

**DIVERSIFIER L'OFFRE DE SERVICE D'UN DISPOSITIF
« HABITAT ET VIE SOCIALE » POUR FACILITER LA
TRANSITION VERS LE LOGEMENT INCLUSIF DES
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP INTELLECTUEL**

Caroline DELAYEN

2022

Remerciements

Je tiens à adresser mes plus sincères remerciements à :

Mr Régis DUMONT, en sa qualité d'accompagnateur mémoire, pour ses précieux conseils et sa disponibilité au long de ce travail

Mr Michaël KNOPP, tuteur de stage et de mémoire, pour sa confiance, sa culture partagée et son expertise dans la fonction de direction

Charlotte et Frédéric, mes collègues de formation, pour notre soutien mutuel et nos riches échanges sur ce qui nous attend dans l'exercice professionnel

Enfin, et surtout, François, pour son soutien et sa patience sans faille durant ces 2 années de formation.

**« Ce n'est pas le capitaine qui fait le bateau mais
l'équipage ».**

Carola Rakete, capitaine du Sea-Watch 3

Sommaire

Introduction	1
1. La nécessité de diversifier l'offre de service du DHVST pour promouvoir l'inclusion par le logement de PSH intellectuel.....	3
1.1. Le constat d'une structure à l'ancienne confrontée à l'évolution des populations.....	3
1.1.1. Présentation du DHVST	3
1.1.2. Une présence accrue de PSH vieillissantes	4
1.1.3. L'apparition d'un nouveau public présentant des troubles psychiques associés	6
1.2. Un territoire et une architecture peu propices à l'inclusion.....	8
1.2.1. Les réalités d'un territoire rural ne facilitant pas la mobilité.....	8
1.2.2. L'offre de service collective imposée par l'architecture	9
1.3. La spécificité du handicap intellectuel pour l'accompagnement vers l'habitat	11
1.3.1. Définition et besoins des PSH intellectuel	11
1.3.2. Impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement du dispositif.....	13
1.3.3. Des exemples d'habitats intermédiaires en France et à l'étranger pour les PSH intellectuel.....	13
1.4. La légitimité d'apporter une réponse à cette diversification du public	15
1.4.1. Le logement comme vecteur d'inclusion.....	15
1.4.2. L'évolution législative du parcours des personnes et le libre choix du mode de vie.....	17
1.4.3. La nécessité d'envisager l'accueil au sein de nos foyers dans une logique de parcours.....	20
1.5. Les enjeux de l'inclusion par le logement des PSH dans le DHVST.....	21
1.5.1. Des politiques publiques régionales et départementales en faveur d'une diversification de l'offre.....	21
1.5.2. Les enjeux sur le territoire pour le DHVST et l'association de réussir l'inclusion des PSH.....	22
1.6. Synthèse de notre problématique.....	23

2. L'association et le DHVST face au projet de diversification de l'offre de services	25
2.1. Le projet au regard des ressources associatives et du DHVST	25
2.1.1. L'association et le projet de diversification	25
2.1.2. Le DHVST au regard du projet de diversification	27
2.1.3. Diagnostic stratégique (SWOT).....	29
2.2. Comment accompagner les personnes vers une plus grande autodétermination ?	31
2.2.1. L'autodétermination selon les auteurs.....	31
2.2.2. L'autodétermination au sein du DHVST : analyse et hypothèses explicatives	36
2.2.3. Les leviers et préconisations pour favoriser l'autodétermination dans nos foyers	39
2.3. Comment agir sur la résistance au changement des professionnels ?... 42	
2.3.1. La résistance au changement selon les auteurs	42
2.3.2. Des inquiétudes pour l'exercice professionnel au sein du DHVST : analyse des mécanismes de résistance et hypothèses	45
2.3.3. Les leviers et préconisations pour accompagner le changement.....	47
2.4. Synthèse de la seconde partie.....	49
3. La transformation de l'offre du DHVST pour proposer un « chez soi » aux personnes accompagnées	51
3.1. Le projet : concevoir et proposer des réponses plus adaptées et plus modulées.....	51
3.1.1. Orientations stratégiques du projet	51
3.1.2. Un projet architectural d'envergure : Transformation de l'établissement dans une perspective inclusive.....	52
3.1.3. La création de places FAM/FV « hors les murs »	55
3.1.4. Un budget correspondant à un financement de parcours.....	55
3.2. Accompagner les résidents à devenir des habitants	56
3.2.1. La co-construction du projet.....	56
3.2.2. Le travail éducatif basé sur le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées	56
3.2.3. L'utilisation de l'appartement dédié : un premier pas vers l'autonomie	58
3.2.4. Solution de tarification pour "être acteur" de sa vie	59
3.2.5. La place et l'implication des familles	60
3.3. Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles pour accroître l'utilité sociale au service de la transformation inclusive.....	60

3.3.1. Comment rassurer et faire évoluer en même temps ?	61
3.3.2. Manager le changement.....	63
3.3.3. Adapter le management à l'autonomisation des équipes.....	65
3.4. Une communication et une évaluation au long du projet afin de garantir sa réussite	66
3.4.1. Une communication transversale	66
3.4.2. Les effets attendus pour les personnes accompagnées	68
3.4.3. L'évaluation en lien avec les professionnels	70
Conclusion.....	71
Bibliographie	73
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Allocation Adulte Handicapé

AES : Accompagnant Educatif et Social

AJM : Accueil de Jour Médicalisé

AMI : Appel à Manifestation d'Intérêt

AMO : Assistant à Maîtrise d'Ouvrage

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux

ARS : Agence Régionale de Santé

AT : Accueil Temporaire

CA : Conseil d'Administration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CD : Conseil Départemental

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSE : Comité Social et Economique

CSSCT : Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DG : Direction Générale

DHVST : Dispositif Habitat et Vie Sociale du Ternois

EANM : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EHPA-H : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Handicapées

ES : Educateur Spécialisé

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

ESSMS : Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

ETP : Equivalent Temps Plein

FALC : Facile A Lire et à Comprendre

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FV : Foyer de Vie

GEPP : Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels

HAS : Haute Autorité de Santé

IME : Institut Médico-Educatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

ME : Moniteur Educateur

MECS : Maison d'Enfants à Caractère Social

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONU : Organisation des Nations Unies

PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé

PMR : Personne à Mobilité Réduite

PSH : Personnes en Situation de Handicap

QVT : Qualité de Vie au Travail

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

RBPP : Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles

SAA : Section d'Apprentissage à l'Autonomie

SAMO : Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert

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

SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale

SERAFIN-PH : Services et Etablissements Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées

TDI : Trouble du Développement Intellectuel

UE : Union Européenne

Introduction

La France compte aujourd'hui 12 millions de Personnes en Situation de Handicap (PSH) au sens large. La libération de la parole autour des questions d'inclusion, d'autonomie et d'acceptation des PSH est un enjeu sociétal majeur. L'extrait de la rapporteuse de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les droits des PSH a fait grand bruit, Mme Devandas Aguilar préconise que « le système français de protection sociale doit remplacer son approche paternaliste d'isolement des personnes par des mesures favorisant une citoyenneté active, l'inclusion sociale et la participation à la collectivité¹ ».

Fort de son expérience dans le domaine du handicap, notre association gestionnaire constitue un acteur déterminant dans l'évolution de l'accompagnement des nouveaux besoins des personnes.

Directrice stagiaire du Dispositif « Habitat et Vie Sociale » du Ternois (DHVST) regroupant un Foyer d'Hébergement (FH) multisites, un Foyer de Vie (FV), un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) et un Service d'Accompagnement en Milieu Ouvert (SAMO), je me questionne quotidiennement sur nos modalités d'accompagnements. Nous accueillons au sein de nos établissements des PSH intellectuel. Depuis quelques temps, nous observons un vieillissement des personnes accueillies. Nous sommes également confrontés à une évolution des mentalités et à une revendication croissante d'autonomie de la part des personnes que nous accompagnons. A l'heure du « tout inclusif », certains souhaitent avoir leur « chez soi ² ».

Ces éléments m'amènent aux questionnements suivants :

- ✓ Comment adapter notre offre de services aux nouveaux besoins et attentes des personnes ?
- ✓ Comment faire évoluer l'infrastructure ainsi que nos modalités et prestations d'accompagnement pour promouvoir l'autonomie et le libre choix ?
- ✓ Comment aider les personnes avec un Trouble du Développement Intellectuel (TDI) à faire évoluer leurs capacités ?

Dans la première partie, j'aborderai les constats objectivés, les spécificités du handicap intellectuel et la législation ayant conduit au projet de transformation de l'offre mis en œuvre. La seconde partie mettra en lumière l'association et le dispositif à l'épreuve du projet, des réflexions autour de la théorie de l'autodétermination des PSH et de l'accompagnement au changement des professionnels.

¹ « Rapport de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées sur sa visite en France du 3 au 13 octobre 2017 », Assemblée générale des Nations Unies du 8 janvier 2019.

² Tel qu'il est préconisé dans le rapport Piveteau-Wolfrom : *“pouvoir habiter, à l'égal de tous, au milieu de tous”*.

Enfin, la troisième partie présentera mon plan d'action au regard du projet, à savoir l'accompagnement des résidents à devenir des habitants acteurs de leur vie, l'accompagnement des pratiques professionnelles au service de la transition inclusive et la communication comme garant de la réussite du projet.

Ce projet prend la forme d'une construction architecturale et va considérablement modifier la culture institutionnelle, les pratiques professionnelles, les habitudes de vie des personnes. Ce mémoire se place quasiment exclusivement sur l'entité foyer d'hébergement.

Le projet que nous proposons est une forme de personnalisation dans l'accès à des prestations, pour qu'elles correspondent aux besoins des personnes au lieu d'être standardisées.

En tant que directrice stagiaire, ma mission est d'essayer de répondre, selon la loi de 2005³, au droit pour les personnes accompagnées de choisir librement leur lieu de vie ; et d'accompagner les équipes dans les changements de posture permettant l'autonomie des personnes.

Dans ce travail, en parlant d'autonomie, j'entends non seulement la capacité à faire seul mais également celle à savoir demander de l'aide. Vivre en autonomie pour des PSH peut signifier disposer d'un accompagnement adapté à ses besoins.

³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, article 2 : « *Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté* ».

1. La nécessité de diversifier l'offre de service du DHVST pour promouvoir l'inclusion par le logement de PSH intellectuel

1.1. Le constat d'une structure à l'ancienne confrontée à l'évolution des populations

1.1.1. Présentation du DHVST

Nous accueillons essentiellement des PSH intellectuel : travailleurs en Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour les FH, « résidents » pour le FV et le FAM, ou vivant en milieu ordinaire pour le SAMO.

Le DHVST se décompose comme suit :

Les Foyers de la Ternoise : ils ont été créés en 1995 par la restructuration de 2 foyers et accueillent sur 2 sites distincts des travailleurs ou retraités d'ESAT présentant un TDI.

Les foyers possèdent 41 places en FH, 12 places en EHPA-H, 1 place d'Accueil Temporaire (AT) et 1 place de stage à la Section d'Apprentissage à l'Autonomie (SAA).

Notre département a créé une modalité d'accompagnement des PSH en FH lorsqu'arrive la retraite : l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Handicapées (EHPA-H). Comme le FH, il s'agit d'un Etablissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM) qui accompagne les personnes dans les actes de la vie quotidienne, favorise le maintien des acquis et l'insertion sociale. Il reste rattaché au FH et permet aux travailleurs en retraite de conserver leur lieu de vie. Le rythme d'accompagnement est adapté à celui des personnes. Les Foyers de la Ternoise se présentent comme un dispositif d'accompagnement favorisant des parcours possibles, d'un hébergement collectif vers du semi-collectif voire de la semi-autonomie, en fonction des compétences et / ou des capacités acquises ou maintenues des personnes. Nous y employons 36 professionnels en Contrat à Durée Indéterminée (31,97 Equivalent Temps Plein : ETP) et 1 Educateur Spécialisé (ES) en contrat d'apprentissage.

L'élaboration du dernier projet d'établissement (2018-2022) met en exergue les missions suivantes : garantir l'accueil et l'hébergement, garantir la protection et la sécurité, garantir à la personne l'exercice de sa citoyenneté en préservant ses droits et promouvoir l'autonomie.

L'offre d'hébergement pour les PSH est complétée par le Foyer de Canteraine : il propose un accompagnement éducatif à des personnes présentant un TDI, à partir de 20 ans, accueillies en hébergement ou en accueil de jour. L'établissement offre une réponse adaptée aux adultes dont les niveaux de déficience et d'incapacité nécessitent des prestations de soins coordonnés et continues. Il est ouvert depuis 2007 et autorisé pour

15 places en internat continu FV, 30 places en internat continu FAM, 10 places en Accueil de Jour Médicalisé (AJM) et 3 places en AT (1 place en FAM et 2 places en FV). Pour permettre cet accompagnement, 54 professionnels sont en Contrat à Durée Indéterminée et 2 Contrat à Durée Déterminée avec un contrat Parcours Emploi Compétences (représentant 47,90 ETP).

Les objectifs sont de permettre à chacun de développer un parcours de vie adapté à ses capacités et à ses attentes, privilégier la sécurité et la qualité de vie, rechercher la responsabilisation de la personne accueillie, concilier le respect de l'individualité et les contraintes inhérentes à la collectivité et accompagner chaque fois que possible les démarches d'intégration sur l'extérieur.

Le SAMO :

Dans ces missions, il permet l'accompagnement de PSH en autonomie de logement ou en phase de préparation à l'autonomie de logement en travaillant selon leurs habiletés et leurs attentes autour des axes de la vie quotidienne, l'inclusion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé, la vie de couple, la parentalité, la citoyenneté (pour le Service d'Accompagnement à la Vie Sociale : SAVS) et la coordination de soins (pour le Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés : SAMSAH). Le SAMO⁴ émane d'une volonté de regroupement du SAVS et SAMSAH de notre Conseil Départemental (CD) et possède une autorisation pour accompagner 50 personnes sur le territoire (20 en SAMSAH et 30 en SAVS).

Les services généraux, administratifs et l'équipe de direction sont mutualisés au niveau du DHVST.

1.1.2. Une présence accrue de PSH vieillissantes

Les foyers voient leur offre d'hébergement et d'accompagnement évoluer au gré des changements des besoins et attentes des personnes accueillies sur le territoire (cf. Annexe 1 sur la nature des besoins révélés par l'enquête pour les personnes vieillissantes du Ternois).

- Un vieillissement de la population des foyers :

De manière générale, on assiste un vieillissement de la population française⁵, vieillissement auquel n'échappe pas les PSH (entre 2010 et 2014, la part des plus de 50 ans dans les FH

⁴ Création du SAVS en 1993, du SAMSAH en 2012 et reconnaissance en SAMO en 2016.

⁵ Source : INSEE, situations démographiques et projections de population 2005-2050, scénario central.

est passée de 25 à 27%⁶). Dans nos foyers, la moyenne d'âge y est de **44.89 ans** (71% des personnes ont plus de 40 ans et **57% plus de 50 ans**⁷).

Si nous sommes confrontés au vieillissement de notre population, ce phénomène s'accompagne d'une autre manifestation, à savoir, l'émergence de signes du vieillissement, des incapacités qui peuvent accentuer le handicap. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le vieillissement « *est un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* » en considérant que ce processus se précise à partir de 65 ans. Toutefois, elle reconnaît que « *le processus de vieillissement commence plus tôt que la normale chez les personnes handicapées. Certaines personnes ayant une déficience liée au développement montrent des signes de vieillissement prématuré dès qu'elles atteignent la quarantaine ou la cinquantaine* ».

- Des besoins différents :

Cela entraîne des conséquences sur l'accompagnement des personnes. En effet, une enquête⁸ montre que 50% des personnes expriment avoir souvent ou très souvent besoin de plus de calme et de tranquillité. Concernant le besoin de repos, il est exprimé par 40% des personnes. En effet, 4 travailleurs ont demandé à passer à mi-temps du fait de leur vieillissement précoce. Une différence de rythme est observée entre les travailleurs ESAT et les retraités. Les personnes de retour de l'ESAT présentent le besoin de se reposer en chambre alors que les retraités éprouvent le besoin d'être ensemble.

- Des inquiétudes à l'approche de la retraite :

La plupart des travailleurs handicapés vivent au foyer depuis très longtemps (plus de 52% des personnes y vivent depuis plus de 11 ans) et ne souhaitent pas le quitter à la retraite. Ils ont montré leur volonté de se maintenir dans leur environnement pour les raisons suivantes : peur de s'ennuyer (7%), souhait de ne pas vivre seul (9%), souhait de continuer à voir leurs amis (16%), ne veulent pas de changement des habitudes (23%) et se sentent bien dans le logement (43%)⁹. Un entretien avec Monsieur C. révèle que celui-ci s'inquiète à l'approche de la retraite sachant qu'il ne pourra pas rester en foyer d'hébergement, que ses parents sont âgés et qu'ils ne pourront pas l'accueillir. Il souhaite rester sur le territoire où il s'est créé des liens et une vie sociale. Il aimerait avoir un logement pour lui seul, faire des activités, des sorties et rencontrer ses amis. Aujourd'hui, il travaille à mi-temps, il

⁶ DREES, Enquêtes ES-Handicap 2014 et 2010.

⁷ Indicateurs ANAP 2021 du DHVST.

⁸ Enquête 2014 : étude des besoins des PSH des ESSMS de l'association sur le territoire du Ternois.

⁹ Ibid.

organise et planifie sa journée accompagné par l'équipe éducative du FH. Il envisage la retraite dans un établissement qui répondra à ses besoins et ses compétences.

L'heure de la retraite, attendue pour certains, est donc redoutée pour d'autres. En effet, la question du logement devient problématique car, en partant en retraite, les travailleurs ESAT ne conservent pas leur place en FH. Nous avons donc sollicité une transformation de l'agrément du FH en places fléchées EHPA-H (6 accordées au 1^{er} janvier 2020 puis 6 au 1^{er} janvier 2021). En 2022, 8 personnes sont de nouveau éligibles à une admission en EHPA-H.

- Un taux d'occupation en baisse :

Parallèlement à cela, on observe une diminution du nombre de demandes d'admission (11 places vacantes en FH au 1^{er} janvier 2022). Le taux d'occupation est en baisse, il est de **81.42%** en 2021 (84.39% en 2020). Pour les admissions, elles sont conditionnées à une entrée en ESAT (il y a eu 3 demandes d'admission en 2021 mais une seule entrée a été réalisée par manque de places en ESAT). Sur le territoire, 3 ESAT regroupant plus de 200 places accueillent des travailleurs handicapés. Néanmoins, les places en ESAT sont rares (le taux de sortie de l'ESAT de l'association en 2021 est de 8.1%).

1.1.3. L'apparition d'un nouveau public présentant des troubles psychiques associés

- Un changement de public :

Nous assistons à une évolution des personnes qui bénéficient d'une orientation en FH : elles sont plus jeunes, présentent des troubles psychiques associés au TDI pour une grande partie. Dans les FH, nous accueillons **21%** de personnes présentant des troubles du psychisme associés (vs 18% en 2020).

Depuis que l'association a ouvert sur le même territoire un FV / FAM en 2007, les FH ont vu un changement important au niveau du public accueilli. A l'origine porteurs de déficiences intellectuelles profondes, ces personnes ont été accueillies en FV / FAM et des personnes porteuses de déficiences intellectuelles plus légères sont arrivées en FH.

Concernant le FV / FAM, une augmentation de la proportion de troubles psychiques associés au TDI (**27%** des personnes accueillies) est également constatée¹⁰.

En effet, la reconnaissance possible d'un handicap d'origine psychique à la suite de la loi de 2005¹¹ est venue bousculer l'organisation des ESSMS, qui se sont ouverts à cette

¹⁰ Indicateurs ANAP 2021.

¹¹ Article 2 : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en*

population. Cette loi a permis d'officialiser et d'étendre leur accompagnement dans des ESSMS.

- Des besoins différents :

La plupart n'adhèrent pas à l'accompagnement collectif proposé et cheminent vers un désir d'inclusion. Une enquête « habitat et accompagnement » composée d'entretiens des résidents et d'analyse des comptes-rendus de Conseil de la Vie Sociale (CVS) a été menée pour l'élaboration du diagnostic stratégique de l'établissement en 2018. Celle-ci portait sur les thèmes de la vie quotidienne, la vie sociale, l'environnement et l'accompagnement. Les personnes accompagnées ont ainsi exprimé de nouveaux besoins (une liberté de choix du lieu de vie, une revendication de leur autonomie, la diminution du collectif, un maintien des relations sociales et une inclusion dans la société.) regroupés en 2 thématiques :

- **Une demande d'autonomie** (dans le sens avoir moins de contraintes par rapport à la vie en collectivité) : avoir la liberté des choix, posséder / personnaliser, maintenir ses relations sociales, faire soi-même / à son rythme ;

- **Une demande d'indépendance et de responsabilisation** (aller vers l'extérieur) : accéder aux droits, participer / être inclus dans la société.

L'analyse de l'enquête met en évidence des attentes concernant essentiellement l'autonomie et l'inclusion, couplées à un besoin d'accompagnement pour lesquelles il nous est impossible d'apporter des réponses à ce jour au vu de la configuration architecturale et géographique des foyers. Ainsi, le dispositif ne répond pas à la mission de promotion de l'autonomie qu'il s'est fixé, notamment sur un des FH, excentré de la principale ville du territoire, par faute d'offre de mobilité.

Quant à la passation de questionnaires de satisfaction réalisée en 2017, elle démontre des problématiques en lien avec la collectivité et leur envie de s'en évader (*"il y a des disputes, ça m'énerve", "les autres font du bruit et claquent les portes", "il y a parfois des histoires",* etc.). Ces remarques concernent 9 personnes /20 pour l'un des 2 FH.

7 couples se sont formés sur les 2 sites : nous avons célébré 1 mariage et 1 autre est en préparation. Cette situation est souvent source de tensions, les locaux ne permettent pas que l'intimité soit respectée (notamment pour l'un des FH).

raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

En conclusion, nos établissements sont confrontés à une évolution du public (vieillesse et apparition de troubles psychiques associés au TDI) entraînant des difficultés de cohabitation intergénérationnelle.

1.2. Un territoire et une architecture peu propices à l'inclusion

1.2.1. Les réalités d'un territoire rural ne facilitant pas la mobilité

- Caractéristiques du territoire :

Nos établissements se situent dans le Ternois, territoire situé au sud-ouest du département. C'est une région rurale composée à 84% de terres agricoles. La densité de population y est faible : 60 habitants/km² vs 105.9 en moyenne en France (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), 2018¹²). La population est assez vieillissante : les plus de 45 ans représentent 48.3%¹³ de la population. De plus, le territoire subit encore les effets de l'exode rural.

Le foyer de Monchy (ouverture en 1979) est implanté dans un village qui fait partie des communes peu denses, au sens de la grille communale de densité de l'INSEE¹⁴. Il compte 298 habitants¹⁵. Depuis 2017, ce village ne compte plus aucun commerce de proximité. A l'origine, le bâtiment était un couvent des sœurs noires du tiers ordre de Saint-François, elles avaient pour mission de soigner les malades au sein même du foyer. Par sa réhabilitation en FH en 1979, le choix de s'implanter dans ce village s'est conditionné à l'occupation du grand terrain jouxtant le bâtiment du foyer. En effet, celui-ci servait à la section espaces verts de l'ESAT, ayant déménagé à ce jour.

