1) Quelles sont les **particularités** du CEPPP (Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public) ?
- 2) Qu'entendez-vous par « patient » et par « public » ?
Précision – les personnes en situation de handicap peuvent-elles comprises dans l'appellation « public » ?

III- Consultation et accompagnement –

- 1) Êtes-vous à l'origine d'innovations transformationnelles ou avez-vous contribué à l'une d'entre elles ? Si oui, lesquelles ? Quels ont été les apports de ces changements ?
- 2) Êtes-vous déjà intervenu(e) dans le champ du handicap ? Si oui, de quelle(s) manière(s) ?

PARTIE 2 – Explicitation des concepts de la démocratie en santé

OBJECTIFS – Obtenir un apport théorique complémentaire à la revue de littérature.

- 1) Qu'entendez-vous par **partenariat** ?
- 2) Quelle(s) différence(s) faites-vous avec la notion de **participation** ?
- 3) En tant qu'expert du partenariat usager, dans quelle mesure est-il **applicable au champ du handicap** ?
 - Selon vous, le Modèle de Montréal pourrait-il être applicable au handicap et en quoi ?

→ Quels peuvent être les freins et les ressources/atouts à son développement au sein d'un foyer de vie ?

PARTIE 3 – L'application aux pratiques institutionnelles

OBJECTIFS – Développer les concepts à l'échelle des pratiques professionnelles dans un établissement.

I- Matrice de l'engagement (selon le Modèle de Montréal) –

Niveau d'engagement	Information	Consultation	Collaboration	Partenariat
Services et prestations d'accompagnement (niveau MICRO)	L'utilisateur reçoit de l'information	Les professionnels recueillent les perceptions et avis des usagers pour prendre une meilleure décision	La prise de décision est partagée et basée sur les préférences des usagers	La prise de décision est collective (équipe incluant l'utilisateur) et se fait en fonction du projet de vie de l'utilisateur
Organisation des prestations et services (niveau MÉSO)	Les représentants des usagers reçoivent des informations sur les prises de décision (CVS)	Les représentants des usagers sont invités à des groupes de travail où ils expriment les besoins des usagers	Organisation de groupes de travail où les usagers expriment leurs besoins	Les services et prestations sont co-construits (et les représentants des usagers participent à leur amélioration continue)

Schéma inspiré de celui d'Alexandre Berkesse (lui-même inspiré du Modèle de Montréal)

- 1) Pour chacun des deux niveaux (MICRO et MÉSO), à quelle étape estimez-vous que les pratiques professionnelles se situent-elles majoritairement aujourd'hui dans le secteur médico-social ?
- 2) Quels changements avez-vous perçus et pouvez-vous percevoir aujourd'hui dans les pratiques professionnelles (tout secteur confondu) ?

3) Selon vous, à l'échelle d'un établissement, qu'est-ce qui influence l'effectivité ou non de la pratique partenariale ?

II- Si vous deviez intervenir dans un établissement médico-social œuvrant dans le champ du handicap –

→ Quels seraient vos conseils ?

→ Quel(s) accompagnement(s) pourriez-vous proposer pour le déploiement effectif du partenariat entre professionnels et personnes accompagnées ?

ANNEXE 5. MODELE DE TABLEAU CONSTRUIT POUR LES

RETRANSCRIPTIONS ET LES PREMIERES ANALYSES

Partie 1 Présentation	Parcours universitaire et/ou professionnel –
	Participation et représentations –
	Vision de l'accompagnement –
Partie 2 Pratiques institutionnelles	Projet d'établissement / projet associatif (valeurs, compréhension, perceptions) –
	Outils pour coconstruire –
	Mise en œuvre opérationnelle des projets –
	Changements institutionnels –
	Pratiques collégiales –
	CVS –
	Formations –
Partie 3 Pratiques individuelles	Notions de partenariat et de co-construction –
	Perception du partenariat –
	Sujets coconstruits ou à co-construire –
Partie 4 Pour aller plus loin...	Stimuli –
	Transformations de l'offre (compréhensions, perceptions) –
	Axes d'amélioration –
OBSERVATIONS	

GÉNARD	Caroline	Juillet 2022
Master 2 AMOS Promotion 2021-2022		
Démocratie en santé : l'effectivité du partenariat entre personnes accompagnées et professionnels en foyer de vie		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP RENNES		
<p><u>Résumé :</u></p> <p>L'engagement des personnes en situation de handicap est un sujet glissant, parce qu'il n'est ni plébiscité législativement, et parce qu'il l'est encore moins sur le terrain. Le partenariat, niveau maximal d'engagement des usagers, implique des changements pluriels : culturels, de posture professionnelle, de regard sur les pathologies, de conditions discursives et de dynamiques managériales. Dans le champ du handicap, le concept d'utilisateur-partenaire semble lointain, parce que primitivement valorisé dans le secteur sanitaire ; et pour autant, non impossible dans sa transposition. Il implique une disposition à sa réception, à son écoute et à sa compréhension ; tel est l'objet du rôle managérial, accompagner ses équipes vers une dynamique d'émancipation de la personne en situation de handicap ; intégratrice, co-actrice et co-autrice dans les projets et organisations.</p> <p>Ce mémoire est un outil destiné aux managers, pour comprendre les enjeux et difficultés sous-jacentes à une possible introduction de pratiques partenariales en l'état actuel des environnements de travail.</p>		
<p>Mots clés : engagement – démocratie en santé – partenariat – participation – management – Modèle de Montréal – co-construction – co-production – pouvoir d'agir – effectivité</p>		
<i>L'École des Hautes Études 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>		