Le foyer Résidence (ouverture en 1995) se situe en plein cœur de ville. Celle-ci compte 4909 habitants en 2019. La commune concentre un nombre important d'activités économiques et de services : commerces, banques, santé, etc. Elle est distante d'une trentaine de kilomètres de centres urbains plus importants. Les personnes accueillies se déplacent facilement à pied pour leurs besoins quotidiens ou pour se rendre au travail à l'ESAT situé dans la commune voisine.

Les deux FH sont distants l'un l'autre de 10 kilomètres.

¹² <http://www.statistiques-locales.insee.fr/>

¹³ INSEE, RP2013 et RP2019, exploitations principales, géographie au 01/01/2022.

¹⁴ Selon le zonage des communes rurales et urbaines publié en novembre 2020, en application de la nouvelle définition de la ruralité validée le 14 novembre 2020 en comité interministériel des ruralités.

¹⁵ Population municipale légale en vigueur au 1^{er} janvier 2022, millésimée 2019, définie dans les limites territoriales en vigueur au 1^{er} janvier 2021, date de référence statistique : 1^{er} janvier 2019.

- Des difficultés de mobilité :

De nombreux freins sont observés pour les déplacements sur le territoire, il n'existe pas d'alternative à la voiture :

- L'offre de transport en commun est inexistante (en dehors des besoins scolaires) ;
- Le réseau de Transport Express Régional est peu adapté pour les déplacements internes au territoire mais également vers l'extérieur ;
- Les aménagements cyclables sont peu développés.

A l'échelle de la communauté de communes, une association propose un transport solidaire à la demande, mais qui nécessite une réservation préalable au minimum 48h avant le trajet limitant toute spontanéité dans les déplacements.

Il est donc difficile pour les PSH d'avoir accès aux équipements, commerces et services. L'équipe éducative consacre une partie de son temps de travail à des missions de conduite: récupérer à l'ESAT les travailleurs à mi-temps, déposer dans leur famille les personnes qui repartent le week-end, les emmener faire leurs courses, etc.

1.2.2. L'offre de service collective imposée par l'architecture

- Description du foyer de Monchy :

Le bâtiment est vieillissant, il propose des chambres individuelles dans deux ailes distinctes: l'aile bleue pour 8 personnes en démarche d'autonomie et l'aile jaune pour 19 personnes nécessitant un accompagnement plus soutenu. Les espaces collectifs (salle de vie, véranda, etc.) permettent l'organisation de différentes actions et la prise des repas. La confection des repas et le linge sont gérés en interne par les professionnels ou les personnes accompagnées elles-mêmes.

L'accès Personne à Mobilité Réduite (PMR) est inexistant, les chambres sont toutes situées à l'étage et ne possèdent pas de douche individuelle. Par ailleurs, les chambres n'ont pas été conçues pour recevoir la télévision et le téléphone. Elles ne sont équipées ni d'antennes télévision, ni de prises téléphoniques. Aucune borne Wi-Fi n'est installée et la réception des téléphones mobiles est de mauvaise qualité.

Il nécessite une mise en conformité (assainissement non collectif, problème de sécurité, absence d'accessibilité PMR, circuit du linge impossible à respecter au vu de la configuration des locaux). Le montant des travaux a été estimé à 547 300 euros hors taxes (et ce avant l'envolée des prix des matériaux). Néanmoins, les espaces extérieurs offrent un cadre de vie privilégié.

Ce foyer possède plus de 40 années d'existence et a peu évolué dans son fonctionnement. Certains professionnels sont là depuis très longtemps. L'équipe éducative est composée

d'une ES coordinatrice d'hébergement, de 3 Moniteur Educateur (ME), d'un Accompagnant Educatif et Social (AES) et d'une maitresse de maison. La vie est organisée autour de la salle à manger avec des rythmes bien ancrés notamment concernant l'horaire des repas. L'architecture est un frein dans la prise en charge quotidienne du nouveau public, que ce soient les personnes vieillissantes ou les plus jeunes présentant des troubles psychiques. La collectivité ne nous permet pas de respecter le rythme des personnes. Par ailleurs, les professionnels n'envisagent pas d'accompagner les personnes vers une vie plus autonome, l'un des résidents m'a rapporté le propos d'un éducateur : « *Comme tu oublies de venir chercher ton traitement, tu as besoin du foyer et tu ne peux pas vivre seul* ». Il est également important de noter que la plupart des personnes accompagnées ont un passé institutionnel important (Institut Médico Educatif (IME) puis FH) et pour beaucoup n'ont connu que des modes d'accompagnement collectifs.

- Description du foyer Résidence :

La Résidence propose des logements collectifs, semi-collectifs ou individuels dans le centre-ville. Les logements y sont gradués pour aller vers une plus grande autonomie :

- Le **bâtiment FH** en lui-même est composé de 10 appartements répartis sur 2 étages (17 personnes accueillies).

Les personnes peuvent faire appel à des professionnels 24h/24. L'équipe éducative est composée de 3 ES dont 1 coordinateur d'hébergement, 2 ME, un AES, une maîtresse de maison, auxquels s'ajoute un ME et un AES pour l'EHPA-H. La Résidence possède un espace collectif permettant les rencontres, l'organisation d'activités et la prise des repas. Depuis la crise sanitaire, chaque personne vient chercher son repas sous forme de plateau en cuisine pour le prendre dans son appartement.

- **2 grandes maisons** avec des chambres individuelles (pour 3 et 6 personnes) et des parties communes (cuisine, salle à manger).

Les colocataires sont autonomes dans la gestion des tâches de la vie quotidienne : courses, préparation des repas, entretien du logement, gestion du temps libre, etc. Il n'y a pas de veilleur de nuit. L'accompagnement y est personnalisé, les colocataires appellent les professionnels pour des besoins spécifiques : projet d'achat, gestion administrative, etc. Les professionnels les invitent à trouver des solutions par eux-mêmes ou à solliciter des personnes ressources (mandataire, proche ou services compétents).

- Le **SAA** est un appartement tout équipé pour une personne ou un couple.

L'appartement est utilisé pour des stages d'apprentissage, permettant d'expérimenter l'autonomie et la solitude. La finalité est de permettre à la personne d'accéder à un logement de droit commun.

Lorsque les stages à la SAA sont prometteurs, la personne se met en recherche d'un logement autonome qu'il est malheureusement difficile de trouver sur le secteur. Il n'existe pas d'offre locative adaptée sur le territoire, ce qui a mis à mal ces dernières années plusieurs projets d'autonomie. En effet, 4 projets d'autonomie ont récemment échoué dont 2 à cause de mauvaises fréquentations dans leur immeuble (une seule possibilité de logement social dans la ville).

1.3. La spécificité du handicap intellectuel pour l'accompagnement vers l'habitat

1.3.1. Définition et besoins des PSH intellectuel

Le terme Trouble du Développement Intellectuel (TDI¹⁶) remplace depuis 2017 celui de déficience intellectuelle, il est le plus couramment utilisé dans la littérature. Le TDI est l'un des principaux troubles du neurodéveloppement et concerne 2 % de la population en France¹⁷.

Les définitions proposées par l'OMS, l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities et l'American Psychiatric Association ont en commun les trois critères suivants :

- Un déficit des fonctions intellectuelles (raisonnement, résolution de problèmes, planification, abstraction, jugement, etc.) ;
- Un déficit des comportements adaptatifs (déficit dans un ou plusieurs champs de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale, etc.) ;
- Un déficit intellectuel et adaptatif débutant pendant la période de développement¹⁸.

Pour reprendre la définition de la loi de 2005¹⁹: « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

¹⁶ American Association on Intellectual and Developmental Disabilities AAIDD Définition Manual 11th Edition, 2010.

¹⁷ Des Portes V. Troubles du développement intellectuel : déficience intellectuelle, handicap mental. EMC - Pédiatrie 2019 ;0(0) : pp.1-13.

¹⁸ HAS : « L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel », 2021.

¹⁹ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le handicap intellectuel est donc la conséquence sociale du TDI. Celui-ci se traduit par des difficultés, plus ou moins importantes, de communication et de fonctionnement exécutif (adaptation à l'environnement, conceptualisation, prise de décisions, etc.). Il y aurait en France 700 000 personnes concernées (chiffres INSEE, 2005).

Selon l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants Inadaptés, « *la situation de handicap ne dépend pas uniquement de la présence d'un TDI : une société qui ne favorise pas la pleine participation des PSH à la vie collective et n'assure pas un accès égal aux droits y contribue fortement. Si le TDI ne peut être soigné, le handicap peut être compensé par des environnements et des accompagnements humains adaptés à chaque personne* ».

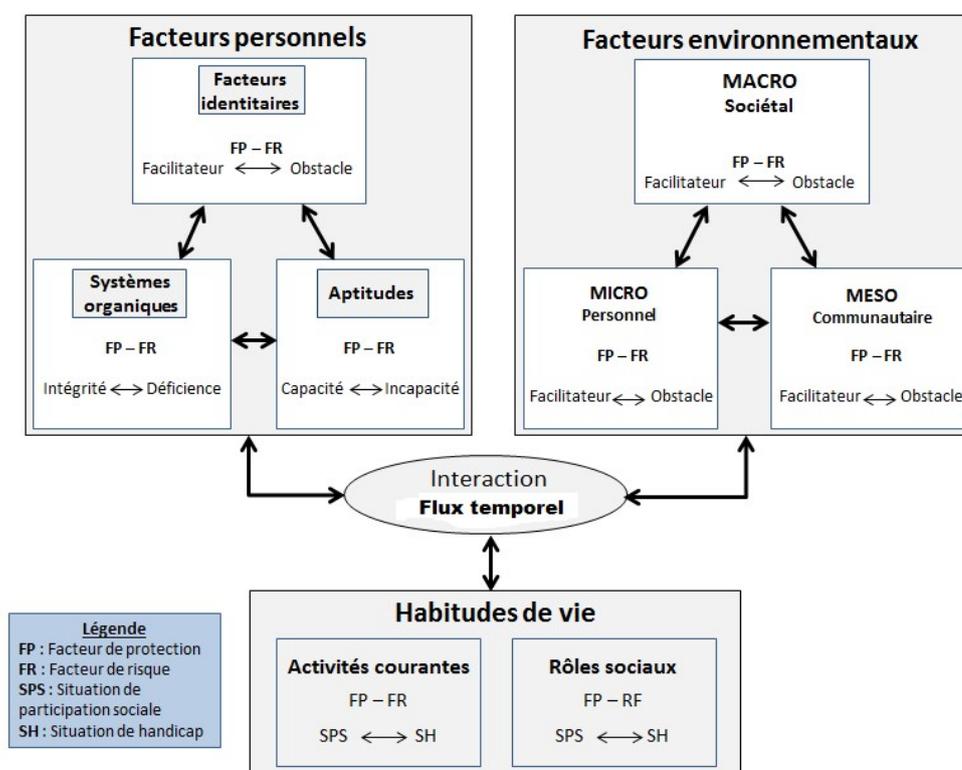


Schéma du modèle conceptuel de Fougerollas P. (2010)

Le processus de production du handicap consiste en une interaction entre des déficiences (les systèmes organiques), des incapacités (les aptitudes) et les facteurs environnementaux agissant comme facilitateurs ou obstacles sur les habitudes de vie. Nous sommes passés d'une approche individuelle à une approche sociale et environnementale (cf. schéma ci-dessus du modèle conceptuel MDH-PPH²⁰).

²⁰ Disponible sur internet : Le modèle - RIPPH est « *un modèle conceptuel qui vise à documenter et expliquer les causes et conséquences des maladies, traumatismes et autres atteintes à l'intégrité ou au développement de la personne. Le modèle s'applique à l'ensemble des personnes ayant des incapacités, peu importe la cause, la nature et la sévérité de leurs déficiences et incapacités* ».

La personne qui vit les situations de handicap n'est pas une personne déterminée par ses incapacités, mais bien une personne porteuse de droits, au même titre que les autres, incluant alors le respect de la dignité, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix.

Ainsi, on ne parle plus de "déficients intellectuels" mais bien de personnes avec une déficience intellectuelle et aujourd'hui de personnes avec un TDI.

Concernant nos établissements, en appliquant cette définition et la description réalisée précédemment, on en déduit l'incapacité de l'environnement à permettre aux personnes que nous accompagnons de compenser leur handicap.

1.3.2. Impact de la crise sanitaire sur le fonctionnement du dispositif

La crise sanitaire de grande ampleur qui a frappé le monde entier en mars 2020 n'a pas épargné les personnes accompagnées en collectivité. En effet, devant le caractère inédit de cet épisode, des mesures de protection ont été prises dans les établissements.

Certains travailleurs ESAT étant considérés comme personnes à risques se sont retrouvés à l'isolement alors que d'autres ont continué leur activité, notamment pour l'activité de blanchisserie.

Dans les FH, les activités se sont poursuivies mais en interne et par unités d'hébergement. Le brassage tant des professionnels que des personnes accompagnées s'est limité au maximum. Le lien avec les personnes confinées en famille s'est entretenu par des appels téléphoniques puis par des visios. Les sorties hors des foyers mais aussi en famille ont été interrompues.

Un cluster dans l'un des FH en mars-avril 2021 a nécessité un isolement en chambre des personnes accompagnées avec une réorganisation très importante notamment pour les repas, la présence seule d'une grande salle à manger a limité les possibilités d'éloignement. Alors que les repas étaient pris dans la salle commune, chaque personne vient désormais chercher son plateau repas pour le prendre dans son appartement. Ses habitudes sont restées, les tensions liées au collectif dans ce FH ont semble-t-il diminuées. La notion de respect de l'intimité s'est majorée et a permis la préparation à une vie plus individualisée. Le retour d'expérience réalisé à l'issue du premier confinement a également mis en évidence la création d'une solidarité entre personnes accompagnées.

1.3.3. Des exemples d'habitats intermédiaires en France et à l'étranger pour les PSH intellectuel

Il est indéniable que l'on assiste aujourd'hui à un développement important de nouvelles formes « d'habitat » pour les PSH. En voici quelques exemples :

- Projet « Leleux » :

Dans la région, un projet de construction en centre-ville de 70 logements à vocation inclusive, à proximité duquel se trouve un EHPAD, est en cours. Une grande mixité (sociale et générationnelle) des populations accueillies est prévue : 15 logements pour un public avec un handicap moteur, 6 logements pour un public TDI, ainsi que des logements modulables. Ces derniers serviront à héberger un parent âgé ou un enfant handicapé avec sa famille. Enfin, un espace commercial est envisagé en rez-de-chaussée du bâtiment collectif, permettant le développement d'une activité afin que des PSH travaillent sur place, avec une ouverture sur le quartier environnant.

- Projet de résidence de « l'Ilot Bon Secours » :

L'initiative d'un bailleur social a permis la réhabilitation d'une clinique en 2011. Il a été contacté par l'évêché, propriétaire de l'espace foncier, qui souhaitait que ce lieu conserve sa vocation sociale, avec notamment une ouverture sur le quartier et la favorisation des liens intergénérationnels. La résidence comprend 70 logements : 40 logements intergénérationnels en partenariat avec la Caisse d'Assurance Retraite et de Santé Au Travail (30% de personnes âgées en GIR 5 ou 6, 70% de couples et de femmes seules avec enfants de moins de 12 ans), 20 logements en financement avec un Prêt Locatif Social ou un Prêt Locatif à Usage Social et 10 logements en financement avec un Prêt Locatif Aidé d'Intégration. Ce projet a été porté par une association constituée de parents d'enfants trisomiques. Pour faciliter la création de liens sociaux, la résidence comprend une salle de convivialité, un kiosque, une chapelle, une terrasse avec jardin. De plus, elle est ouverte sur le quartier à travers une conciergerie, une crèche inter-entreprises, des bureaux d'entreprises et d'associations.

- Le JAG (Suède) :

En Suède, il n'existe pas de définition du handicap, ni de loi spécifique²¹. Depuis les années 1990, les quelques institutions créées antérieurement laissent la place à l'accompagnement à domicile. JAG a été créée en 1992 par un petit groupe de personnes ayant des déficiences et souhaitant vivre comme tout le monde malgré leur besoin d'accompagnement. Cette association à but non lucratif fournit une assistance personnelle à ses membres par le biais d'une coopérative d'usagers. Il existe une allocation de handicap permettant aux PSH de vivre dans un logement indépendant (bail de location classique) et de bénéficier d'aides et d'un représentant personnel légal mandaté par la justice disponible 24h/24 (dont l'organisation est assurée par l'association JAG). Par exemple, le besoin

²¹ Cohu S., Lequet-Slama D., et Velche D., 2003, « La Suède et la prise en charge sociale du handicap, ambitions et limites », *Revue Française des affaires sociales*, n°4, pp.461-483.

d'accompagnement peut concerner la compréhension de situations complexes, de concepts abstraits ; et le besoin de soutien pour comprendre les conséquences d'une décision particulière, sans pour autant réduire leur capacité d'auto-détermination.

1.4. La légitimité d'apporter une réponse à cette diversification du public

1.4.1. Le logement comme vecteur d'inclusion

Avec l'évolution des mentalités et des politiques du handicap, nous sommes passés d'une logique de ségrégation à une logique d'intégration pour tendre aujourd'hui vers une logique d'inclusion.

Dans les années 1960, des structures spécialisées pour protéger les enfants et adultes de la société se sont créés comme une alternative à l'enfermement dans les établissements de l'après-guerre. Le rapport Bloch-Lainé²², ayant mis en évidence certains dysfonctionnements, une volonté d'intégration apparaît et se concrétise par la loi de 1975²³. Dans cette logique, la personne doit opérer un effort de changement pour permettre son intégration et ainsi être acceptée de tous. La visée reste réparatrice dans l'optique de se rapprocher d'une norme.

La notion d'inclusion a fait son apparition dans les années 2000. On assiste à une évolution législative avec en premier lieu la loi 2002-2 et les outils qu'elle impose pour que la personne soit impliquée autant que possible dans l'élaboration de son projet. La loi du 11 février 2005²⁴ se donne l'inclusion comme principale de finalité : *« l'action poursuivie vise à assurer l'accès de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte handicapé aux institutions ouvertes à l'ensemble de la population et son maintien dans un cadre ordinaire de scolarité, de travail et de vie »* (Article L. 114-2). L'idée de l'utilisation du droit commun pour tous vient alors supplanter la défense des droits spécifiques en faveur des PSH.

Un mouvement appelé « désinstitutionalisation » et initié principalement par le secteur privé non lucratif vise à sortir de la prise en charge collective et à répondre aux aspirations des personnes d'avoir la possibilité d'effectuer leurs choix, notamment celui de leur lieu de vie comme n'importe quel citoyen. Les conditions actuelles ne le permettent pas encore. Néanmoins, de nombreux rapports et travaux tendent à considérer l'habitat comme levier d'autonomie et de citoyenneté en impulsant et soutenant la dynamique engagée.

²² BLOCH-LAINE François. Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées, 1967.

²³ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

²⁴ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Le logement est considéré comme un droit fondamental universel par la Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen (article 25-1) : *“toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires”*.

Il est un élément constitutif d'une vie digne pour chacun. Pendant longtemps, la seule alternative au domicile était l'hébergement en établissement.

La structuration de l'offre médico-sociale a été permise par la loi de 1975. Les années 1980 ont vu émerger une plus grande diversité de réponses avec la création de petites unités de vie, l'accueil de jour, l'accueil temporaire, etc. C'est dans les années 2000 que la logique de parcours vient remplacer celle de places pour permettre à chaque personne d'être actrice dans ses choix et notamment son lieu de vie.

La notion d'habitat dépasse celle du logement en impliquant une articulation entre le logement, l'accès aux services, et l'accès à la vie sociale. Au croisement des thématiques de l'enfance, du travail et du vieillissement, la question de l'habitat et de la vie sociale couvre des problématiques qui dépassent largement celle du logement au sens strict du terme. L'enjeu est de proposer à toutes les personnes, qu'elles habitent ou non dans un établissement médico-social, qu'elles travaillent ou non, quel que soit leur âge, des services adaptés pour une vie sociale la plus épanouie et autonome possible.

La diversification de l'offre de l'habitat pour les personnes avec un handicap est l'un des grands enjeux d'une société plus inclusive et constitue une garantie d'une meilleure qualité de vie.

Le logement à lui seul ne peut être inclusif, il en va de l'interaction avec l'environnement.

La loi ELAN²⁵ dans son article 129 précise les modalités législatives et réglementaires de l'habitat inclusif. L'habitat inclusif ou habitat Accompagné, Partagé et Inséré dans la vie de la cité ²⁶ concerne 3 types de publics : les personnes bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap et souhaitant mutualiser ses aides, les résidents d'établissement ayant un souhait de vie plus autonome et les PSH qui veulent vivre seules. Les ESSMS y ont un rôle important à jouer en développant des offres alternatives, en travaillant la coordination de parcours des personnes et en partageant leur expertise avec les acteurs du droit commun.

²⁵ Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

²⁶ « *Demain, je pourrai choisir d'habiter avec vous !* » D. Piveteau, J. Wolfrom, juin 2020. Pour les auteurs, « *l'habitat API doit permettre de vivre chez soi sans être seul, en organisant, dans des logements ordinaires aménagés à cette fin et regroupés en unités de petite taille, une solidarité de type familial, sécurisée en services, et ouverte sur l'extérieur* ».

Pour qu'une transition inclusive soit rendue possible, cela nécessite un mouvement de l'organisation médico-sociale (transformation de l'offre), de l'environnement (transformation sociétale) et des personnes en leur apportant un accompagnement inclusif.

1.4.2. L'évolution législative du parcours des personnes et le libre choix du mode de vie

Une dynamique internationale de changement dans l'accompagnement des PSH avec une approche par les droits de l'homme est à l'œuvre.

- La participation des personnes :

A l'échelon international, la France a ratifié en mars 2010 la convention relative aux droits des PSH adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006. La convention ne s'enferme pas dans une définition très scientifique du handicap. Elle adopte le modèle social du handicap en rappelant le caractère évolutif de la situation et le fait que celui-ci soit le résultat d'une interaction entre le milieu et les personnes. L'article 19²⁷ met en avant le droit de vivre dans la société avec la même liberté de choix que tout un chacun. Les états signataires doivent faciliter la pleine participation et l'intégration des personnes dans la société, veiller à donner aux personnes un accès à une gamme de services à domicile ou en établissement ainsi que des services d'accompagnement individualisés. Il a été précisé que :

- Les PSH doivent avoir les moyens de choisir leur vie et de la contrôler ;
- Il faut exclure toute forme d'institutionnalisation ;
- Il faut mettre à disposition des PSH des aides personnalisées ;
- Cela concerne toutes les personnes, peu importe le handicap.

Les politiques européennes s'orientent vers un objectif global : « *la réalisation de l'égalité, de la dignité et l'égalité des chances pour les personnes handicapées. Cela exige de leur garantir l'autonomie, la liberté de choix, la participation pleine et effective à la vie de la société et de la communauté* » ; engagement renouvelé de l'Union Européenne (UE) lors du Conseil de l'Europe et stratégie sur le handicap (2017-2023)²⁸.

Néanmoins, selon le principe de subsidiarité, les mesures en matière du handicap relèvent essentiellement de la responsabilité des États membres. L'UE essaie ainsi d'harmoniser

²⁷ "Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit". ONU 1948 : art 19.

²⁸ <https://www.coe.int/fr/web/disability/strategy-2017-2023>.

les politiques et de créer un référentiel commun pour le bien-être et le respect des PSH partout en Europe.

A l'échelon national, la conception historique du handicap était basée sur la création d'établissements modelés à l'image des services de psychiatrie. Le domaine du handicap, comme d'autres domaines du secteur médico-social, reste traversé par une ligne de tension opposant protection et autonomie. L'autonomie des personnes accueillies a longtemps été négligée au profit d'impératifs de protection. De plus, les ESSMS se sont historiquement avérés peu propices à l'intégration des personnes dans leur environnement.

Depuis les années 80, émerge une nouvelle conception du handicap (notamment par la Classification Internationale du Fonctionnement) qui se veut axée sur la création de services d'accompagnement personnalisés des PSH.

La logique de réponse individualisée, de parcours personnalisé tend progressivement à remplacer le raisonnement en termes de création de places qui prédomine depuis 1975.

Le législateur a permis de renverser la perspective au profit de « l'usager » à compter de la loi 2002-2²⁹. La loi n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale affirme les droits de l'usager et met en place une planification de l'action médico-sociale. Elle prend en compte l'évolution des attentes des usagers et des modes d'accompagnement et crée des outils garantissant l'exercice effectif des droits (contrat de séjour, livret d'accueil, CVS, projet d'établissement, etc.). Elle institue également les schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

Un nouvel équilibre est en train de se construire afin que l'autonomie de la personne vulnérable soit pleinement reconnue.

Nous sommes à l'heure du changement en termes de pratiques professionnelles, changement issue d'une longue transformation des politiques publiques accompagnée d'initiatives de personnes ou d'associations. L'évolution se caractérise comme telle :

- Possibilité pour les personnes d'opérer des choix et notamment concernant leur lieu de vie ;
- Transformation de l'offre médico-sociale avec le développement de réponses inclusives et adaptées aux parcours des personnes ;
- Modification des coopérations et collaborations entre les différents acteurs.

Avec la loi de 2005³⁰ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, la personne est mise au centre d'une logique de parcours. En effet, la reconnaissance en 2005 des SAVS et SAMSAH a permis à certaines

²⁹ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

³⁰ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

personnes présentant des incapacités d'être aidées et de continuer à vivre au domicile. Mais l'établissement a longtemps été la solution envisagée afin de prendre en charge les limitations d'activité les plus vitales.

- **La transformation de l'offre :**

Nos législations mettent donc désormais en avant l'individualisation et la personnalisation des accompagnements ; et cela dans une double prise en compte :

- Le souhait des personnes accompagnées et le respect de leurs droits ;
- La qualité des accompagnements³¹.

De nombreuses thématiques impactent le secteur médico-social ces dernières années : notion de parcours, désinstitutionalisation, Réponse Accompagnée Pour Tous (RAPT), transformation de l'offre, recomposition de l'offre, etc.

La mission du rapport Piveteau³² du 10 juin 2014 consistait à vérifier la possibilité d'un parcours de vie sans rupture pour les PSH. De ce rapport émane la démarche RAPT dont le but est de proposer des solutions de proximité au plus proche des besoins de la personne. Celle-ci donne un coup d'accélérateur à la recomposition de l'offre en initiant une démarche nationale.

Les politiques publiques, notamment européennes, ont contribué à la mise en œuvre d'une dynamique de désinstitutionalisation, dont la terminologie et le mouvement se sont amplifiés depuis la recommandation européenne de 2010³³ concernant les enfants handicapés.

Ce mouvement ne signifie pas la fin des institutions, c'est plutôt un processus qui vise à aider les personnes accompagnées à gagner ou reprendre le contrôle de leur vie, comme des citoyens à part entière, dans le cadre d'une inclusion active. Cela invite à repenser l'accompagnement dans une logique de parcours et doit être impulsé au sein des établissements, afin que les personnes soient reconnues pour leurs compétences et non plus en fonction de leurs incapacités³⁴.

³¹ En référence avec les Recommandations des Bonnes Pratiques Professionnelles (RBPP) de l'Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des Etablissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM) dont les missions ont été intégrés par la Haute Autorité de Santé (HAS) depuis le 1^{er} avril 2018 (article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale 2018).

³²PIVETEAU D. 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.

³³ Forum européen de coordination pour le plan d'action du conseil de l'Europe pour les personnes handicapées 2006-2015. Projet de Recommandation du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la désinstitutionalisation des enfants handicapés et leur vie au sein de la collectivité.

³⁴ Décret de décloisonnement 2017-982 : la réglementation permet aux établissements d'assurer l'ensemble des modes d'accueil possibles : à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

La réforme de tarification des établissements et services médico-sociaux SERAFIN-PH³⁵ participe à ce changement de paradigme : en plus d'être un outil de financement, il contribue à l'évolution de la réflexion sur l'ensemble des prestations accordées à la personne, et aide à raisonner en termes de parcours et non de places.

« En réalité, l'institution qu'il s'agit de déconstruire n'est pas dans les murs, mais dans les esprits » (Batifoulier F., 2016³⁶).

Près de 15 ans après la loi du 11 février 2005, les besoins exprimés par les PSH ont évolué et la réponse sous forme de « places » dans un établissement ou service ne suffit plus pour tenir compte de la diversité des aspirations des personnes. Le mouvement de transformation de l'offre s'amplifie sur le terrain pour permettre :

- Partir des besoins et attentes des personnes et de leurs aidants ;
- Promouvoir leurs capacités et leur participation ;
- Favoriser une vie en milieu ordinaire lorsque c'est le souhait de la personne ;
- Répondre à une logique de parcours avec renforcement de l'inclusion sociale.

Pour aboutir à cela, la loi 3DS³⁷ propose une simplification des autorisations des ESSMS ainsi que le développement des interventions « hors les murs » et à domicile. La transformation de l'offre s'est vraiment accélérée depuis la parution de la circulaire du 2 mai 2017³⁸.

1.4.3. La nécessité d'envisager l'accueil au sein de nos foyers dans une logique de parcours

Un nouveau paradigme qu'est la notion de parcours fait son apparition : celle-ci permet de centrer sa logique selon un modèle dynamique et souple pour la place de chacun. « *Le parcours entérine une société vue désormais comme un système mobile de rôles et de réseaux* » explique J-R. Loubat. Le parcours nécessite de l'adaptation et de la réactivité, et ainsi il s'oppose à la notion de places qui évoque plutôt un certain immobilisme.

Pour « *passer d'une logique verticale cloisonnée à une logique horizontale en réseau coordonné* », comme le suggère J-F. Bauduret, directeur adjoint à la Caisse Nationale de la Solidarité et de l'Autonomie, nous proposons des formes souples d'accueil, d'accompagnement et de soin au sein de l'offre existante pour personnaliser le parcours des PSH entre AT, hébergement, SAVS, SAMSAH, etc. Nous ne souhaitons plus offrir une réponse unique mais proposer un éventail de solutions adaptées aux besoins et attentes des personnes.

³⁵ https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_depliant_projet_serafin-ph_accessible.pdf.

³⁶ Batifoulier F., 2016, *refaire de l'institution, enjeu majeur du directeur*, Directions, n°141.

³⁷ Loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration, la simplification dite "3DS" du 9 février 2022.

³⁸ Circulaire relative à la transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées du 2 mai 2017.

Cette souplesse permet d'envisager un parcours différent pour les PSH vieillissantes, pour les PSH plus jeunes, les PSH plus autonomes ainsi que les nouvelles admissions.

Nous sommes dans une logique où l'approche domiciliaire est privilégiée pour tous, notamment pour les personnes âgées, en réponse à leurs attentes concernant le logement. Quand s'est posée la question de la mise aux normes des bâtiments, nous en avons profité pour interroger les personnes sur leurs souhaits quant au devenir de leur lieu de vie.

Le DHVST souhaite devenir un pivot dans l'offre médico-sociale départementale en faveur du handicap intellectuel avec des modalités axées sur une logique de parcours.

1.5. Les enjeux de l'inclusion par le logement des PSH dans le DHVST

1.5.1. Des politiques publiques régionales et départementales en faveur d'une diversification de l'offre

La transition inclusive reconnaît la nécessité d'un processus institutionnel tout en imaginant ses nouvelles formes, pour privilégier l'épanouissement de chacun autour du projet personnalisé dont la personne accompagnée est l'acteur principal.

Le DHVST souhaite également répondre aux orientations stratégiques du CD. Dans ce cadre, le projet de recomposition et de diversification de l'offre de service s'inscrit dans les orientations du schéma départemental de l'autonomie ; et plus particulièrement dans l'orientation 3 « diversifier et adapter les réponses pour accompagner l'évolution des besoins et des attentes ». Le DHVST a pour projet une offre d'habitat accompagné qui répond aux besoins des personnes qui souhaitent avoir leur propre appartement, leur « chez soi », tout en garantissant un accompagnement adapté à leurs besoins.

La diversification de l'offre médico-sociale et la transition inclusive sont étroitement liées. En effet, la concrétisation de la transition inclusive au sein du DHVST prendrait la forme d'une recomposition de l'établissement. Recomposition signifie restructuration sur des bases nouvelles. Celui-ci garde son statut d'ESSMS mais déforme le cadre réglementaire de sorte qu'il puisse s'adapter à cette diversification de l'offre en gardant la même autorisation. Un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) a été signé avec le CD fixant des orientations tournées vers la transformation de l'offre. L'objectif est de proposer une nouvelle forme d'accompagnement en « ouvrant les murs » et transformant notre organisation et nos modes d'interventions internes pour nous ouvrir davantage vers l'extérieur. Nous souhaitons passer d'un établissement conventionnel à des logements avec des accompagnements plus ou moins renforcés.

1.5.2. Les enjeux sur le territoire pour le DHVST et l'association de réussir l'inclusion des PSH

Dans une volonté de territorialisation et de cohérence de ses actions, notre département se subdivise en 7 territoires. Parmi ceux-ci, notre territoire a une population qui représente 4% de celle du département. Il semble que notre territoire présente une progression des 60 ans et plus de 26.5%. Selon les conclusions du CD, nous sommes face à un territoire vieillissant avec un taux proche de la moyenne nationale.

Notre association gestionnaire est la seule à accompagner les PSH adultes avec un TDI sur ce territoire rural. Nous sommes de ce fait un acteur reconnu et bien identifié par les partenaires institutionnels et les élus locaux. De plus, nous sommes intégrés dans l'ensemble des réflexions relatives à la santé et au handicap. Le maillage territorial est renforcé par une offre de places s'organisant également autour d'un IME, d'un ESAT et d'une Maison d'Enfants à Caractère Social (MECS).

Il existe une dynamique partenariale très développée que ce soit avec le sanitaire (Groupement Hospitalier, Centre Psychothérapeutique) ou les quelques établissements médico-sociaux environnants (FV, EHPAD). Depuis plusieurs années, nous observons une évolution des besoins en matière d'accompagnement et d'hébergement sur notre territoire. En effet, un besoin de 19 places d'EHPA-H et de 22 places de FH est mis en exergue. Ces données ont été couplées avec celles de la MDPH qui recense un besoin de 25 places de FH sur le territoire et 9 places d'EHPA-H sur le département³⁹.

Ce constat n'est cependant pas spécifique au territoire, ces différentes problématiques se retrouvent au niveau national :

- Un allongement de l'espérance de vie des PSH : 30% des adultes accueillis en établissement ont 50 ans et plus⁴⁰ ;
- L'aspiration des PSH à la plus grande autonomie possible, à une authentique participation aux décisions les concernant ;
- La multiplication de projets innovants créés par des familles, des PSH et /ou des gestionnaires, ayant une dimension inclusive et citoyenne forte⁴¹.

Il nous faut donc penser la notion de parcours de vie de la personne dans sa globalité.

Au-delà des politiques publiques dédiées, les acteurs locaux ont le devoir de déployer des réponses adaptées et coordonnées à l'échelle du territoire.

³⁹ Données Osmose, octobre 2017.

⁴⁰ Enquête nationale de la DRESS, 2014.

⁴¹ Exemple d'Envol 'Toit, l'habitat inclusif selon l'Esperluette : « *Le projet porté par l'Esperluette est celui d'un habitat inclusif considéré comme tremplin vers une citoyenneté effective; il ne porte pas seulement sur des aménagements des logements spécifiques au handicap, mais sur la mise en œuvre d'un quartier réellement inclusif au travers des différentes activités qui s'y trouveront et grâce à des actions de sensibilisation, des accompagnements spécifiques pour l'accès au travail et aux loisirs des différents lieux et grâce à l'autoreprésentation des personnes en situation de handicap* ».

Il existe un enjeu immobilier primordial dans notre stratégie de transformation de l'offre. Dans notre projet stratégique, nous avons souhaité mettre en adéquation les structures immobilières du DHVST et notre volonté de transformation. En effet, pour réduire les charges supportées par les établissements et éviter la perte d'attractivité, il est envisagé :

- Une mise au norme règlementaire pour l'un des sites ;
- Une optimisation des surfaces utilisées ;
- Une adéquation des besoins aux ressources.

Une opportunité de développement est également envisageable étant donné l'absence de concurrence et l'histoire de l'association sur notre territoire.

1.6. Synthèse de notre problématique

Nous sommes face à deux types de publics différents : l'un vieillissant et ne connaissant quasiment que la vie institutionnelle ; l'autre plus jeune souffrant de troubles psychiques associés et demandant un accompagnement différent de celui mis en œuvre jusqu'à présent. Le constat d'un manque d'attractivité se fait également sentir. En effet, nous possédons des places vacantes alors qu'il existe une liste d'attente sur le territoire.

La présentation des écarts relevés met en évidence la nécessité de faire évoluer notre offre de services pour répondre aux besoins de nos personnes accompagnées et du territoire. Cette réorganisation interne passe également par une adaptation des projets (associatif, d'établissement et de service) à l'évolution des besoins et des souhaits des personnes accompagnées. Elle a fait émerger la nécessité de proposer de nouvelles modalités de réponses.

Notre souhait est de conduire un projet de transformation immobilière visant l'adaptation du bâti aux personnes accompagnées et aux évolutions des politiques publiques ; tout en prenant en compte la singularité du paysage rural et social.

Ce projet s'inscrit pleinement dans la lignée du plan d'action ministériel "*Ambition transformation 2019-2022*".⁴²

⁴² https://nexem.fr/app/uploads/2019/01/Plan_daction_transformation_2019-2022.pdf

2. L'association et le DHVST face au projet de diversification de l'offre de services

2.1. Le projet au regard des ressources associatives et du DHVST

2.1.1. L'association et le projet de diversification

L'association pour laquelle nous œuvrons se veut une association d'action sociale et médico-sociale fondée en 1959. Elle s'est donnée pour mission de participer à la réponse en besoins sociaux et médico-sociaux par la création ou la reprise en gestion d'ESSMS. Au 1^{er} janvier 2022, elle gère 44 établissements et services et emploie 1400 professionnels. Elle accompagne 4100 personnes : enfants, adolescents et adultes, dans l'accès à leur pleine citoyenneté et dans le respect de leur projet personnel. Elle est présente sur 3 départements de notre région et n'envisage pas d'extension au-delà. Notre association croit au sens donné par la proximité et la connaissance de l'environnement dans un jeu d'acteurs locaux.

Ses interventions se dirigent vers les personnes :

- En situation de handicap (déficience intellectuelle ou sensorielle, troubles du langage, troubles de la conduite et du comportement, troubles du spectre autistique, handicap psychique, etc.) ;
- En risque ou en situation de fragilité sociale, familiale et/ou personnelle (prévention et protection de l'enfance et de la famille, mandat judiciaire de protection des majeurs).

Forte de son expérience et de son savoir-faire, l'association est reconnue par ses partenaires du secteur sanitaire, social et médico-social et par les pouvoirs publics.

Engagée dans l'évolution de son offre de services, le développement de l'association se construit par des réponses porteuses d'innovation pour couvrir des besoins existants ou émergents. L'association place la personne au cœur de sa réflexion et de son action, tenant compte de sa globalité et de ses singularités. Les personnes sont accompagnées pour construire pas à pas un projet de vie personnalisé, favorisant leur épanouissement, leur autonomie et leur inclusion dans la société.

Le dernier projet associatif et stratégique (2017-2021) définit 3 grandes orientations qui sont :

- Renforcer une démarche éthique et partagée qui place la personne au cœur de son parcours de vie ;
- Anticiper les besoins sociétaux et construire des réponses innovantes ;

- Adapter notre organisation et harmoniser les pratiques et outils entre nos différents établissements et services.

L'heure n'était pas encore à l'appellation « habitat inclusif » que l'association capitalisait déjà plusieurs années d'expériences autour de modalités d'accompagnement différentes et de dispositifs innovants concernant le logement. Le DHVST est pionnier dans l'offre de logements ESSMS et hors ESSMS. En effet, l'ouverture du premier FH de l'association date de 1979, le SAVS de 1993 et le SAMSAH de 2012.

Par la suite, 2 autres dispositifs ont vu le jour, regroupant pour le premier un FV, une résidence services et un service d'accueil de jour pour l'un. Le second est constitué d'un FV, un FAM, un Service d'Accueil de Jour et un AT dans le département voisin.

L'association comprend 3 membres du Conseil d'Administration (CA) sur les 15 qui le composent originaires de notre territoire d'intervention. L'une, ancienne magistrate, chevalier de la légion d'honneur, la seconde, ancienne assistante sociale en psychiatrie, et le dernier ancien directeur d'ESAT sont très investis dans la vie associative sur le territoire et présentent une technicité riche favorable au CA. Celui-ci est plus que partie prenante du projet de construction de logements à destination des PSH sur ce territoire où l'association est implantée depuis de nombreuses années. C'est d'ailleurs le territoire du département où elle possède le plus grand nombre d'établissements et services.

Des expériences antérieures donnent du crédit au projet que nous portons. Depuis 2011, l'association est partenaire d'un projet permettant à 16 PSH (jeunes adultes trisomiques) de vivre en autonomie dans une résidence adaptée avec l'intervention du SAVS.

En 2018, une résidence a vu le jour sous forme de projet architectural et social, avec la création de logements partagés orientés vers un public intergénérationnel et des PSH (logements adaptés pour accueillir des personnes vieillissantes et/ou en situation de handicap).

Forte de ces expériences, l'association promeut aujourd'hui une vision de l'entre-deux : ni tout inclusif, ni tout institutionnel, l'idée qu'il ne peut y avoir de réponse universelle, mais bien une réponse adaptée à chaque besoin.

Elle possède une situation financière équilibrée avec un budget annuel de 79 millions d'euros permettant le développement de projets tels que celui qui va être développé ci-après.

C'est donc tout naturellement que le CA a donné un avis favorable au projet de 54 logements en date du 25/09/2017.

2.1.2. Le DHVST au regard du projet de diversification

Depuis 2018, l'équipe de direction mène une réflexion autour de la notion de parcours et a regroupé l'ensemble de ses établissements en « dispositif » : terme qui regroupe un ensemble de services qui s'articulent pour répondre au projet de la personne. La finalité du dispositif « habitat et vie sociale » est de fluidifier le parcours des personnes accompagnées et de décloisonner les entités sur le territoire pour répondre au mieux aux besoins et attentes des PSH.

Pour fonctionner en dispositif, nous avons mis en place une mutualisation des services technique et administratif, mais également des instances tels que le Comité Social et Economique (CSE) et le CVS.

Le DHVST systématise ses pratiques de mutualisation dès que l'opportunité se présente. En effet, pour palier à des besoins ponctuels, les différents établissements se prêtent :

- Des véhicules ;
- Des salles de réunion, d'activité, snoezelen, SAA, etc. ;
- Des outils : plan canicule, dossier de préadmission, etc. ;
- Des compétences : intervention de l'ergothérapeute, astreinte infirmière, mobilités internes temporaires et définitives facilitées, etc.

La plupart des réunions sont également communes au dispositif :

- Réunion de service technique, tous les trimestres, animée par le directeur ;
- Réunion de service administratif, tous les deux mois, animée par le directeur ;
- Commission d'accompagnement et de parcours par site, tous les deux mois, animée par le directeur ;
- Réunion de direction, tous les mois, animée par le directeur.

L'organisation de l'équipe de direction est la suivante :

- Un directeur commun au DHVST ;
- Un chef de service Accompagnement par site ;
- Un chef de service Paramédical au FAM.

Une chargée de mission Qualité/Développement encadrant les services généraux est également intégrée à l'équipe de direction. Elle est chargée de piloter les dossiers concernant la démarche qualité, la gestion des risques et la gestion de projets en lien avec le service qualité du siège de l'association.

Une commission de vigilance et d'analyse des risques commune au DHVST se réunit une fois par mois pour analyser les fiches d'événements indésirables, les fiches "chute" et le registre de satisfaction et de réclamation des usagers.

Au niveau éducatif, il n'existe pour le moment que peu de transversalité entre les équipes. Chacun des foyers possède sa propre équipe d'accompagnement. Les réunions d'équipe

se font encore par site d'hébergement. Les routines professionnelles s'avèrent peu enclines à l'émergence de nouvelles formes d'accompagnement. En effet, celles-ci reposent sur des savoir-faire en termes d'aides et de soins fondés sur la protection de la personne.

Une réflexion autour de la communication a été menée et a abouti à la mise en place d'un outil informatique. Chaque professionnel possède une boîte mail personnelle et un accès à un espace de stockage partagé facilitant le partage et la mise en commun de documents. Le DHVST se veut plutôt familial avec des professionnels présents de longue date. La plupart vivent sur la commune d'implantation ou dans les villages environnants. Il existe une facilité de mobilité inter-établissement qui reste peu sollicitée.

Le personnel est donc confronté à la problématique du vieillissement des personnes accueillies et à l'apparition des troubles psychiques pour les dernières admissions, sans toutefois avoir souhaité bénéficier de formations destinées à l'accompagnement de ce nouveau public.

Le projet mené représente pour la plupart un changement important dans le cadre de leurs pratiques professionnelles. Habités à une organisation en collectivité, nombreux sont ceux qui ont évoqué leurs craintes face à l'autonomie qui sera laissée aux personnes lors des différentes réunions de présentation du projet.

Du fait de la démarche d'accompagnement des personnes vers l'autonomie, cela va entraîner des modifications au niveau des ressources humaines et donc une refonte de l'organigramme.

Depuis 2019, l'ensemble des professionnels du DHVST est formé à l'Humanitude. La philosophie de l'Humanitude est d'apporter une nouvelle définition de l'accompagnement qui va permettre d'ajuster le meilleur niveau de prise en soin en tenant compte de la législation et surtout du choix des personnes accompagnées. Un comité de pilotage (COPI) Humanitude s'est mis en place. Il est le garant de la pérennisation des outils de la formation. Il communique sur la vision Humanitude, impulse la conduite du changement et dynamise les liens de l'ensemble du personnel. A l'issue des différents groupes de travail, sept valeurs ont été développées et illustrées pour le dispositif : **engagement, équité, empathie, écoute, respect, bienveillance et tolérance.**

Le dispositif s'inscrit dans une démarche de désinstitutionalisation et répond aux enjeux d'une offre médico-sociale plus inclusive.

Il est une réponse aux problématiques nouvelles de notre population directement liées aux évolutions des situations de vie des personnes accompagnées au sein du dispositif.

Nous souhaitons aujourd'hui aller plus loin et le fil conducteur de notre réflexion tient à la question suivante : comment passer de la notion d'hébergement à celle d'habitat ?

La notion d'habitat dépasse celle du simple logement, dans la mesure où elle implique de construire une formule qui pense l'articulation entre le logement, l'accès à des services, mais aussi et plus fondamentalement l'accès à une vie sociale aussi « ordinaire » que possible.

Pourquoi ce choix de diversification de l'offre ?

- Permettre à la personne de bénéficier de la plus haute qualité de vie possible ;
- Permettre de maintenir ou de rétablir des habitudes de vie ;
- Assurer des rôles sociaux valorisés.

La diversification de l'offre est un nouveau modèle d'accompagnement, conciliant les enjeux politiques et économiques, réfléchissant à proposer une offre plus adaptée aux besoins des personnes accompagnées et assurant la continuité des activités. En restant ESSMS, nous souhaitons garantir la sécurité des personnes et la qualité des prestations proposées. Cette diversification s'articule autour d'un projet de construction d'un habitat conçu comme l'une des conditions possibles de l'inclusion des PSH dans la ville, autrement dit dans la société.

Le dialogue fréquent avec le CD et son implication dès l'étude de faisabilité du projet nous a permis de nous assurer de leur soutien. Des Copil réguliers sont organisés avec les deux autorités de tarification que sont l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le CD pour présenter l'avancée des réflexions concernant les modalités d'accompagnement, les ressources humaines, la gestion financière, les échéances du projet, etc.

Il en est de même avec notre association gestionnaire. La gestion maîtrisée de nos finances depuis de nombreuses années nous a permis d'obtenir le soutien du CA mais également de pouvoir acquérir le terrain pour la construction immobilière sur fonds propres.

2.1.3. Diagnostic stratégique (SWOT)

2.1.3.1. L'analyse de la situation interne

- Forces :
- **des compétences reconnues par les partenaires**, notamment avec l'appui des financeurs permettant l'innovation par le biais de projets ;
- **une association proactive sur la question de l'inclusion et du libre choix de vie**, elle a toujours accordé de l'importance à la possibilité pour chacun de choisir son mode de vie, comme en témoigne les nombreux dispositifs de logement innovants qu'elle porte ;
- **une organisation déjà positionnée en « dispositif » depuis 2018**, facilitant une souplesse d'accompagnement des personnes et de mobilité professionnelle à l'aube du projet ;

- **des locaux vétustes**, avec l'obligation de mise aux normes pour l'un des FH et des travaux de rénovation à prévoir pour l'autre, permettant d'envisager la construction d'un nouvel habitat ;
- **un budget maîtrisé**, la bonne gestion financière de nos établissements depuis des années a permis la confiance des autorités de tarification et le soutien du CA de l'association au projet de construction avec la possibilité d'acquérir le terrain sur fonds propres ;
- **des personnes accompagnées en recherche d'une plus grande personnalisation de la réponse**, comme l'atteste les réponses de l'enquête citée précédemment ;
- **une structure organisationnelle** facilitante en place, avec un coordinateur d'hébergement par site, véritable relai du chef de service ;
- **le CPOM comme un levier**, avec des orientations tournées vers la transformation de l'offre et la possibilité d'un agrément « hébergement unique » permettant de passer d'un habitat ou accompagnement à un autre (FV, FH, FAM, SAVS/SAMSAH).

- Faiblesses :

- **un cloisonnement des services et une absence de transversalité** avec le risque d'un manque de cohérence dans les accompagnements pour des professionnels qui vont devoir travailler ensemble ;
- **des équipes résistantes au changement**, avec des difficultés à se projeter dans la nécessité d'une posture professionnelle plus adaptée au développement du pouvoir d'agir ;
- **un passé institutionnel et collectif important pour certains résidents**, une culture des « murs » et une logique d'établissement ;
- **l'inquiétude des professionnels**, quant aux possibilités d'autonomie des personnes accompagnées ;
- **l'évolution des besoins en ETP et la nécessité d'élaborer une réflexion de Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP⁴³)** pour ne laisser personne en marge du projet en assurant la sécurité des emplois.

⁴³ Anciennement Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) devenue GEPP par les ordonnances Macron de 2017 avec pour objectifs de mieux anticiper les mutations de l'emploi et de répondre à un nouveau contexte économique.

2.1.3.2. L'analyse de la situation externe

- Opportunités

- **des politiques publiques favorables à la désinstitutionalisation ;**
- **des réformes porteuses de souplesse et de modularité**, avec le nouveau dispositif d'allocation de ressources SERAFIN-PH ;
- **un partenariat fort et développé**, avec une culture du « travailler ensemble » ;
- **l'évolution de la société en faveur des formules intermédiaires d'habitat ;**
- **le cadre de souplesse récemment initié par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)** de notre département ;
- **un conseil départemental partie prenante**, comme en témoigne l'octroi d'une subvention à hauteur de 4 millions d'euros pour le projet de construction.

- Menaces

- **un modèle de financement complexe**, avec un manque de flexibilité du CD pour envisager un système de responsabilisation / participation active des PSH ;
- **un manque de places en ESAT** sur le territoire compliquant les admissions en FH ;
- **une absence de transports** rendant compliqué la mobilité sur un territoire rural et pouvant impacter la recherche de solutions issues du droit commun.

Le diagnostic stratégique réalisé met en évidence des forces et opportunités sur lesquelles mon projet va pouvoir s'appuyer. Il met également en évidence des faiblesses et menaces dont il faut tenir compte.

Parmi celles-ci, j'identifie deux faiblesses majeures au regard du projet de diversification de l'offre. Elles nécessitent d'être travaillées de manière prioritaire et seront donc présentées dans les chapitres suivants :

- L'autodétermination des personnes accompagnées comme garantie du projet ;
- L'accompagnement des professionnels dans le changement de posture avec une adaptation du management de l'équipe encadrante à l'autonomisation des équipes.

2.2. Comment accompagner les personnes vers une plus grande autodétermination ?

2.2.1. L'autodétermination selon les auteurs

Il existe de nombreuses définitions ces dernières années du concept d'autodétermination.

Historiquement, lorsqu'une nation se gouverne elle-même, on parle d'autodétermination (exemple du référendum de la Catalogne en 2017)⁴⁴.

Pour ce qui est spécifique au handicap, il s'agit pour les personnes de posséder l'opportunité d'exercer les mêmes droits que les autres.

Une revue de la littérature montre 3 grandes approches de ce concept :

- **L'approche motivationnelle :**

Selon Deci (1992), l'autodétermination est ce qui fait que les personnes sont capables de faire des choix et agissent en accord avec elles-mêmes. Les êtres humains recherchent des défis à relever dans leur environnement pour favoriser leur développement personnel (Ryan et Deci, 2000). Cette évolution se fait à condition que 3 besoins fondamentaux soient satisfaits : le besoin de compétence, le besoin d'appartenance sociale et le besoin d'autonomie.

- **L'approche systémique :**

Dans celle-ci, de multiples facteurs interagissent. En se basant sur l'approche de Bronfenbrenner en 1979 (cité par Boulanger, 2014⁴⁵), 4 niveaux de système influençant la personne sont identifiés :

- 1) Le microsystème : un système qui entretient une relation immédiate avec la personne en développement (famille, école, etc.) où l'autodétermination peut s'exercer au quotidien.
- 2) Le mésosystème : l'interconnexion de divers réseaux qui contribuent à accroître l'autodétermination.
- 3) L'exosystème : un système de forces extérieures ayant une forte répercussion sur le microsystème, il s'agit de décisions prises et actions menées auxquelles les personnes n'ont pas participé.
- 4) Le macrosystème : un système de forces éloignées ayant des influences subtiles et à long terme sur le microsystème, comme la culture, les croyances et valeurs qui peuvent empêcher les personnes de pouvoir exercer un contrôle sur leur vie.

- **L'approche fonctionnelle :**

Dans cette dernière, l'autodétermination est vue comme un ensemble d'habiletés et d'aptitudes qui permettent à la personne d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non influencés par des agents externes (Wehmeyer, 1999). Wehmeyer

⁴⁴ Parlement de Catalogne : Llei del referèndum d'autodeterminació (Loi du référendum d'autodétermination), approuvée le 6 septembre 2017.

⁴⁵ Disponible sur internet : <https://id.erudit.org/iderudit/1033626ar>

insiste sur le fait que la personne est à l'origine de ce qui lui arrive dans la vie, avec la théorie de l'agent causal comme notion centrale. Cette théorie essaie d'expliquer comment les personnes deviennent autodéterminées. Pour Wehmeyer et al., (2006), l'agent causal est la personne qui agit comme une action afin d'atteindre un but spécifique.

3 opérateurs sont impliqués (Fontana-Lana, 2017) :

- La capacité à exécuter des actions, de causer des actions et d'actualiser concrètement une action ;
- La circonstance offrant une occasion à la personne ;
- Les affects de la personne (perception de la situation, capacité à l'affronter, évaluation de la situation).

Au-delà de ces approches, le concept d'autodétermination est complexe, transdisciplinaire. Il est un concept clé en sociologie avec la notion de respect, de la valorisation des droits des personnes à faire des choix. En psychologie, on le définit comme un trait de personnalité, une caractéristique individuelle. On se réfère à des théories cognitives, de la motivation et de l'apprentissage ; mais sans prise en compte suffisante de l'environnement. Quant au droit, il fait référence à un principe de justice et d'égalité favorisant l'appropriation.

Pour synthétiser ces notions, nous pouvons dire que l'autodétermination ne consiste pas simplement à être indépendant, ni simplement à faire ses choix. Il s'agit d'un apprentissage à pouvoir gérer sa vie en décidant l'endroit où l'on souhaite vivre, avec qui on veut vivre, ce que l'on souhaite faire comme travail, avoir comme loisirs, etc. Cet apprentissage se fait dès le plus jeune âge et dans tous les contextes de la vie.

La personne n'est donc pas autodéterminée seule, il faut que son entourage proche soit aussi capable de s'autodéterminer.

Pour la poursuite de ce travail, je me baserai sur le modèle fonctionnel de Wehmeyer (1999) et l'application aux PSH présentant un TDI. En effet, celui-ci met en évidence 4 caractéristiques essentielles pour présenter un comportement autodéterminé :

1. **L'autorégulation** : elle fait référence à des processus cognitifs. Il s'agit de pouvoir analyser les composantes de l'environnement pour prendre des décisions. Cela implique de pouvoir se gérer, planifier des objectifs, résoudre des problèmes, prendre des décisions et les ajuster. Selon Haelewyck et Nader-Grosbois (2004), l'autorégulation est vue comme la clé de l'autodétermination.
2. **L'autonomie** : c'est un concept qui implique le développement d'un sens de contrôle personnel de sa vie, l'établissement d'un système de valeurs et l'acquisition d'un comportement adaptatif et de conduites comportementales. Le

comportement adaptatif est une notion complexe qui regroupe les habiletés sociales (comportements interpersonnels et mesurables), les compétences sociales (jugement subjectif sur la manière dont une personne réalise des tâches sociales) et l'intelligence sociale (elle se définit comme l'étayage cognitif de la compétence sociale et des habiletés sociales : il s'agit de la flexibilité et des capacités de jugement).

3. **L'empowerment psychologique** : notion très en vogue qui regroupe le sentiment d'efficacité personnelle, le fait d'avoir des attentes personnelles et la croyance que l'on peut exercer un contrôle sur sa vie.
4. **L'autoréalisation** : elle consiste à avoir une bonne connaissance de soi, et à maximiser son développement personnel et son sentiment de bien-être. Pour cela, Wehmeyer (1996) définit des éléments composants : faire ses choix, prendre des décisions, résoudre des problèmes, se fixer des buts à atteindre, s'observer, s'évaluer et se renforcer, être capable d'anticiper des résultats, avoir confiance en soi et se connaître.

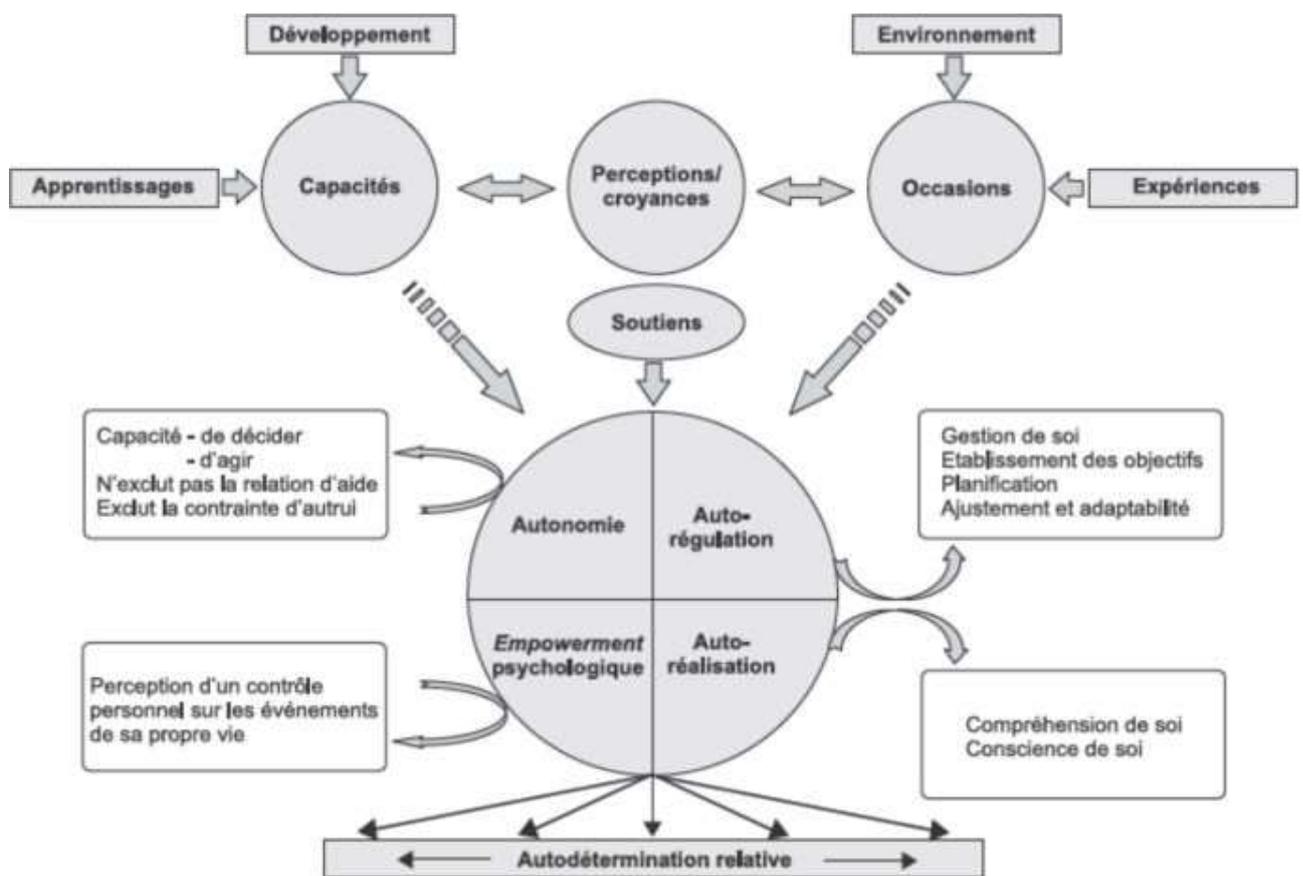


Schéma tiré de Lachapelle et Wehmeyer, 2003, p209⁴⁶

⁴⁶ Lachapelle, Y. et Wehmeyer, M.L. (2003). « L'autodétermination ». Dans Tassé M J. et Morin D., *La déficience intellectuelle* (p. 204-214). Montréal, Canada: Gaétan Morin éditeur.

Au-delà de ces 4 notions, la personne doit recevoir du soutien pour agir de manière autodéterminée : les professionnels doivent l'aider à développer ses capacités en lui donnant la possibilité et les moyens d'effectuer des apprentissages.

La recherche montre que les personnes avec TDI se montrent moins autodéterminées que des pairs sans TDI. Elles peuvent devenir davantage autodéterminées avec un soutien adéquat. Les facteurs environnementaux mais aussi intra-individuels peuvent prédire le niveau d'autodétermination.

Ce sont des thématiques retrouvées dès la loi 2002-2 dont l'un des objectifs était de favoriser la participation des bénéficiaires et de leurs familles. Cette loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale *“part du principe que les services et établissements sociaux et médico-sociaux doivent être un moyen de développer les opportunités, l'autonomie et la participation sociale de tout membre de la société, afin qu'il ait les mêmes chances d'appartenir et de participer à la vie collective, indépendamment de ses particularités sociales ou de ses incapacités”* (Demoustier et Priou⁴⁷).

Elle affirme et promotionne les droits des usagers en intégrant l'association de la personne, son entourage et sa famille à la conception et la mise en œuvre du projet, avec :

- le respect de leur dignité ;
- le libre choix entre les prestations ;
- un accompagnement individualisé et de qualité dans le respect d'un « consentement éclairé » ;
- la confidentialité ;
- l'accès à l'information ;
- une participation directe au projet d'accueil et d'accompagnement.

Y. Le Bossé quant à lui propose une traduction française de l'empowerment, comme le Développement du Pouvoir d'Agir des Personnes et des Collectivités définit ainsi : *“un processus par lequel des personnes accèdent ensemble ou séparément à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes, leurs proches ou la collectivité à laquelle ils s'identifient”*⁴⁸.

Le dernier rapport Piveteau (2022)⁴⁹ consacré aux métiers de l'accompagnement du social et du médico-social arrive dans un contexte de crise sans précédent du secteur. D. Piveteau précise que *“choisir un métier du travail social, c'est se donner le pouvoir d'agir, avec les personnes que l'on accompagne, pour faire advenir une société inclusive”*. Pour lui, cette

⁴⁷ Demoustier S., Priou J., 2013, pp. 73-74.

⁴⁸ Le Bossé Y., « *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités* », t. 1, *Fondements et cadre conceptuel*, Québec, ARDIS, 2012.

⁴⁹ Rapport Piveteau, *“Experts, acteurs, ensemble ... pour une société qui change”*, 2022.

approche doit être *“centrée sur la personne et son parcours de vie”*, malgré *“l’inertie des structures, les mentalités figées, les moyens insuffisants, les organisations inadaptées...”*. Pour le président du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, c’est pourtant bien *“l’autodétermination des personnes handicapées qui devient l’impératif de ces travaux en cours, pour ensuite développer une culture et des pratiques managériales qui vont valoriser cette autodétermination et ainsi contribuer au développement de cette société ouverte à tous”*.

2.2.2. L’autodétermination au sein du DHVST : analyse et hypothèses explicatives

A leur ouverture, il y a plus de 40 ans, les FH ont proposé une offre de service nouvelle sur un territoire rural. Ils se sont développés avec une grande liberté d’action en créant leurs propres règles de fonctionnement. Ces règles sont maintenues à l’heure actuelle par un groupe de professionnels qui exercent depuis une trentaine d’années dans l’un des foyers. Ce groupe est constitué de 3 professionnels avec un tempérament fort et ayant à cœur de défendre le collectif comme une conviction du “bon accompagnement”.

Il est important de revenir sur l’histoire pour mieux cerner la logique en place au niveau de l’équipe éducative. Pendant de nombreuses années, cette équipe était placée sous l’autorité hiérarchique de la direction adjointe des sites. Celle-ci était présente sur site de 8h à 19h et la plupart des samedis. Elle a réalisé la quasi-totalité de sa carrière au sein de l’établissement. A la retraite depuis 2 ans maintenant, cette dernière utilisait plutôt un management de type paternaliste. Ce foyer donne toujours l’illusion d’une grande famille entre les personnes accompagnées et les professionnels. Elle avait une réelle bienveillance envers les professionnels qui en profitaient pour essayer de sortir du cadre.

Depuis ce départ en retraite, l’équipe de direction a été remaniée et cette équipe éducative est sous la responsabilité hiérarchique d’une cheffe de service utilisant plutôt un management collaboratif.

Mon analyse de la question de l’autodétermination au sein de nos structures se base sur la réalisation d’entretiens auprès des professionnels, des personnes accompagnées, de la lecture des entretiens professionnels, des comptes-rendus de CVS et CSE.

Elle est regroupée en 4 points majeurs correspondants aux 4 caractéristiques d’un comportement autodéterminé :

- La peur de la prise de risque :

Dans les foyers, les personnes sont appelées “résidents” par les professionnels, ils ont des degrés de dépendance plus ou moins importants. Il est souvent difficile pour l’équipe de laisser l’autonomie revendiquée par certaines personnes. En voici un exemple :

L'une des personnes accompagnées est un grand amateur de spectacle et de musique. Pendant la période estivale, la commune organise une manifestation chaque vendredi soir au square de la ville. Mr X. souhaite si rendre à pied en partant du foyer et prendre le repas sur place à l'issue des spectacles. La professionnelle en poste le 1er vendredi de cette manifestation lui a refusé cette sortie sous prétexte d'une inquiétude par rapport aux éventuelles rencontres qu'il pourrait faire là-bas. J'ai été sollicitée dans le cadre de l'astreinte de direction par rapport au comportement de Mr X. Après avoir demandé à lui parler, j'ai compris que le refus de cette sortie est à l'origine du comportement de Mr X. A l'issue, j'incite la professionnelle à se baser sur les objectifs définis dans le Projet d'Accompagnement Personnalisé (PAP) de Mr X.

Selon Wehmeyer (1999), nous limitons le degré d'une personne à prendre des décisions si nous ne la laissons pas prendre certains risques. Pour être en capacité d'avoir un comportement autodéterminé, il faut également pouvoir évaluer les risques que comportent une situation.

Déjà en 1985, Turnbull et Turnbull soulignaient que les professionnels de l'accompagnement se préoccupent de manière trop excessive de la sécurité des personnes.

Néanmoins, les professionnels interrogés répondent à cette sécurisation des pratiques sous l'angle de la responsabilité *"qui est responsable s'il lui arrive quelque chose pendant le concert ?"* Ils évoquent la crainte que leur responsabilité professionnelle soit engagée et s'inquiète également du risque de sanction que cela peut engendrer.

- Un manque d'individualisation :

L'autodétermination est peu développée dans nos foyers. La plupart des décisions qui sont prises, le sont souvent par les professionnels et imposées. Il est vrai que l'organisation collective ne facilite pas toujours la prise en compte des besoins singuliers et de l'individualisation des accompagnements. Pourtant, il est primordial de pouvoir aborder leurs besoins et attentes en individuel.

Quand des souhaits sont exprimés, ils ne correspondent pas forcément aux besoins de la personne mais aux aspirations des professionnels.

Lorsque la cheffe de service évoque ce point lors des réunions d'équipe, la réponse souvent apportée tient aux habitudes de travail ou encore à l'inadaptation des locaux.

Les réunions de site ayant lieu à la fréquence d'une toutes les 3 semaines permettent aux résidents d'exprimer leurs envies, de prendre des décisions, de solliciter l'avis des autres et d'être écoutés. Dernièrement, une personne a sollicité l'accord de l'équipe éducative pour l'adoption d'un animal de compagnie. Ce souhait va pouvoir être intégré lors de la révision annuelle de son PAP. La posture du professionnel doit permettre de prioriser la dimension de l'individualité de la personne.

Même si les personnes ne peuvent prendre certaines décisions seules, il est important de leur offrir la possibilité de faire à minima des choix. C'est bien lors de la construction ou révision du PAP qu'il faut aborder leurs souhaits dans le projet personnel et définir des objectifs.

Faire participer la personne dans une démarche de co-construction est un aspect réglementaire, encore faut-il être persuadé que la personne en a la capacité. Dans un travail d'accompagnement, il s'agit d'aider la personne à faire de plus en plus souvent des choix dans un contexte favorable. Selon les auteurs (Guess, Benson et Siegel-Causey, 1985, cité dans Wehmeyer, 1999), il existe plusieurs niveaux de choix selon qu'il indique une préférence, qu'il sert à prendre une décision ou encore qu'il soit une expression de l'autonomie.

- La perte de sens des professionnels :

La littérature fait état de facteurs favorisant l'autodétermination. Pour être autodéterminés, les personnes ont besoin de contacts, de faire des choix (lieux de vie, travail, relations sociales, etc.), d'assumer des rôles sociaux, de gérer des situations et d'avoir un contrôle sur leur vie.

Il a été montré que les intervenants autour des PSH avec un TDI peuvent jouer un rôle pour développer et favoriser leur autodétermination.

Depuis 2017, le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF) intègre une définition ambitieuse du travail social : « *le travail social vise à permettre l'accès à des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale et à exercer une pleine citoyenneté (...). Il participe au développement des capacités des personnes à agir pour elles-mêmes et dans leur environnement (...)*⁵⁰ ».

Et pourtant ces dernières années, nombreux sont les professionnels qui semblent avoir perdu le sens dans leur travail. Cette recherche de sens s'est accentuée avec la crise Covid. Quand on les questionne sur les éléments qui jouent sur cette perte de sens, ils évoquent : *“une augmentation du travail administratif, des écrits, une réduction du nombre de professionnels en poste, des moyens matériels, etc.”*.

Ces remarques évoluent dans un contexte de non-actualisation des connaissances. En effet, peu de professionnels du dispositif effectue une demande de formation lors des entretiens professionnels. De plus, les réunions et groupes de travail mettent en évidence une méconnaissance des évolutions législatives de la part d'un grand nombre de professionnels. L'autodétermination représente un changement important pour les professionnels face aux nouveaux services à offrir aux personnes accompagnées. Cela

⁵⁰ Décret n°2017-877 codifié à l'article D.142-1-1 du CASF

implique des changements au niveau de l'approche pédagogique, engendrant une nouvelle façon d'intervenir.

- La position de "sachant" :

La plupart des professionnels se positionne comme des sachants, à contrario des personnes qu'ils accompagnent. On observe souvent des interventions de protection et de prise en charge aux dépens de l'accompagnement et de l'autodétermination. Il semble parfois plus facile de maintenir les personnes dans un état de dépendance aux professionnels plutôt que de favoriser leur autodétermination. En effet, les professionnels relatent souvent qu'ils gagnent du temps en faisant "à la place de" plutôt que de faire "avec". Nous sommes face à une crise identitaire du travail social conduisant à réinterroger les pratiques et à rechercher de nouvelles approches. L'évolution de la société engendre chez les personnes accompagnées une plus grande recherche de maîtrise de leur vie, alors que les professionnels, dans leur formation, *"intériorisent le plus souvent qu'ils savent ce dont les personnes ont besoin, qu'ils connaissent la solution. Ils ont appris à être dans une logique prescriptive. C'est cette position haute des sachants, insupportables pour les personnes, qui fait que souvent elles se ferment et se protègent contre tout risque d'intrusion"* (Dinet et Thierry, 2012).

2.2.3. Les leviers et préconisations pour favoriser l'autodétermination dans nos foyers

L'autodétermination doit constituer le fondement de notre projet d'établissement et de services. Il est donc nécessaire de garantir toute sa place à la parole des personnes accompagnées, de reconnaître l'expertise du vécu, de placer au cœur de tout projet d'accompagnement l'objectif d'une plus grande autonomie, de permettre à chacun de choisir son parcours de vie et d'évoluer comme tout citoyen dans la cité.

Afin de mobiliser au maximum les capacités d'autodétermination des personnes que nous accompagnons, différents axes de travail sont possibles :

A. Pour les personnes accompagnées

- La considération de la personne et de son environnement :

La personne devient davantage actrice de sa vie lors de ses interactions avec les autres. Elle est influencée par son entourage qu'elle influence elle-même à son tour. Selon Wehmeyer et Garner (2003), l'autodétermination n'est pas liée essentiellement au niveau

intellectuel ou à des limitations physiques et fonctionnelles mais bien aux opportunités que lui offre l'environnement.

La formation Humanitude dispensée à l'ensemble des professionnels du dispositif entre 2020 et 2022 peut permettre une réflexion et la mise en place d'un groupe de travail dont l'objectif est de retravailler la trame des PAP de telle sorte à ce que les personnes soit au centre de leur projet dans une démarche de co-construction. Selon la philosophie de l'Humanitude, *“les PAP sont l'engagement de la structure envers chaque client. Chaque service met en place une démarche spécifique à ses compétences pour répondre à la demande du client. Le PAP est l'ensemble des démarches spécifiques de chaque service réunies et soumises à la signature du client.”*

Il est souhaitable de travailler avec l'environnement de proximité que ce soient les voisins, les commerçants, les associations de quartier et également avec les acteurs de droit commun (médecin, infirmière libérale, etc.). L'idée est de faire ensemble dans une logique de coopération pour atténuer le risque, tout en travaillant l'inclusion.

- La prise en compte du parcours de vie de la personne et de ses proches aidants :

Travailler l'autodétermination requiert de toucher non seulement les personnes mais également leur entourage. Il est en outre important de tenir compte des facteurs de risque et de protection des personnes accompagnées.

L'inquiétude des familles est à recevoir et celles-ci doivent être un partenaire dans cette perspective de développement de l'autodétermination. Pour les personnes accompagnées en FAM ou FV, la famille n'a pas toujours idée des potentialités. Les personnes ont un passé en collectivité assez conséquent et leurs familles n'imaginent pas qu'ils puissent la quitter. Elles ont des attentes en termes de sécurité pour leur proche pouvant freiner l'autodétermination. Par exemple, Mr B. nous dit *“je ne veux plus aller en appartement, Papa n'est pas d'accord, je n'en suis pas capable”*.

Le travail doit s'effectuer avec l'équipe pluridisciplinaire pour l'acceptation du projet afin de garantir sa réussite.

- La multiplication des opportunités d'apprentissage :

Pour donner confiance et multiplier les opportunités d'apprentissage, l'équipe éducative doit renforcer et développer l'ouverture vers l'extérieur ; que ce soit des partenariats associatifs, ou des ressources de droit commun.

Il s'agit alors de valoriser les démarches mises en œuvre et de capitaliser sur ce qui en ressort, que ce soit autour de la participation collective (avec les réunions d'expressions), autour du pouvoir d'agir et de la participation individuelle (enquêtes de satisfaction, organisations d'activités) ou autour de la démocratie participative (à travers le CVS).

- La garantie de la participation au travers des instances existantes et le déploiement de nouveaux espaces :

La participation des personnes est une dimension incontournable mais doit aller plus loin que le simple CVS. Nous devons aujourd'hui nous assurer que les personnes sont partie prenante de l'ensemble des décisions les concernant. Dans nos services et notamment pour le projet, les professionnels ne doivent exclure aucune idée, demande ou aspiration ; même celles qui ne sont pas prévues dans le projet. A eux d'aider les personnes à trouver les solutions pour y arriver.

Cela peut prendre la forme de groupes de parole ou d'espaces de discussion où les personnes peuvent réfléchir ensemble, se questionner, s'exprimer librement sur leur projet de vie sans crainte d'être jugées. L'objectif est de contribuer à une perception positive d'eux-mêmes nécessaire au cheminement de la confiance en soi et donc de l'autodétermination.

B. Pour les professionnels

- La formation des équipes :

Au-delà du travail effectué avec les personnes elles-mêmes, il faut également permettre la formation des équipes éducatives aux enjeux de l'autodétermination pour les personnes que nous accompagnons. Cette formation doit faire l'objet d'une démarche spécifique sur les principes de l'autodétermination mais doit à mon sens s'accompagner d'une acculturation aux évolutions législatives et au mouvement citoyen impulsé par les PSH.

En effet, lors des groupes de travail relatifs au projet, je me suis aperçue qu'une partie des professionnels avait le sentiment que le projet que nous menons est un souhait de l'équipe de direction et non une réponse aux aspirations des personnes que nous accompagnons.

Les formations initiales ne sont pas mises à jour en fonction des évolutions de la société comme en témoigne la dernière réforme du diplôme d'ES qui a eu lieu en 2007⁵¹. Plusieurs textes l'ont complété pour établir des compétences communes avec les autres métiers du social en se centrant sur les qualités humaines requises et la notion de projet.

Il serait intéressant de proposer une acculturation par le biais de réunions thématiques ouvertes à l'ensemble des professionnels du dispositif. Chacun a son rôle à jouer dans le développement de l'autodétermination des personnes, que ce soient les professionnels éducatifs, les services généraux ou administratifs ; sur l'ensemble du dispositif.

⁵¹ Décrets n° 2007-899 du 15 mai 2007, n° 2018-734 du 22 août 2018, n° 2018-779 du 10 septembre 2018, n° 2019-14 du 8 janvier 2019.

- Le changement de notre regard en ce qui concerne l'évaluation de la personne :

Cela signifie de ne plus parler en termes d'approche déficitaire mais plutôt se centrer sur les compétences. Pour cela, il s'agit d'aider la personne à développer la conviction qu'elle est capable d'apprendre (Normand-Guérette, 2012), d'être convaincu qu'elle a un potentiel d'apprentissage. Cela est possible en :

- Lui faisant sentir notre confiance en sa capacité d'évolution ;
- Stimulant la curiosité et la motivation d'agir de la personne ;
- Proposant des tâches micro-graduées et de plus en plus complexes ;
- Dédramatisant l'erreur.

Cette posture professionnelle est encore fragile au sein du dispositif avec des professionnels qui se sentent dépossédés de leurs missions. Ils doivent accepter *“d'abandonner un peu de pouvoir, et de prendre des risques pour laisser la place à ceux qui sont accompagnés”*⁵².

En fonction des résultats d'évaluation, l'équipe sera plus en mesure d'accepter la prise de risque qu'on souhaite mesurée et ainsi de permettre aux personnes de vivre des échecs pour sortir de cette logique de surprotection. Il convient également de les aider à travailler sur l'acquisition d'un vocabulaire cohérent au projet afin que les résidents deviennent des habitants.

- L'utilisation d'une méthode de management participative :

Les modifications des conduites d'accompagnement des professionnels doivent être menées dans un contexte de modification du fonctionnement institutionnel. Il est question de la conduite du changement qui sera développée dans la partie suivante.

Néanmoins, les chefs de service ont un rôle très important à jouer dans l'adaptation des logiques d'action. L'équipe de direction doit donner le sens de l'action, impulser une dynamique de projet, renforcer les démarches constructives. Les professionnels ont besoin d'être reconnu, écouté et de remettre du sens dans leurs missions. En tant que directrice, mon rôle est de favoriser des actions qui vont permettre de renforcer leur reconnaissance.

2.3. Comment agir sur la résistance au changement des professionnels ?

2.3.1. La résistance au changement selon les auteurs

« Le monde déteste le changement, c'est pourtant la seule chose qui lui a permis de progresser. » (Charles F. Kettering).

⁵² Etats généraux du travail social, la place de l'utilisateur, janvier 2015, p.10, disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Placedesusagers.pdf>

- Le changement :

Le dictionnaire Le Robert définit le changement comme un état de ce qui évolue, se modifie, que ce soient des choses, des circonstances ou des états psychologiques.

Dans une organisation telle que notre dispositif, le changement est permanent. Il peut concerner un départ à la retraite d'un professionnel, le départ d'une personne accompagnée vers une autre structure, un nouveau projet, une nouvelle loi, etc. Tous ces exemples peuvent avoir un impact sur l'organisation quotidienne en nécessitant une adaptation.

Il est donc logique que tout changement puisse engendrer chez les professionnels des inquiétudes, voire du scepticisme.

Le sociologue M. Crozier a analysé le comportement d'une personne dans l'organisation comme un acteur qui cherche à maintenir ses zones de pouvoir au sein de l'organisation. Selon M. Crozier et E. Friedberg, *“pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social. Il ne s'agit pas de décider une nouvelle structure, une nouvelle technique, une nouvelle méthode, mais de lancer un processus de changement qui implique actions et réactions, négociations et coopération”*.⁵³

L'intérêt de la personne engendre un comportement qui ne va pas forcément dans le sens du changement. L'échec du changement peut arriver du fait de l'apparition de résistances.

- La résistance au changement :

Elle est un concept qui signifie la capacité des personnes d'entraver les projets dans lesquels l'établissement s'engage. La résistance au changement a été abordé en premier lieu par Coch et French en 1948 et inspirée des travaux sur la dynamique des groupes de Lewin de 1951 (cités dans Soparnot, 2013⁵⁴). Elle n'est pas forcément négative, certains la jugent même nécessaire pour éviter tout changement superflu.

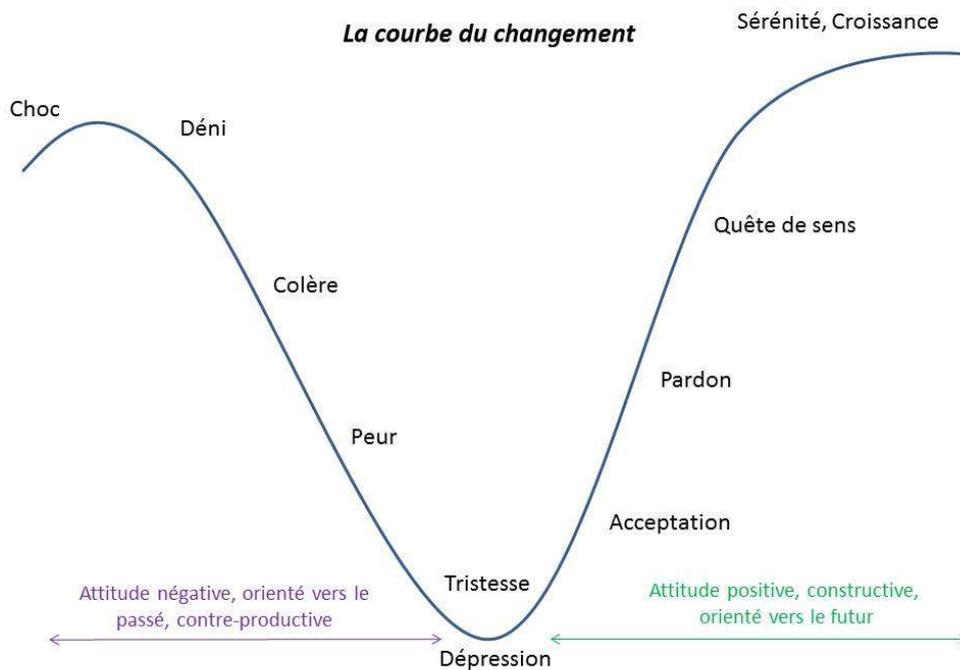
Qui dit changement, dit résistance. *“La résistance au changement est l'expression raisonnable et légitime des risques que comporte le changement pour les acteurs”* toujours selon Crozier et Friedberg⁵⁵.

Les résistances ne sont pas uniquement l'expression de la routine et de la passivité, elles peuvent être individuelles ou collectives, structurelles ou conjoncturelles. En fait, l'organisation se défend contre ce qui la dénature afin de préserver son intégrité.

⁵³ Crozier M., Friedberg E., 1977, L'acteur et le système, p.338

⁵⁴ Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-4-page-23.htm>

⁵⁵ Ibid



Courbe du changement selon Kübler Ross⁵⁶

E. Kübler Ross a identifié différentes étapes dans le changement mises en évidence ci-dessous sur la courbe du changement appelée aussi courbe du deuil.

Cette période de changement se décompose en 3 phases :

- Une **phase de refus** avec présence d'émotions telles que le déni, la colère et la peur, qui signifie la fin du passé ;
- Une **phase de négociation** pour tenter de limiter ou d'aménager le changement avec présence de la tristesse quand on comprend que le changement devient inévitable ;
- Une **phase d'acceptation** qui correspond à une période de renouveau et permettra la mise en œuvre du changement.

Selon M. Crozier, les personnes changent si : elles sont associées, elles ont un intérêt personnel, elles en perçoivent les enjeux, elles sont découragées, elles ont déjà l'habitude de réussir au moins partiellement, le changement est réaliste, le système des priorités est clair et cohérent, le comportement de la hiérarchie est cohérent avec le changement.

Tout changement implique une perte mais également un gain. Pour un changement réussi, il doit plus y avoir à gagner qu'à perdre. Les professionnels ont une acceptation et un cheminement vers le changement selon une temporalité qui leur est propre ; en fonction de

⁵⁶ Extrait de Stern P., Schoettl J-M., 2019, « Le cycle du changement », *La boîte à outils du management*, pp. 166-167.

leur vécu, de leur histoire professionnelle, de leurs valeurs, de leur place dans l'équipe, de la reconnaissance que la hiérarchie a de leur travail.

Les 3 piliers du changement sont :

- L'utilité : à quoi cela va servir ?
- L'intérêt : qu'est-ce que j'ai à gagner ?
- La nécessité : est-ce vraiment nécessaire ?

2.3.2. Des inquiétudes pour l'exercice professionnel au sein du DHVST : analyse des mécanismes de résistance et hypothèses

Comme expliqué précédemment, les FH ont une ancienneté importante. Ce service s'est construit sur un mode familial dans un environnement rural pour des PSH, en s'appuyant essentiellement sur une valeur de protection.

Il y a peu de mobilité de la part des professionnels, certains sont au même poste depuis plus de 20 ans. Cette absence de mobilité est également présente pour les personnes accompagnées car certaines vivent au FH depuis plus de 20 ans. L'un des 2 sites est plus impacté par ces constats.

De nombreux changements se sont opérés pour assurer la pérennité et la légitimité de notre offre de services sur le territoire ces dernières années :

- La création d'un second FH en 1979 ;
- La création du SAVS puis du SAMSAH ;
- La mise en place des outils de la loi 2002-2, cadrant ainsi l'accompagnement des personnes ;
- Un changement de direction avec le passage du directeur tout puissant et peu présent sur ce site (délégation de responsabilité à la directrice adjointe) à un directeur visionnaire, entrepreneur et fédérateur à l'initiative de la formalisation d'une équipe de direction et par là même impulsant une dynamique ;
- Le regroupement de l'ensemble des services en dispositif, instaurant une dépendance fonctionnelle et financière avec d'autres services ;
- La modification de l'équipe éducative originale avec l'apparition d'un nouveau métier « les maitresses de maison » ;
- Le départ à la retraite de la directrice adjointe et son remplacement par une cheffe de services utilisant un mode de management collaboratif.

L'ensemble de ces changements a été vécu par des 3 des professionnels initiaux pour le foyer de Monchy et 2 pour la Résidence. Actuellement, ces personnes travaillent toujours au même endroit et occupent la même fonction. L'une est partie en retraite l'an dernier.

La littérature permet le repérage de 6 facteurs de résistance au changement⁵⁷.

Nous en déduisons que les facteurs de résistance au changement au sein du DHVST peut s'expliquer par :

- L'anxiété provoquée par le changement :

Le changement peut provoquer des états d'anxiété chez ceux qui le vivent. Selon Jaques (1972), *"c'est en période de changement que se réveillent ou se cristallisent ces anxiétés qui n'existent qu'à l'état diffus dans les organisations"*⁵⁸.

Le projet mené constitue un changement important pour les professionnels et peut générer de nombreuses situations d'anxiété en termes de pérennité de l'emploi, de statut social, etc.

- La résistance identitaire :

Le professionnel peut présenter des inquiétudes par rapport à l'identité qu'il s'est construite au sein du DHVST. Le travail permet à la personne d'exister socialement et cette existence, ce statut social peut être modifié en cas de changement.

- Les jeux de pouvoir et les résistances des acteurs :

Selon Crozier et Friedberg (1977), *"les acteurs (...) ne peuvent jamais être réduits à des fonctions abstraites ou désincarnées. Ce sont des acteurs à part entière qui, à l'intérieur des contraintes souvent très lourdes que leur impose le système, disposent d'une marge de liberté qu'ils utilisent de façon stratégique dans leurs interactions avec les autres"*⁵⁹.

Les professionnels peuvent soutenir ou pas le changement selon qu'ils y trouvent un intérêt.

- L'influence du groupe :

Dans ce cas, on parle de résistance collective. Un groupe fonctionne selon des règles établies. On se rend compte que souvent lors de l'arrivée d'un nouveau professionnel, celui-ci se conforme aux règles du groupe sans chercher à en établir la pertinence. Cette influence est très marquée dans l'un de nos 2 FH avec un groupe très résistant au changement, groupe de professionnels avec une ancienneté importante.

⁵⁷ Soparnot R., 2013 "Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus", p.27.

⁵⁸ Jaques E., Intervention et changement dans l'entreprise, Dunod, 1972.

⁵⁹ Ibid 43.

- La résistance culturelle :

Les professionnels partagent les valeurs de l'association et à partir du moment où le changement engendre des valeurs qu'ils jugent divergentes ; les professionnels peuvent être contre le changement. Cette résistance est bien présente au sein de nos établissements avec des professionnels ayant l'impression que le projet remet en question la valeur de protection des personnes accompagnées que nous nous sommes donnée.

Il semble exister une perte de sens chez les professionnels pouvant se confirmer par le nombre d'arrêts maladie (à pondérer du fait de l'épuisement lié à la crise Covid) et surtout par le départ de salariés à l'aube du projet.

- Les connaissances et compétences des individus :

Il est souligné par Crozier et Friedberg (1977) que *“tout processus de changement est un processus d'apprentissage c'est-à-dire de découverte voire de création et d'acquisition par les acteurs concernés de nouveaux modèles relationnels, de nouveaux modes de raisonnement, de nouvelles capacités collectives”*.

Dans nos établissements, cela peut concerner la peur de devoir changer des habitudes bien ancrées et de devoir déployer de nouveaux rôles et nouvelles manières de fonctionner. Au vu de l'évolution de la place des personnes accompagnées, il est normal que les professionnels présentent des craintes de voir leur territoire d'action réduit ou élargi. Ils se demandent si le métier qu'ils ont appris est encore à l'ordre du jour. Le travail en équipe doit s'organiser différemment pour s'adapter à la place prise par les personnes accompagnées. Celles-ci sont co-acteurs de l'accompagnement et non plus receveurs.

Il y a quelque fois un décalage qui se fait entre la formation initiale et la réalité du terrain au vu des évolutions sociétales et législatives.

Nous en déduisons que l'ensemble des facteurs de résistance au changement sont présents au sein du DHVST et que pour garantir la réussite du projet, il est nécessaire d'accompagner les professionnels dans ce changement.

2.3.3. Les leviers et préconisations pour accompagner le changement

Afin de réduire les résistances, il convient de définir une stratégie pour conduire le changement. La stratégie de changement est dans notre projet une stratégie de développement organisationnel, dans le sens où le changement est mis en œuvre directement **avec** et **pour** les personnes accompagnées. Dans ce cadre, nous devrions avoir moins de résistance psychologique et identitaire. Au contraire, ce changement peut engendrer une augmentation des résistances de nature politique, collective et culturelle.

En tant que directrice, je compte incarner une position de leader pour fédérer les équipes et mener à bien ce changement.

Pour cela, les pistes de travail que je dégage sont les suivantes :

- Le rassemblement autour de valeurs :

“Ce qui importe et fonde la vraie identité d’une entreprise, ce sont les valeurs vécues plus que celles déclarées, les valeurs partagées davantage que celles promues”⁶⁰.

La carte d’identité d’un établissement se construit avec les valeurs individuelles des professionnels et les valeurs collectives forgées par l’ensemble des valeurs individuelles.

C’est bien le rôle du directeur de porter ces valeurs dans le but d’obtenir l’adhésion des équipes au projet mais également pour qu’elles se retrouvent au sein d’une identité. Ces valeurs doivent se retrouver et être accessible à tous dans les documents qui incarnent l’établissement (outils de la loi 2002-2).

Bien évidemment, en plus d’être énoncées, elles doivent être appliquées dans les pratiques quotidiennes pour l’ensemble des professionnels (équipe de direction comprise).

- La communication du projet :

Avant même le début d’un projet, il est nécessaire d’informer, d’impliquer les professionnels dans la réflexion. Pour ne pas avoir le sentiment que le changement est imposé, les professionnels doivent se sentir consultés et écoutés. Ce sont bien eux qui accompagnent les personnes au quotidien et dont nous avons besoin pour impulser le changement. La communication concerne aussi bien les étapes de réflexion d’un projet mais aussi et surtout les évolutions législatives. Je me suis, en effet, rendue compte que peu de professionnels étaient informés du mouvement d’ampleur que vit le secteur médico-social autour de la libération de la parole des personnes accompagnées, mouvement en faveur de la désinstitutionalisation, de l’inclusion, du pouvoir d’agir. Nous sommes dans un secteur rural avec peu de mobilité professionnelle. Les professionnels croient à tort que chaque changement est la volonté de la direction et non une évolution impulsée par les personnes accompagnées. Il ne me semble pas opportun de présenter du contenu législatif et d’évolution sociétale de manière descendante mais plutôt d’élaborer une séance dynamique avec un contenu présenté sous forme d’exercices tirés de l’éducation thérapeutique. Utiliser ce type de réflexion permet de faire passer des connaissances en prenant conscience de nos représentations de la situation.

⁶⁰ Vassal, O., *Le changement sans fin*, Editions Pearson, 2008.

- Le développement d'une vision porteuse de sens :

Au sein des foyers, où le travail semble avoir perdu son sens depuis quelques années du fait de l'absence d'évolution des pratiques professionnelles, il est primordial de travailler sur le sens qui est mis quant au développement du projet. En effet, *“la signification que les acteurs donnent au projet conditionne leur interprétation et leur engagement”*⁶¹.

Il me faudra alors défendre une vision permettant de favoriser l'engagement dans ce projet de diversification de l'offre de services. Être claire et convaincante sur la nouvelle direction à suivre permet de redonner du sens à notre accompagnement.

- La formation d'une coalition :

Pour chaque changement, on peut trouver des professionnels pro-changement ou au contraire des personnes totalement réfractaires. Il est important de donner la parole aux professionnels et de leur montrer qu'ils ont plus à gagner qu'à perdre. Le changement n'est pas uniquement le travail de l'équipe de direction mais bien de l'ensemble des personnes qui forme le dispositif. Le directeur a son rôle à jouer en tant que facilitateur, voire négociateur. En fonction des retours quant au projet, l'équipe de direction aura à construire des groupes de travail, qui se voudront équilibrés entre opposants et soutiens au projet.

2.4. Synthèse de la seconde partie

Le DHVST a su remplir sa mission d'accompagnement des personnes présentant un TDI depuis de nombreuses années. Cependant, le dispositif se retrouve face à de nouveaux besoins auxquels il ne peut apporter de réponse.

La direction en poste depuis 10 ans a mis en œuvre ces dernières années une dynamique de changement avec des méthodes de travail plus inclusives (co-construction du PAP, formation Humanitude, ouverture sur l'extérieur).

Ces pratiques ont fait émerger chez un groupe de personnes un désir de vie dans un logement en dehors des foyers.

Pour répondre à ce besoin, le DHVST doit adapter ses prestations, fluidifier les parcours en accompagnant équipes et personnes vers un nouveau projet de construction de logements à visée inclusive.

Je vais maintenant présenter la stratégie de direction définie, les détails du projet, ainsi que l'échéancier, la communication et les modalités d'évaluation du projet.

⁶¹ Soparnot R., 2013, p.12

3. La transformation de l'offre du DHVST pour proposer un « chez soi » aux personnes accompagnées

3.1. Le projet : concevoir et proposer des réponses plus adaptées et plus modulées

3.1.1. Orientations stratégiques du projet

Anticiper et **évoluer** sont les maîtres mots du DHVST.

A la suite de la réflexion stratégique proposée par l'équipe de direction du DHVST, le CA puis le CD ont validé le projet et nous suivent dans cette ambitieuse diversification de notre offre de services au profit des personnes que nous accompagnons. Le CD nous a accordé en janvier 2020 une subvention d'investissement à hauteur de 60 % du montant total du projet.

J'ai donc à engager les actions nécessaires pour redéfinir l'activité du dispositif, rendre ses objectifs et ses perspectives d'évolutions lisibles par l'ensemble des acteurs et plus particulièrement :

- La Direction Générale pour la négociation du CPOM avec les autorités de tarification. Afin d'obtenir les financements adéquats, le DHVST doit pouvoir mettre en avant le parcours de la personne et les adaptations nécessaires pour y parvenir ;
- L'ensemble des professionnels qui travaillent dans l'établissement afin que chacun puisse exercer son métier ;
- L'ensemble des personnes accompagnées qui y vivent afin que chacun puisse trouver sa place.

Ce projet de diversification permet également au dispositif de se (re)positionner sur le territoire en adaptant son offre de services aux réalités des personnes sur ce territoire. En qualité de directrice, il est de mon devoir de garantir la qualité de vie des personnes accompagnées en favorisant la cohabitation mais je dois également veiller à tourner le DHVST vers l'avenir en tenant compte du contexte politique.

Mon projet de direction a pour ambition :

- de promouvoir le parcours de chaque personne en diversifiant les possibilités d'accompagnements et les réponses à apporter aux personnes accompagnées par le dispositif ;
- de les accompagner dans les différentes étapes de leur vie en leur donnant la possibilité de choisir leur lieu de vie sans être dépendant d'une place ;
- les autoriser à s'essayer à de nouvelles expériences en toute sécurité, sans que cela ne remette en cause leur hébergement et sans que ce choix ne les engage de façon définitive.

Le réseau (établissements, dispositifs de droit commun) est sollicité pour prévenir des situations de ruptures dans le parcours des personnes, notamment lorsqu'une structure ne répond plus aux besoins de la personne.

Pour atteindre ces objectifs, mon projet de direction porte sur 7 grands axes de travail que je développerai dans mon plan d'action :

- (1) Le projet architectural avec la transformation d'un ESSMS dans une perspective inclusive ;
- (2) La création de places de FAM et FV "hors les murs" ;
- (3) La définition d'un budget pour mettre en œuvre l'autonomie des personnes ;
- (4) L'accompagnement des personnes à l'autodétermination ;
- (5) L'accompagnement des professionnels au changement ;
- (6) La communication autour du projet ;
- (7) L'évaluation du projet.

Garantir le pilotage du projet dans la durée nécessite une organisation structurée. Une feuille de route (cf. extrait de la feuille de route en Annexe 2) a été créée pour faciliter le suivi du projet et les actions attenantes, en lien avec la DG. Le directeur général, la directrice financière, la directrice des ressources humaines et la directrice qualité du siège sont associés au suivi de ces actions. En effet, le suivi du projet ne peut se faire sans le soutien du siège de l'association et met en œuvre la politique associative.

3.1.2. Un projet architectural d'envergure : Transformation de l'établissement dans une perspective inclusive

Le projet immobilier repose sur un concept architectural innovant, non stigmatisant et évolutif permettant ainsi à l'offre d'hébergement et d'accompagnement d'évoluer en fonction des besoins des personnes accompagnées.

Il nous a d'abord fallu trouver un terrain qui s'y prête. L'implantation choisie se situe dans la commune voisine de l'un des FH actuel. La parcelle est située dans un quartier urbain à proximité de logements individuels accolés, en front de rue. L'écosystème et l'environnement facilitent l'inclusion : services et commerces accessibles depuis le site (mairie, équipements sportifs, banque, etc.), proximité avec la gare routière et ferroviaire, présence dans un rayon d'1 km de services de santé, sociaux et médico-sociaux (ESAT, maison de santé pluriprofessionnelle, pharmacie, Centre Médico Psychologique, etc.).

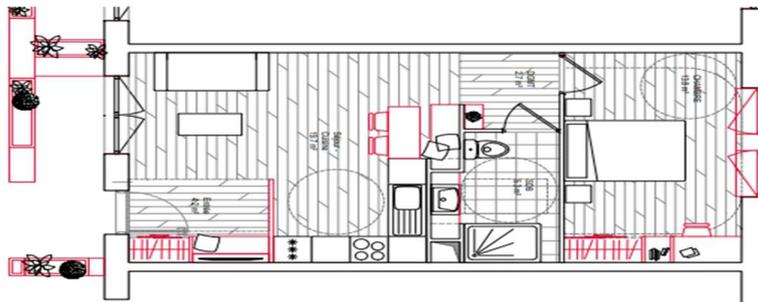
L'association a souhaité être accompagnée par un Assistant à Maîtrise d'Ouvrage pour la construction des logements, pour lesquels l'association sera propriétaire. Au regard de cela, un concours d'architectes a été lancé. Des réunions nous ont permis de leur transmettre notre philosophie du projet.

Le projet architectural retenu est en adéquation avec les valeurs sociales et humanistes portées par l'association. En effet, la recherche de composition d'un nouveau quartier pour fluidifier les parcours de vie guide le projet. La composition de logements autonomes, de qualité, banalisés, répond à la problématique de l'habitat comme lieu de vie principal.

Conscient des enjeux forts du programme, l'opération se développe autour d'un cadre de vie agréable, véritable écologie de bien-être. Les logements ont été pensés dans leur articulation autour d'espaces communs, intérieurs et extérieurs, de qualité (cf. Annexe 3). Les espaces se pratiquent et s'expérimentent par le parcours et l'usage, créant du lien entre les personnes, actrices du projet et le voisinage. Chaque habitant est ainsi encouragé à accéder à sa pleine citoyenneté et autonomie.

Le projet architectural prévoit 56 logements dont :

- 50 appartements T2 ;
- 4 appartements T3 ;
- 2 appartements T4.



Plan d'un appartement de type T2

Nous avons souhaité que 100 % des logements soient accessibles aux PMR et que la domotique représente un réel atout dans la résidence.

Un des appartements T4 sera destiné aux locaux administratifs et sera modulable en appartement moyennant de légers aménagements. Les appartements seront "sans étiquette" c'est à dire qu'une personne orientée en FAM pourra être voisine d'une personne en EHPA-H et d'une personne en FH.

L'architecture du bâtiment a été pensée de telle sorte à ce qu'on puisse, si besoin, requalifier les logements en logements "ordinaires" (possible car nous sommes propriétaires et

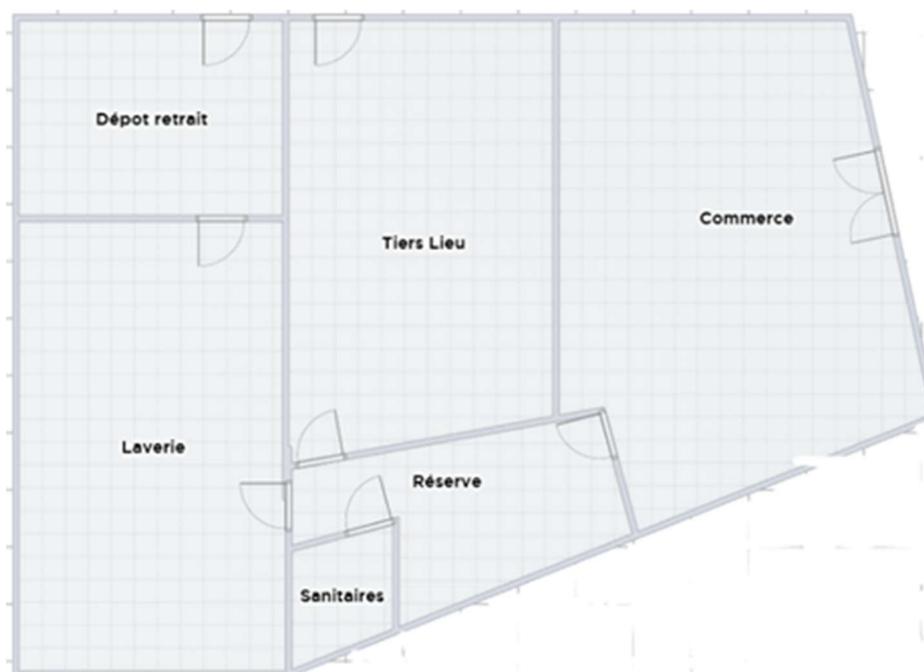
n'avons pas eu recours à un prêt aidé). Des coursives sont prévues, véritables lieux de vie, elles permettant l'instauration d'une relation de voisinage, tout en rendant 100% des logements autonomes.

Le projet proposera différents espaces collectifs. Tout d'abord, la résidence offre une salle de réception de 118 m², pour l'organisation de réception par exemple, et des espaces verts destinés aux habitants de la résidence.

Les locaux seront sécurisés grâce l'aménagement de barrières automatiques et d'un système de visiophone pour que chaque habitant puisse contrôler les entrées.

Également, la résidence sera aménagée d'espaces ouverts sur la ville :

- Une petite cellule commerciale accessible directement depuis le domaine public ;
- Un espace blanchisserie équipé d'un point retrait en liaison avec le service lingerie de l'ESAT voisin ;
- Une salle polyvalente destinée à l'organisation d'activités physiques et culturelles ;
- Un tiers lieu accessible depuis la voie publique pour la réalisation d'activités.



Plan des espaces ouverts sur la cité

Une enquête dans le cadre d'un diagnostic social de territoire est en cours de réalisation afin de cibler les besoins de la population de cette commune en ce qui concerne les services de proximité attendus.

3.1.3. La création de places FAM/FV « hors les murs »

L'outil MHAVIE (Mesure des Habitudes de Vie) sert pour évaluer les personnes souhaitant bénéficier du dispositif "hors les murs". Concernant les futures personnes accueillies en foyer "hors les murs", le DHVST souhaite accorder un droit à l'essai de 3 mois. Durant cette période d'essai, une place de FAM et une place de FV restent vacantes sur le site du FAM / FV. Ainsi, les personnes en dispositif "hors les murs" qui n'arrivent pas à s'adapter à la vie en semi-autonomie pourraient retourner dans l'ESSMS dit "classique".

En effet, il nous semble plus qu'important de faire savoir à l'habitant qu'il a le droit d'essayer, de se tromper, de réessayer, et ainsi d'améliorer ses compétences. Se tromper n'est pas un échec mais une étape vers la réussite.

3.1.4. Un budget correspondant à un financement de parcours

Dans un contexte financier contraint depuis plusieurs années avec une diminution des finances publiques et dans une logique de rationalisation, notre projet permet de faire des économies. En effet, les principaux gains vont se générer à la suite de la transformation de l'offre de services : économies au niveau de l'énergie (regroupement des 2 FH), au niveau du transport (diminution à prévoir de la flotte de véhicules et du budget carburant).

Nous avons souhaité expérimenter les nomenclatures SERAFIN-PH (cf. Annexe 4).

Le projet SERAFIN-PH vise à financer les prestations délivrées et non plus à délivrer un budget global comme c'est le cas jusqu'à présent.

A l'aide des nomenclatures, il doit répondre aux objectifs suivants :

- S'ajuster aux besoins des personnes ;
- Favoriser les parcours en permettant des réponses plus souples ;
- S'adapter à l'évolution de l'offre.

Dans les ambitions de ce modèle, il répond au développement de l'autodétermination des personnes en se basant sur leur solvabilisation. Depuis le début du projet, un dialogue est entamé avec le CD dans le but de procéder à un versement direct à la personne des sommes correspondantes à leur budget repas et à l'entretien du logement.

L'un de nos principes directeurs se veut être l'instauration d'un dialogue entre le financeur public, en l'occurrence le CD (hormis les 6 places FAM "hors les murs"), et les personnes accompagnées elles-mêmes.

L'accord des financeurs représente pour eux un enjeu de coordination et de soutien au développement de la désinstitutionalisation. Nous souhaitons que ce modèle de financement permette de favoriser les relations entre ESSMS, personnes accompagnées et financeurs. La négociation dans le cadre du CPOM va débuter prochainement.

3.2. Accompagner les résidents à devenir des habitants

3.2.1. La co-construction du projet

Les futurs habitants ont été impliqués dès la genèse du projet. Des groupes de travail à leur destination se sont mis en place sur la thématique de l'architecture de la future résidence. Ils ont été questionnés sur le souhait d'acheter leurs meubles par exemple, avec un lien effectué avec le mandataire pour déterminer le budget envisageable. Nous souhaitons un réel accès à la personnalisation de leur logement, permettant une meilleure appropriation de ce nouveau lieu d'intimité. Le cas échéant, le logement sera meublé avec le minimum correspondant aux normes des locations meublées. Un logement témoin pourra être visité dans l'année pour permettre une projection aux futurs habitants.

Lors des CVS, nous nous attelons à ce que la parole des personnes soit entendue et leurs idées mises en œuvre. Les contenus du CVS sont adaptés pour recueillir les paroles et souhaits des personnes quant à leur futur logement. Un point sur le projet est fait lors de chaque CVS depuis 2 ans dans le but de répondre aux interrogations qu'il génère.

Lors du CVS du 28 juin 2021, les personnes accompagnées ont posé la question suivante : « *comment va s'appeler la future structure ?* ». Pour répondre à cette question, une boîte à idées a été mise en place pour recueillir les propositions des futurs habitants quant au nom de la future résidence.

3.2.2. Le travail éducatif basé sur le développement du pouvoir d'agir des personnes accompagnées

- Les PAP :

L'ensemble des professionnels a été formé à la démarche Humanitude, que ce soit sur la thématique de la dynamique sociale ou de la méthodologie de soin.

À l'issue, des groupes de travail se sont constitués et l'un d'eux avait pour objet de revoir la démarche de construction du PAP. Celle-ci avait pour socle la loi 2002-2 avec l'obligation pour l'établissement de formaliser dans les 6 mois un avenant au contrat de séjour qui définit les objectifs et les prestations adaptées à la personne. Ont également été mises en avant les RBPP de l'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements Sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁶² pour dégager des objectifs concrets, adaptés à la situation, respectueux de l'intimité, mettre en avant le rôle actif de la personne et réaliser une évaluation annuelle à minima.

La notion de choix pour la personne et la modification des PAP dans une démarche de co-construction permet de :

⁶² RBPP de l'ANESM, Les attentes de la personne et le projet personnalisé, 2008.

1. Passer d'un regard posé sur l'autre en termes de manques, carences et freins à un regard en termes de ressources et compétences ;
2. Passer d'une posture d'accompagnant qui est dans l'expertise, prodigue des conseils et fixe des objectifs à une co-construction, une co-expertise ;
3. Passer d'une posture de l'accompagné en demande et en attente des réponses de l'expert à un acteur, une mise en mouvement.

- **Les ateliers d'apprentissage à l'autonomie :**

Dans une démarche de Benchmarking, les professionnels et chefs de service sont allés à la rencontre d'établissements ayant un pas d'avance sur le développement de l'autodétermination des personnes accompagnées. Ces rencontres nous ont permis, par le biais d'un Copil, la création de nos propres outils dont le tableau de suivi du projet des habitants (cf. Annexe 5).

Pour les personnes accompagnées aux FH et celles intéressés par les places de FAM/ FV "hors les murs", des ateliers sont mis en place pour le passage du statut de résident au statut de locataire sur le DHVST.

L'outil MAHVIE a été choisi pour mesurer le niveau de réalisation d'une tâche de la vie quotidienne (par exemple, la communication), le type d'aide requise et le niveau de satisfaction, il couvre douze catégories d'habitudes selon deux axes distincts : les activités de vie quotidienne et les rôles sociaux (cf. Annexe 6).

Le copil a mis en place l'organisation suivante :

- Réalisation des fiches "ateliers" à partir de l'outil MHAVIE ;
- Diffusion des fiches aux professionnels ;
- Création de binômes de professionnels ;
- Planification d'ateliers individuels sur un trimestre avec une personne accompagnée (selon une thématique choisie sur les 12) ;
- Réalisation d'une évaluation à l'issue de cette période.

L'objectif est de faire un état des lieux régulier de ce que la personne accompagnée est capable de faire et de ne pas faire. Une posture d'accompagnement est identifiée à la suite de cette évaluation afin que les professionnels accompagnent en fonction d'une posture définie : accompagnement renforcé, accompagnement, sollicitation ou autonomie. Les plannings d'accompagnement sont réajustés de manière hebdomadaire en fonction de l'avancée des ateliers.

Un outil "livret d'apprentissage à l'entretien" a été créé afin que les maitresses de maison suivent l'évolution des capacités en lien avec les ateliers d'apprentissage réalisés.

Concernant le volet “entretien”, le chariot apprenant est en place et les personnes l'utilisent seules ou accompagnées selon un planning bien défini.

Un second outil “le jeu de la maison” a été développé par la psychologue et l'ergothérapeute. Il se présente à la manière d'un groupe de parole ayant pour objectifs :

- approfondir les habiletés de vie quotidienne ;
- faire prendre conscience des forces et difficultés de la personne ;
- investir un lieu de vie.

Un bilan a été réalisé par le biais d'un questionnaire après quelques mois d'apprentissage (réalisé et construit par la stagiaire en ergothérapie en reprenant chaque domaine d'apprentissage, exemple d'un domaine cf. Annexe 7). Celui met en évidence que les envies et souhaits des personnes correspondent bien à leurs capacités ou incapacités. Les domaines déjà travaillés en atelier apportent de la confiance aux personnes accompagnées.

Cela nous a permis de dresser un constat des potentialités de l'ensemble des personnes, afin de créer entre eux et s'ils le souhaitent une structure de solidarité et d'échanges en mettant en commun la singularité et les compétences de chacun.

3.2.3. L'utilisation de l'appartement dédié : un premier pas vers l'autonomie

Concernant l'utilisation du logement SAA, deux voies sont possibles :

- Un séjour d'évaluation accompagné d'ateliers ;
- Un lieu d'atelier uniquement.

Ainsi considéré, il est un outil idéal pour évaluer la faisabilité d'un projet de prise d'indépendance. Il répond à une demande de certaines personnes et représente un véritable tremplin. Il peut également offrir un temps d'observation pour une éventuelle orientation vers la future structure, ou encore un lieu d'évaluation en ateliers (sans hébergement) en rapport avec les actes de la vie quotidienne.

Les divers objectifs respectent les attentes des personnes dans le cadre de leurs projets et peuvent être les suivants :

- L'acquisition de l'autonomie dans le logement ;
- La gestion de la solitude ;
- Le travail sur la confiance en soi, l'estime de soi ;
- L'acquisition de l'autonomie dans et avec son environnement (déplacements, vie relationnelle et affective, prise de contact avec les associations locales pour les loisirs, l'accès à la culture et l'organisation des activités, etc.) ;

- La gestion de la vie quotidienne (repas, entretien du logement, apprentissage de la chronologie des tâches, etc.) ;
- La gestion du budget et les démarches administratives ;
- L'évaluation des besoins de sécurité.

La durée du stage est préalablement fixée mais peut prendre fin à tout moment, à la demande d'une ou des deux parties. Elle est adaptée aux objectifs à atteindre et aux aptitudes à évaluer. Nous nous sommes appuyés sur l'expertise du SAMO pour la création d'une grille d'évaluation du séjour (cf. Annexe 8). Le règlement de fonctionnement du service est porté à la connaissance de la personne avec la remise du document et une explication orale. Chaque entrée donne lieu à une explication des règles de sécurité de droit commun. Un engagement réciproque est notifié par écrit. Des passages sur site avec une fréquence adaptée et évolutive : un calendrier est remis avec les jours et heures des visites des professionnels du SAMO. Elles peuvent avoir lieu en soirée avec éventuellement une interaction avec les autres structures de l'association (ex : repas en commun avec les personnes accompagnées au FAM par exemple). Cette période de stage offre l'occasion de faire découvrir à la personne l'ensemble des services de l'association (hébergements, ESAT, Entreprise Adaptée, Accueil de Jour, etc.) et du territoire (Maison pour Tous, Associations sportives, etc.).

3.2.4. Solution de tarification pour “être acteur” de sa vie

En FH, peu importe ses revenus (Allocation aux Adultes Handicapés (AAH), salaire, Aide Personnalisée au Logement, etc.), la personne ne peut financer la totalité du coût mensuel de sa prestation d'hébergement. Elle finance un montant qui est calculé afin qu'elle dispose d'un reste à vivre équivalent à au moins 50% de l'AAH.

Depuis le 01 avril 2022, le montant maximum de l'AAH est de 919.86 euros ; ce qui signifie que le montant laissé à chaque personne est de 459.93 euros (hors part salariale pour les travailleurs).

Dans le cadre de nos échanges avec le CD, nous avons souhaité envisager un système de facturation identique à celui opéré par un SAMO. L'idée est de mener une réflexion sur le passage d'une logique “d'assistantat protectionniste” à une logique de responsabilisation de la personne. Nous souhaitons que les futurs habitants aient une visibilité sur leur budget en distinguant les coûts (loyer + charges, alimentation, entretien du logement, loisirs, etc.) ; tout en gardant des valeurs d'égalité et de solidarité.

Nous travaillons avec le CD afin qu'un budget pour chaque domaine leur soit dédié : budget alimentaire, budget entretien, budget lessive, etc. Dans un objectif d'autonomie et de responsabilisation, nous souhaitons que les personnes puissent apprendre ce que coûtent les différentes prestations de la vie quotidienne. Ceci permet de les mettre face à la réalité

de la vie en autonomie : achat de produits d'entretien avec l'argent personnel, budget pour 3 repas par jour, etc.

Il ne faut pas oublier que cette réflexion en termes de prestations est présente depuis la loi 2002-2. De plus, elle représente un réel levier d'évolution dans un contexte économique plutôt tendu.

3.2.5. La place et l'implication des familles

Au-delà de la rencontre annuelle pour l'actualisation du PAP, il existe peu de rencontres avec les familles. La fête des résidents ainsi que les réunions de CVS sont des occasions de rencontres mais elles sont peu mobilisées. Il est pourtant primordial d'associer les familles et représentants légaux dans le fonctionnement d'un établissement. De plus, les familles se connaissent peu entre elles.

Elles ont toute leur place dans le projet d'autonomie développé par les personnes que nous accompagnons, et ont été conviées lors des réunions de présentation du projet. Nous avons maintenant besoin de travailler de concert pour mener à bien l'évolution des capacités d'autodétermination de leurs proches.

En lien avec le chef de service, la psychologue organise des groupes d'expression pour les familles dont le proche est associé au projet, avec pour objectif de lever les inquiétudes, de rassurer quant à la prise de risque et de cheminer ensemble vers l'autodétermination.

Les familles sont également invitées à participer aux bilans intermédiaires d'évaluation des capacités dans le projet de vie en autonomie de leur proche dans l'objectif d'un maintien des acquis lors des retours à domicile le cas échéant.

Ces temps de rencontre nous permettent de réfléchir à d'autres pistes de participation et d'implication des familles pour l'ensemble des établissements du dispositif.

3.3. Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles pour accroître l'utilité sociale au service de la transformation inclusive

Entreprendre un projet de ce type implique de changer nos pratiques professionnelles. Les faire évoluer prend du temps et nécessite un management adapté. En effet, comme décrit par P. Lefevre ⁶³, il s'agit de *"permettre des transitions, des améliorations et peut-être même d'engager des ruptures dans les mentalités, les comportements, et de rompre avec les habitudes"*. Cela nécessite une démarche d'appropriation de l'ensemble du DHVST.

⁶³ Lefevre P., guide du directeur, 4ème édition, Paris, Dunod, 2016. P277-325.

3.3.1. Comment rassurer et faire évoluer en même temps ?

A. Former l'équipe de direction :

L'équipe de direction, dans sa composition, a été revue au démarrage du projet. Notre priorité actuelle est de montrer la route. Afin d'envisager la transformation de l'offre dans des conditions optimales, un travail mené bien en amont du démarrage de la construction s'est réalisé par le biais de colloques sur l'inclusion, de visites d'établissements avancés dans la démarche de transition inclusive. Nous avons également souhaité orienter nos réflexions vers le management en équipes autonomes (par le biais de lectures avec échanges et restitution en équipe de direction⁶⁴).

Finalement, le choix d'être accompagné par un cabinet extérieur dans cette démarche de changement s'est fait afin d'éviter un biais de perception avec une équipe de direction convaincue de l'intérêt du projet.

B. Développer une organisation apprenante :

Une organisation apprenante⁶⁵ *“reflète une culture où les gens collaborent et réfléchissent ensemble pour que l'organisation s'améliore constamment afin de devenir une organisation saine et agile”* (Peter Senge, 1990).

La culture de l'apprentissage et les conditions favorables à cet apprentissage sont primordiales. L'organisation en dispositif initiée depuis 2018 contribue à cette réflexion commune par le biais des réunions de dispositifs qui associent les professionnels de sites différents.

Les projets et les moments communs (journées festives, marché de Noël, etc.) favorisent le transfert de connaissances entre professionnels de sites différents.

Une place particulière est faite à l'apprentissage en équipe. L'équipe de direction favorise au maximum le retour d'expériences, le partage de savoirs et l'analyse de pratiques. Nous avons dédié des espaces spécifiques où les professionnels peuvent se retrouver et échanger sur des situations entre établissements.

Le partenariat avec une association du mouvement parental et les rencontres organisées entre professionnels de mêmes fonctions ont permis de montrer la faisabilité et les bénéfices du projet sur les personnes accompagnées.

Afin que les professionnels se saisissent des évolutions de la société dans l'élaboration des projets à destination des personnes accompagnées, des espaces de partage sur les informations législatives et réglementaires seront prochainement mis en place par le chef

⁶⁴ L'entreprise papillon, quand un dirigeant gagne le pari des équipes autonomes de N. Guiny et Reinventing Organizations, vers des communautés de travail inspirées de F. Laloux.

⁶⁵ Concept théorisé dans les années 1990 par l'américain Peter Senge, maître de conférences au Massachusetts Institut of Technology.

de service. En effet, il est essentiel que les professionnels possèdent l'ensemble des éléments favorisant une meilleure compréhension des mutations du secteur.

C. Vers de nouveaux métiers :

La GEPP est l'outil le plus adapté pour la gestion des ressources humaines. Dans le cadre du projet, il s'agit au niveau des ressources humaines de favoriser :

- La mise en place d'une GEPP ad-hoc ;
- Des formations qualifiantes et certifiantes.

En ce qui concerne la GEPP, le travail s'est effectué de la manière suivante :

- Réalisation d'un diagnostic de l'existant se basant sur le bilan social : emplois, métiers, activités, compétences ;
- Anticipation des besoins au regard des nouvelles formes d'accompagnement ;
- Mesure des écarts entre les ressources et les besoins ;
- Mise en place d'un plan d'action : identification des professionnels susceptibles de changer de postes, recueil des besoins en formation.

Nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Quels sont les mouvements d'effectifs éventuels à prévoir ?
- Quels sont les métiers les plus impactés et comment accompagner le développement des compétences attendues ?

Les professionnels ont été impliqués dès le début du projet. Des groupes de travail ouverts à tous se sont tenus sur la thématique du futur organigramme du dispositif. Ceux-ci ont permis l'identification de nouveaux profils nécessaires :

- La fonction de coordinateur de parcours pour assurer un fil rouge dans l'accompagnement des personnes, faisant office de référent et ayant une vision d'ensemble sur les besoins et les parcours (de formation ES) ;
- Un poste d'assistant Ressources Humaines / gestionnaire de plannings, directement rattaché aux chefs de services permettant à ces derniers d'évoluer vers des missions plus stratégiques et de développement de projets ;
- Un animateur coordinateur de vie sociale (fonction équivalente à l'animateur de vie partagée dans l'habitat inclusif).

Il existe également des effectifs en sus par rapport à l'organigramme du dispositif à l'issue de la recomposition de l'offre de services du dispositif : 2 postes d'ES, un poste de veilleur de nuit, 2 postes d'Agent de Service Intérieur (ASI) en cuisine.

Les entretiens professionnels prévus sont un outil de cette GEPP. Ceux-ci permettent de faire le point sur l'évolution souhaitée du professionnel et ont un intérêt majeur dans le projet que nous menons.

La projection de départ a déjà évolué du fait de départs en retraite et du non-renouvellement de ces postes. Certains professionnels ont rapidement manifesté leur intérêt pour les nouveaux postes. Ainsi, une veilleuse de nuit commence prochainement la formation d'aide-soignante dans le but d'occuper le poste créé pour l'extension de places FAM "hors les murs". 2 professionnels de cuisine ont bénéficié de la formation maitresse de maison. Quant aux ES, ils sont 5 ETP répartis sur les 2 sites (3 à la Résidence, 2 à Monchy). Nous venons de proposer à l'une des ES un détachement de son FH de rattachement pour se positionner en transversal sur le parcours des personnes en lien avec la prise d'autonomie et le projet. Il nous a semblé nécessaire de définir un référent du projet d'autonomie afin de s'assurer du suivi des ateliers sur les différents sites en vue de l'échéance du déménagement.

3.3.2. Manager le changement

Le projet génère un sentiment d'insécurité et une perte de repères pour les professionnels. L'objectif prioritaire de l'équipe direction est de maintenir une forte culture d'établissement. Nous souhaitons avec ce projet apporter une rupture avec la routine institutionnelle en redécouvrant la notion de participation et la mise en avant de l'autodétermination.

Une démarche d'accompagnement au changement pour l'ensemble du DHVST est mise en œuvre par un cabinet extérieur (avis favorable pour un Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) 2021 de l'ARS sur la Qualité de Vie au Travail (QVT) et les innovations managériales). Dans ce cadre, l'accompagnement vise à remettre du sens dans les missions des professionnels et à replacer la personne accompagnée au centre des projets. Pour cela, un Copil s'est créé, s'est retrouvé à plusieurs reprises pour :

- La mise en place de groupes d'écoute par catégories professionnelles pour questionner les pratiques des professionnels ;
- L'analyse des données recueillies (points de convergence / divergence, freins / opportunités), détermination des enjeux et du thème pour le séminaire ;
- L'organisation d'un séminaire de travail regroupant l'ensemble des professionnels : « Nos ambitions, notre vision de demain » ;
- La définition du plan d'action de la démarche de changement.

Au vu des éléments issus des groupes d'écoute, deux axes de travail prioritaires ont été mis en évidence.

Notre premier axe consiste à redonner du sens à l'action des professionnels. Pour cela, des groupes de travail se sont constitués pour analyser et modifier les fiches de postes jugées trop généralistes. Celles-ci sont établies sur la base des référentiels de compétences des différentes formations. Les professionnels avaient mis en avant des glissements de tâches (notamment entre ES, ME et AES) et des imprécisions sur les rôles

et missions de chacun. L'idée est d'impliquer les professionnels en leur permettant de retravailler ces fiches de postes et en appliquant les nouvelles logiques d'action mises en œuvre par le projet. Le chef de service est garant de l'action qui permet également de favoriser les échanges de pratiques et la cohésion d'équipe. Dans un second temps, je finaliserai ces fiches de postes et les transmettrai à la direction générale puis au CSE pour consultation.

Le second axe concerne la montée en compétences des équipes pluriprofessionnelles. Pour cela, les leviers mobilisés, sont, dans l'ordre:

– **L'immersion au sein d'autres structures**

Nous avons souhaité débiter cette nouvelle aventure par des immersions au sein de structures pro-actives sur la question de l'autodétermination. Plusieurs visites et rencontres avec les professionnels de ces sites ont eu lieu pour permettre des échanges de pratiques entre professionnels ES coordinateur, maitresses de maison et AES. Ces rencontres ont abouti au partage d'outils et d'expériences.

– **Les temps de formation**

Dans les suites de la formation de l'ensemble des professionnels du DHVST aux principes de l'Humanitude, le dispositif s'engage sur un parcours de formation intitulé "accompagner l'autodétermination dans les établissements". A l'issue, les professionnels de terrain auront la capacité d'identifier les enjeux liés à une dynamique d'autodétermination, de faire le lien entre l'autodétermination et les évolutions du cadre légal, d'inscrire leur accompagnement dans une démarche éthique au service de la qualité de vie des personnes accompagnées. Pour les chefs de services, les objectifs sont de développer une posture managériale au regard de l'autodétermination et d'accompagner la démarche d'implémentation au sein du dispositif.

Des référents seront ensuite identifiés et pourront bénéficier de la formation "devenir personne ressource de l'autodétermination au sein de mon établissement".

Ces formations sont inscrites au plan de développement des compétences 2023.

– **Le développement de l'analyse de pratique et la création d'un comité éthique**

A l'issue des formations et pour permettre la réflexion sur la singularité des situations et des réponses apportées, nous envisageons la mise en place de groupes d'analyse de pratiques. 3 psychologues exercent au sein du dispositif dans des établissements différents. L'idée est qu'elles puissent initier des groupes dans un établissement différent de celui dans lequel elles exercent.

D'autre part, une réflexion de l'équipe de direction a permis d'initier la création d'un comité éthique. Ce comité permettra de réfléchir sur un code de conduite et de pensée,

socialement accepté dans le cadre de l'intégration des nouveaux logements et du développement de l'autodétermination.

Les objectifs consistent à :

- Faire émerger une réflexion sur des situations concrètes où une pluralité de points de vue se confondent ;
- Donner du sens aux pratiques et aux évaluations.

Pour les équipes confrontées à des situations concrètes, cela permet de poser la réflexion et de se mettre d'accord sur une ligne de conduite. Nous avons imaginé une fréquence trimestrielle de réunion voire plus en fonction de besoins spécifiques.

Ce comité prend comme base la charte des droits et libertés des personnes accueillies.

3.3.3. Adapter le management à l'autonomisation des équipes

Ce projet est l'occasion de repenser l'organisation mais également les conduites managériales. En effet, la transition en cours demande de s'extraire d'un management de proximité pour s'inscrire dans un management plus entrepreneurial, fonctionnant par objectifs et pratiquant la délégation. Ce changement doit être pensé par les chefs de service, en collaboration avec les coordinateurs d'hébergement pour déterminer des missions plus transversales.

L'enjeu est fondamental au vu de l'évolution des établissements avec la nécessité d'une adaptation du management à l'évolution des personnes accueillies (dimension prospective du management). Il s'agit de rechercher une nouvelle organisation managériale, dans le but de lutter contre l'usure des professionnels, de prévenir les risques et d'accompagner l'émergence de nouveaux métiers.

Les professionnels vont devoir faire évoluer leurs pratiques, pour ne plus prendre en charge collectivement des résidents, mais accompagner individuellement des habitants.

Le groupe d'écoute "équipe de direction" a mis en exergue un écart de posture entre les chefs de service du FH / SAMO et le chef de service éducatif du FAM / FV. Le FAM / FV se situe dans un processus de changement (phase de relance de l'établissement) pour lequel il semble impératif d'accompagner ce chef de service en s'assurant que les moyens indispensables pour mener à bien ce changement d'accompagnement des personnes soient présents. Dans sa pratique quotidienne, le chef de service éducatif s'appuie sur les coordinateurs d'hébergement. En ce sens, le management doit impérativement être adapté à l'autonomisation des équipes avec délégation aux coordinateurs.

Nous souhaitons une évolution du statut de chef de service à celui de cadre de direction avec une vision de l'organisation qui se veut stratégique et non plus centrée sur

l'opérationnel. Dans le but de mener à bien cette évolution managériale, nous avons sollicité l'ARS dans le cadre de l'AMI QVT⁶⁶ 2022 axe 2 "**Innovation organisationnelle, managériale et technique** (via des projets d'innovation spécifiques ou les formations des cadres dirigeants et cadres de proximité)" pour le financement d'une démarche d'accompagnement et de coaching personnalisé. En effet, l'équipe de direction se doit de montrer le cap et d'adapter son management à l'autonomisation des équipes pour mener à bien ce projet.

3.4. Une communication et une évaluation au long du projet afin de garantir sa réussite

3.4.1. Une communication transversale

La communication est un outil essentiel dans la conduite du changement que traverse le dispositif. Elle est nécessaire à différents niveaux :

- Auprès des professionnels :

Elle est un élément primordial pour l'acculturation des professionnels et leur adhésion au projet. L'enjeu a été de communiquer rapidement auprès des professionnels dans le but de leur fournir des éléments de contexte pour rassurer, donner du sens au projet et fédérer.

Cette communication a pris plusieurs formes :

- ✓ Des réunions institutionnelles

Les professionnels ont été associés au projet de transformation de l'offre et donc les premiers informés de la démarche de changement d'accompagnement impulsée par le dispositif. Après l'accord du CA, fin 2018, une 1ère réunion de présentation sur 2 temps, afin de permettre au plus grand nombre d'y participer, a permis de concrétiser le projet en présentant le terrain, les ébauches de plan pour la future résidence et la démarche vers l'autonomie.

Lors de chaque comité de suivi du plan d'action qualité (fréquence de réunion toutes les 3 semaines), un point sur le projet est à l'ordre du jour et les éléments afférents sont diffusés à l'ensemble des professionnels par les chefs de service, les coordinateurs d'hébergement et les animateurs qualité.

- ✓ Des rencontres individuelles

Les entretiens professionnels ont été l'occasion pour les chefs de service de faire le point sur l'évolution souhaitée par chaque professionnel et de la relier au projet mené. Ceux-ci ont permis la mise en œuvre d'un certains nombres de formations et demandes de mobilité.

⁶⁶ Le 31 mars 2022, la QVT (Qualité de Vie au Travail) est devenue la QVCT (**Qualité de Vie et des Conditions de Travail**) grâce à un nouvel accord national interprofessionnel.

De plus, l'équipe de direction se rend disponible pour échanger sur le sujet dès lors qu'un professionnel le demande, sans attendre une rencontre collective. Les rencontres individuelles permettent une communication qui n'est pas uniquement descendante.

✓ L'organisation d'un séminaire

Dans le mois à venir, un séminaire « Nos ambitions, notre vision de demain » est organisé pour l'ensemble des professionnels du DHVST. Celui-ci a été pensé et organisé par le Copil de la démarche d'accompagnement au changement. Les thématiques questionnant les professionnels à l'issue des temps d'écoute ont été analysées afin de préparer les ateliers du séminaire.

Il se présentera sous cette forme :

- Réflexions conceptuelles en groupe de 10/15 personnes le matin sur les thèmes de l'autonomie, la responsabilité, l'égalité / l'équité. Chaque professionnel participera à l'ensemble des thématiques (40 minutes pour chacune) ;
- Ateliers opérationnels également en groupe l'après-midi sur les missions de chacun et surtout celles de demain, dans le but de travailler à l'élaboration des fiches de postes et de réfléchir à l'adaptation de la posture professionnelle en lien avec l'autodétermination des personnes accompagnées ;
- Conclusion de la journée.

Une synthèse des échanges sera élaborée et transmise sous forme de plaquette.

- Après des représentants du CSE :

Le CSE a été inclus dès le début de la réflexion sur la transition inclusive portée par le dispositif et des points réguliers ont été réalisés. Lorsque la formalisation du projet s'est faite et que la DG puis le président ont donné leur accord, celui-ci a été présenté au CSE central pour avis consultatif. Cela a consisté en une présentation sous forme d'un diaporama regroupant la synthèse du projet, la déclinaison opérationnelle avec les échéances et les impacts sur l'organisation. Depuis, à chaque réunion de CSE, un point est fait sur l'avancée du projet. La Commission Santé Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT) a également été impliquée dans le cadre de la révision de l'organigramme et de la réflexion en termes de GEPP.

- Après des personnes accompagnées et de leurs proches :

Dès la genèse du projet, les personnes accompagnées et leurs proches y ont été associés. La communication se fait à l'occasion du CVS ou lors d'une réunion de présentation du projet qui a réuni personnes accompagnées, familles et mandataires judiciaires. Il s'agit là

de rassurer sur cette ouverture vers l'extérieur pour certains (FH) et de donner envie de s'y associer pour d'autres (FAM/FV). Le CVS fait d'ailleurs l'objet d'un point systématique de questions / réponses sur le projet.

Tous ont été invités lors de la pose de la première pierre. Un suivi photos des travaux est réalisé, affiché, et des visites régulières sur le site sont proposées afin de se projeter dans les futurs logements. Cela permet de mettre du concret dans ce projet pour les personnes accompagnées.

De plus, des rencontres individuelles avec les familles de chaque personne souhaitant être accompagnée par le dispositif FAM / FV « hors les murs » seront programmées afin de conforter une prise de risque partagée.

- Après des acteurs locaux :

Une réunion de présentation du projet architectural a réuni les maires, conseillers départementaux et autres élus locaux. Avec l'AMO et l'architecte, nous avons réalisé une présentation détaillée de la future résidence et de son inclusion dans l'environnement géographique. Les futurs voisins ont également été conviés dans le but de faire connaissance avec le projet et les futurs habitants.

- Après des partenaires institutionnels :

La communication externe est également indispensable. Notre implication forte dans le tissu institutionnel local a permis de nombreuses participations à des réunions où les partenaires nous ont proposé de réaliser une présentation du projet : maison de la solidarité, communauté de communes, maison de santé pluriprofessionnelle, etc.

De plus, notre présence sur les réseaux sociaux professionnels permet de communiquer régulièrement sur l'avancée du projet.

3.4.2. Les effets attendus pour les personnes accompagnées

L'évaluation est née de la loi 2002-2 et vise l'amélioration continue des pratiques au service de la qualité des prestations délivrées aux personnes accompagnées.

Dans le cadre de notre démarche d'amélioration continue de la qualité, l'évaluation doit vérifier que le projet proposé répond au désir d'inclusion par le logement des personnes accompagnées et propose des actions et prestations de qualité.

Pour faciliter le recueil de la parole des personnes accompagnées, les documents sont adaptés en Facile A Lire et à Comprendre (FALC). Une aide adaptée est également proposée pour répondre aux questionnaires.

A. L'évaluation de la satisfaction

Dans l'année qui suit le déménagement, un bilan global s'appuyant sur des enquêtes de satisfaction et la mesure d'indicateurs sera réalisé.

Le recueil de l'adhésion des personnes accompagnées à la transformation de l'offre de service se fera par le biais d'enquêtes de satisfaction, par la mesure de l'implication des membres du CVS dans le comité de pilotage et par la mobilisation du pouvoir d'agir des personnes et de leurs capacités.

Nous nous attendons également à recueillir moins de Fiches d'Evènements Indésirables relatives à "des disputes" du fait d'un collectif moins lourd.

B. L'évaluation de l'impact social

Au-delà des évaluations quantitatives, il est primordial de mesurer l'impact social de notre action. Il s'agit là d'analyser les effets de notre projet, en lien avec l'utilité sociale poursuivie par le dispositif et l'association. Cette mesure de l'impact social constitue un outil de valorisation du projet mais également de pilotage stratégique.

Un groupe de travail spécifique (à l'initiative de la chargée de qualité / développement) s'est créé et réunit une 1ère fois afin de cadrer la démarche et de réfléchir à la formulation de la question évaluation. Nous nous sommes arrêtés sur la question évaluative suivante : ***"Dans quelle mesure la nouvelle résidence favorise l'autonomie et l'inclusion des personnes accompagnées ?"***

Les étapes suivantes concernent la construction du référentiel et la formalisation de la méthodologie. Après l'emménagement des habitants prévu fin 2023, viendront la collecte et l'analyse des données ; pour terminer sur la valorisation des résultats.

Une évaluation de l'impact social mobilise une triple expertise : les personnes accompagnées, les familles et les proches, les professionnels.

Nous en sommes aux balbutiements de la démarche et avons imaginé 4 thématiques pour les personnes accompagnées :

- Être acteur de sa vie : avec une mesure de l'autonomie, de la réassurance, de l'estime de soi, du lien social, du pouvoir d'agir, du reste à vivre et du mieux-être ;
- L'équilibre familial : avec une mesure de l'équilibre personnel, les liens familiaux (nombre de visites des familles), la vie sociale ;
- L'efficience de l'alternative proposée : avec l'évaluation de la complémentarité de l'offre (taux occupation de la SAA, nombre de changements de logements entre les sites), de la qualité et de l'innovation ;
- La société solidaire : au travers de l'inclusion sociale (appartenance à des clubs, associations), le changement de regard, la solidarité citoyenne et la dynamique territoriale.

Au-delà de l'effet mesuré sur les personnes accompagnées et leurs proches, nous souhaitons réfléchir à une quantification des effets du projet en réalisant une analyse du coût-avantage et des coûts sociaux évités.

3.4.3. L'évaluation en lien avec les professionnels

La modification de l'organisation de travail et le passage d'un établissement conventionnel à une résidence favorisant l'inclusion et l'autonomie pourrait engendrer des risques psychosociaux pour les professionnels. A l'aube du projet et dans l'objectif de développer une démarche de prévention et gestion des risques psychosociaux, une enquête d'évaluation des risques psycho-sociaux est actuellement menée au sein de l'ensemble des établissements de l'association sur le territoire. Un référent par site est identifié afin de participer à la démarche et notamment mener les entretiens auprès de ses collègues. Les résultats permettront de préciser les risques au plus près des postes de travail et ainsi d'envisager des actions afin d'améliorer les conditions de travail.

Dans le cadre de l'accompagnement au changement des professionnels, l'évaluation doit mesurer l'impact que le projet aura eu, et cela au travers de :

- L'évolution de leur place dans l'accompagnement,
Indicateur : nombre de professionnels estimant que le projet a eu un impact sur leur rôle d'accompagnant ;
- Le changement de culture professionnelle,
Indicateurs : nombre de professionnels estimant que la démarche d'accompagnement au changement et la formation sur l'autodétermination a été bénéfique pour l'évolution de l'accompagnement des personnes ;
- La qualité de vie au travail,
Indicateurs : taux d'absentéisme, réponses aux entretiens dans le cadre des risques psycho-sociaux ;
- L'ouverture de l'établissement,
Indicateurs : nombre de manifestations en dehors du DHVST, nombre de conventions de partenariats, fréquence d'occupation du tiers lieu.

Ces indicateurs seront relevés lors des entretiens professionnels, de l'enquête pour les risques psycho-sociaux, du bilan social et de l'enquête prévue pour les professionnels à l'issue du projet.

Conclusion

C'est en partant de l'aspiration à vivre en autonomie des personnes que nous accompagnons que ce projet est né. La nécessité d'apporter une réponse à leur souhait de vivre, comme les autres, au milieu des autres, nous a incité à diversifier notre offre de services dans une démarche de co-construction avec les personnes elles-mêmes.

La place revendiquée par les personnes dans les choix les concernant, les politiques publiques en faveur de l'inclusion, le plan gouvernemental « ambition transformation » nous ont facilité la mise en œuvre du projet.

L'ambition de cette diversification par la création immobilière de 54 logements est d'assurer un accompagnement de qualité répondant aux besoins et attentes tout au long du parcours de vie des personnes accompagnées à l'échelle de notre territoire.

C'est bien dans une dynamique participative des professionnels et des futurs habitants que j'entends permettre le pari entreprenant des personnes en situation de handicap intellectuel de devenir acteurs de leur vie et de prendre le virage de l'habitat en autonomie.

Ce projet est bien à construire ensemble et s'inscrit dans un long processus de changement débuté par le DHVST, à charge pour l'équipe de direction d'en impulser la dynamique.

Dans un contexte financier contraint, le projet s'inscrit pleinement dans la réforme de tarification des ESSMS. Après avoir été retardé par la crise sanitaire, il reste encore du chemin à parcourir avant de voir l'aboutissement avec l'emménagement des habitants.

Néanmoins, il faut garder en tête que les personnes accompagnées aujourd'hui ne sont pas celles de demain et que nous avons fait le choix d'un habitat modulable qui puisse s'adapter aux parcours des personnes.

Ce stage de direction a été pour moi riche d'enseignements et n'a fait que confirmer ma porte d'entrée en formation CAFDES : la co-construction avec les personnes dans les réponses les concernant.

« Chef d'orchestre », manager fédérateur, visionnaire stratégique, gestionnaire financier, voici la liste non exhaustive des missions que je vais m'employer à poursuivre dans les années à venir.

Bibliographie

Ouvrages :

- BERNOUX P., 2014, *La sociologie des organisations*, 6ème édition, POINTS, 466p.
- CHARLOT J.-L., 2022, *Pour en finir avec l'habitat inclusif*, L'HARMATTAN, 101p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, SEUIL, 512p.
- DEVILLARD O., 2019, *La dynamique des équipes et l'intelligence collective*, EYROLLES, 300p.
- FORT F., JOING J.-L., 2021, *Le grand guide du management des activités sociales et médico-sociales et de la performance globale : vers un management 3.0*, AFNOR, 617p.
- GARDOU C., 2012, *La société inclusive, parlons-en !* ERES, 176p.
- LEFEVRE P., 2016, *Guide du directeur en action sociale et médico-sociale*, 4ème édition, DUNOD, 367p.
- LOUBAT J.-R., HARDY J.-P. et BLOCH M.-A., 2016, *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, DUNOD, 376p.
- MIRAMON J.-M., 2020, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 4ème édition, Rennes, Presses de l'EHESP, 175p.
- NOBLE F., BOUFFIN G., 2015, *Entreprendre et diriger en action sociale*, DUNOD, 180p.
- VERRIER G., BOURGEOIS N., 2016, *Faut-il libérer l'entreprise ? Confiance, responsabilité et autonomie au travail*, DUNOD, 170p.
- ZRIBI G., 2021, *Inclusion et handicap mental et psychique : le rôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presses de l'EHESP, 134p.

Articles :

- BATIFOULIER F., 2016, « Refaire de l'institution, enjeu majeur du directeur », *Directions* [en ligne], n°141, disponible sur Internet : <https://www.directions.fr/Piloter/organisation-reglementation-secteur/2016/3/-Refaire-de-l-institution-enjeu-majeur-du-directeur--2047509W/>
- BAUDURET J-F., 2016, « La transformation de la notion de service dans les institutions et les pratiques », *Vie sociale* [en ligne], n°14, pp. 95-105, disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2016-2-page-95.htm>
- BONTEMS T., FOURCADE M-L., 2012, « Piloter le changement », *Ecole qualité QUARES* [en ligne], disponible sur internet : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01711976/document>
- BOULANGER D., 2014, « L'écosystémie sous l'angle des discours : mise en perspective de l'approche de Bronfenbrenner », *Nouvelles pratiques sociales* [en ligne], n°27(1), pp.189–210, disponible sur internet : <https://doi.org/10.7202/1033626ar>
- CAOUETTE M., MALTAIS L.-S., BEAUMONT B. et SARRAZIN C., 2016, « Les pratiques d'intervention favorisant l'autodétermination d'adultes présentant une déficience intellectuelle : la perspective des intervenants », *Revue internationale de communication et de socialisation*, n°3(2), pp. 107-126.
- DECI, E L., 1992, « The relation of interest to the motivation of behavior : a self determination theory perspective », *The role of interest in learning and development*, pp. 43-71.
- DEMOUSTIER S., 2021, « Le pouvoir d'agir des personnes en situation de vulnérabilité : un nouveau paradigme à partir duquel le travail social peut se réinventer ? », *Sciences et actions sociales* [en ligne], n°15, pp. 154-176, disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-sciences-et-actions-sociales-2021-2-page-154.htm>
- DEMOUSTIER S., PRIOU J., 2013, « Les lois de 2002 et la participation des usagers dix ans après », *Revue contraste*, n°37, pp. 73-92.
- DETRAUX J J., 2017, « Devenir adulte avec une déficience intellectuelle. Gérer la transition vers l'âge adulte », Université de Liège et Université libre de Bruxelles Centre d'Etude et de Formation pour l'Education spécialisée et inclusive.
- LOUBAT J-R., 2013, « Parcours et projets de vie, vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », *Les cahiers de l'Actif* [en ligne], n° 446-447, pp. 7-19, disponible sur internet : http://jeanreneloubat.fr/pdf/Archives_dernieres-reflexions/Parcours-et-projet-de-vie.pdf
- FONTANA-LANA B., ANGELOZ BRÜGGER P. & PETRAGALLO HAUENSTEIN I., 2017, « Former la personne avec une déficience intellectuelle à l'autodétermination et à la participation citoyenne », Fribourg : *Institut de Pédagogie Curative*.

- HAELEWYCK M C., NADER-GROBOIS N., 2004, « L'autorégulation : porte d'entrée vers l'autodétermination des personnes avec un retard mental ? », *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, n°15(2), pp.173-186.
- JAEGER M., 2015, « L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ? », *Vie sociale*, n°3, pp.43-54.
- LE BOSSE Y., 2002, « L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir. Aperçu des fondements et de son application », *Canadian Journal of Counselling*, n°36(3), pp.180-193.
- NORMAND-GUERETTE D., 2012, « Stimuler le potentiel d'apprentissage des enfants et adolescents ayant besoin de soutien », *Presses de l'université du Québec*
- PETOUX M., 2022, « L'accompagnement du changement organisationnel lors de la mise en œuvre d'un plan d'accompagnement globalisé dans un IME », *Revue Projectique* [en ligne], HS, pp. 129-154, disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-projectique-2022-HS-page-129.htm>
- RYAN R.M., et DECI E.L., 2000, « Intrinsic and extrinsic motivations : classic definitions and new directions », *Contemporary Educational Psychology*, n°25, pp. 54-67.
- SOPARNOT R., 2013, « Les effets des stratégies de changement organisationnel sur la résistance des individus », *Recherches en Sciences de Gestion-Management* [en ligne], N°97, pp. 23-43, disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-sciences-de-gestion-2013-4-page-23.htm>
- STERN P., SCHOETTL J-M., 2019, « Le cycle du changement », *La boîte à outils du management*, pp. 166-167.
- WEHMEYER M. L., 1992, « Self-determination and the education of student with mental retardation », *Education and Training in mental retardation*, Vol. 27(4), pp. 302-314.
- WEHMEYER M.L., 1996, Self-determination as an educational outcome. Self-determination across the life span : Independence and choice for people with disabilities, pp. 17-36.
- WEHMEYER M.L., 1999, « A functional model of self-determination describing development and implementing instruction », *Focus on autism and other developmental disabilities*, 14(1), pp. 53-61.
- WEHMEYER M.L., GARDNER N.W., 2003, « The impact of personal characteristics of people with intellectual and developmental disability on self-determination and autonomous functioning », *Journal of applied research in intellectual disabilities*, n°16, pp.255-265.
- WEHMEYER M.L., LACHAPPELLE Y., 2006, « Autodétermination, proposition d'un modèle conceptuel fonctionnel ». Dans GASCON H., BOISVERT D., HAELEWYCK M.C., POULIN J.R., DETRAUX J.J., *Déficience intellectuelle, savoirs et perspectives d'action*, pp. 69-76.

Enquêtes :

- CREAL, « La notion d'inclusion : quels enjeux, risques et défis pour le secteur médico-social, les personnes accompagnées et la société ? », *B.I. du CREAL Bourgogne-Franche-Comté*, n°370, mai-juin 2019.
- DREES, Série Statistiques, 2013, « Les établissements et services pour adultes handicapés – Résultats de l'enquête ES-2010 », n°180.
- Enquête DREES, "enquête quadriennale handicap-ES 2014", *Les dossier de la DREES*, juillet 2018, N°28.
- OMS, Rapport mondial sur le handicap, 2011.
- RAPEGNO N., BERTILLOT H., Transformer l'offre médico-sociale ? Habitats « inclusifs » et établissements « hors les murs » : l'émergence d'accompagnements alternatifs pour les personnes âgées et les personnes handicapées, Rapport de recherche, 2018, EHESP, disponible sur internet : <https://hal.ehesp.fr/hal-02074025>

Textes législatifs et règlementaires :

- Assemblée générale des Nations unies, « Déclaration universelle des droits de l'Homme », 1948, Paris, disponible sur internet : <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- Code de l'Action Sociale et des Familles, disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGITEXT000006074069/>
- MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Journal Officiel du 1er juin 1975. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/>
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DES SOLIDARITES. Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 février 2002. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>
- MINISTERE DE LA SANTE. Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la citoyenneté et la participation des personnes handicapées. Journal Officiel n°36 du 12 février 2005. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000809647/>

- Loi n°2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique, article 129. Journal officiel n°0272 du 24 novembre 2018. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037639478/>

- loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation et la déconcentration. Journal officiel n°0044 du 22 février 2022. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045197395>

-Circulaire du 2 mai 2017 relative aux orientations de l'exercice 2017 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées. Disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/42204>

- Organisation des Nations Unies, 2006, Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH), article 19, disponible sur internet : <https://www.un.org/development/desa/disabilities-fr/la-convention-en-bref-2/texte-integral-de-la-convention-relative-aux-droits-des-personnes-handicapees-13.html>

Rapports et guides :

- ANCREAI, décembre 2018, Rapport : « Le vieillissement des personnes en situation de handicap, opportunité d'un nouveau devenir ? », 227p, disponible sur internet : <https://ancreai.org/wp-content/uploads/2021/05/RAPPORT-Recherche-PHV-charte-graphique-v2-Couverture.pdf>

- BLOCH-LAINE F., 1968, "*Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées*", Paris, La Documentation Française, 72p.

- DINET T., THIERRY M., 2012, « *Gouvernance des politiques de solidarité* », rapport préparatoire à la Conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, 33p, disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_gouvernance_final.pdf

- Organisation des Nations Unies, 8 janvier 2019, Rapport de la Rapporteuse spéciale sur le droit des personnes handicapées, *Conseil des droits de l'homme*, quarantième session, France, 22p, disponible sur internet : <https://organisation.nexem.fr/assets/rapport-2019-de-lonu-sur-le-droits-des-personnes-handicapees-cf23-32135.html?lang=fr>

- PIVETEAU D., 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, 96p., disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

- PIVETEAU D., WOLFROM J., 2020, “*Demain, je pourrai choisir d’habiter avec vous !*”, 276p., disponible sur internet : <https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2020/06/rapport-habitat-inclusif.pdf>
- PIVETEAU D., 2022, “*Experts, acteurs, ensemble ... pour une société qui change*”, 276p., disponible sur internet : https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2022/02/experts_acteurs_ensemble_rapport_final_modif.pdf
- Guide de l’habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes handicapées, DGCS/CNSA, novembre 2017, 69p., disponible sur internet : <https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de-l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf>

Recommandations :

- ANESM, 2008, Les attentes de la personne et le projet personnalisé.
- HAS, 2018, Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap.
- HAS, 2018, Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap.
- HAS, 2021, L’accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel.
- HAS, 2022, Accompagner vers et dans l’habitat, Note de cadrage.

Colloques, Webinaires :

- Colloque “En’ Vie d’autre ch’Ose” : défis organisationnel et managérial, GREC’H et CREAL, Arras, Juin 2022.
- Colloque Québécois sur la transition inclusive, Webinaire disponible sur internet : <http://cfqips.fr/colloque-2022/>
- Conférence « Reinventing Organizations » par LALOUX F., disponible sur internet : <https://youtu.be/NZKqPoQiaDE>
- Webinaire du projet “I Said” d’Interreg, disponible sur internet : <https://www.isaid-project.eu/replay-webinaire-autodetermination-et-inclusion-initiatives-du-projet-i-said/>

Sites internet consultés :

<https://anap.fr/>

www.cairn.fr

www.cnsa.fr

https://documentation.ehesp.fr/index.php?lvl=cmspage&pageid=6&id_rubrique=266

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>

<https://formation.unapei.org/>

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028>

<https://www.insee.fr>

www.legifrance.gouv.fr

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

Documentation interne :

- CPOM 2017-2022
- projet stratégique associatif 2017-2021
- projet stratégique DHVST 2018-2022
- projet établissement DHVST 2019-2023
- indicateurs ANAP 2020
- rapport d'activité DHVST 2021

Liste des annexes

Annexe 1 : Enquête 2014 : Etude des besoins des PSH des ESSMS de l'association sur le territoire du Ternois	II
Annexe 2 : Extrait de la feuille de route du projet des 54 logements	III-VI
Annexe 3 : Plan des logements : Façade Sud-Ouest et vue du dessus de l'ensemble du complexe immobilier	VII
Annexe 4 : Nomenclatures SERAFIN-PH	VIII-IX
Annexe 5 : Tableau de suivi du projet d'autonomie des habitants	X
Annexe 6 : Aperçu du questionnaire MHAVIE	XI
Annexe 7 : Extrait du bilan intermédiaire d'apprentissage	XII-XIV
Annexe 8 : Exemple d'un domaine de la grille d'évaluation du SAMO	XV

Annexe 1 :

La nature des besoins révélés par l'enquête pour les personnes vieillissantes : les résidents de Foyer d'hébergement et des structures éclatées type Maisons

D'un point de vue social

- Etablir une grille d'évaluation
- Aménagement du rythme de vie de la personne
- Préserver ses moments de retrait, de repli
- Construire ou maintenir et animer le lien familial
- Éviter l'isolement par des actions collectives
- Aménagement du lieu de vie pour son accessibilité
- Animer les liens amicaux
- Maintenir la personne dans son lieu de vie, dans son environnement social familial
- Solliciter les services d'aide à la personne pour l'avenir
- Collaboration avec les mandataires judiciaires
- Dans chaque équipe ou site, un référent « vieillissement »
- Solliciter des services d'aide à la personne dans les actes de la vie quotidienne
- Anticiper les départs en retraite par une démarche de collaboration conjointe entre l'ESAT/EA et les intervenants sociaux et médico-sociaux

Collaboration entre les structures d'hébergement et les futures par Accueil séquentiel entre l'ancien et le nouveau lieu de vie de la future personne retraitée. La collaboration nécessite un langage commun et une connaissance des problématiques liées au handicap et aux conséquences du vieillissement

Du point de vue de la santé

- Organiser et coordonner le parcours de soin avec le soutien des services d'aide et de soins (le SSIAD PH, coordonné avec le SAMSAH, les services sanitaires et médico-sociaux) afin d'éviter une rupture dans son parcours de soin, il s'agit alors de le sécuriser
- Organiser et maintenir un suivi médical tout au long de la vie : mise en place d'un parcours de soins par une éducation pour la santé
- Prise en compte des pathologies liées aux addictions

L'éducation à la santé passe par une alimentation équilibrée, des exercices physiques, une adaptation de temps de repos, des contrôles réguliers bucco-dentaires, visuelle et auditif et de la santé des pieds pour éviter une rupture dans le parcours de soins de la personnes.

Pour le Foyer d'Hébergement :

- Transformation de place en UVPHV
- Renforcer la dimension médicale dans les foyers d'hébergement par les services médico-sociaux, les services sanitaires
- Création d'habitat adapté type résidence adaptée pour les personnes qui vieillissent par une coordination de services de proximité dans le souci d'éviter une rupture dans son parcours de vie et dans le souci de préserver son autonomie

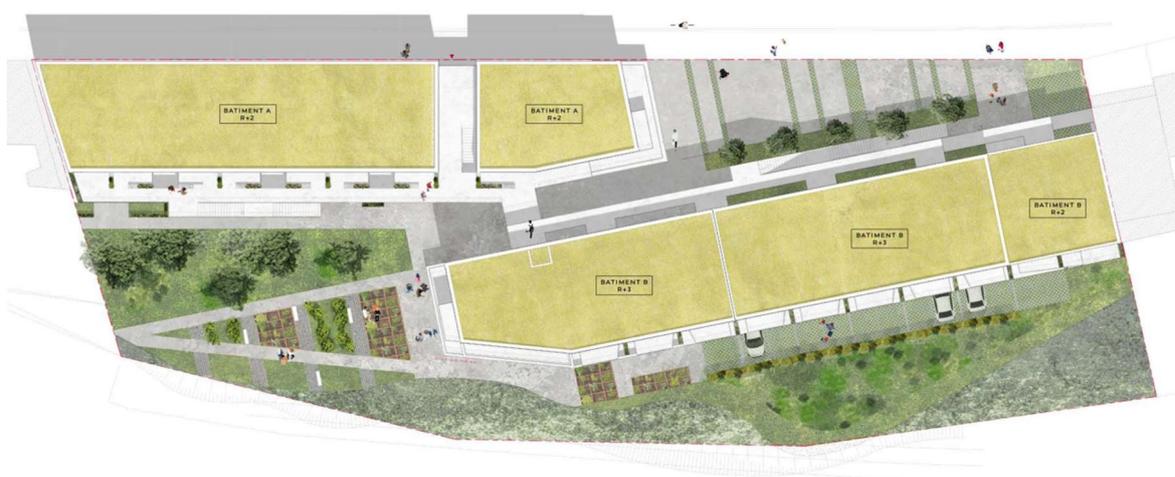
Dispositif HVST			
SUP 04 Gestion des Ressources Humaines	01 Recrutement / Intégration/ mobilité	<p>Anticipation à faire sur les postes en trop. Il reste 3-4 postes d'ES transformés sur d'autres qualifications. Les ES présents sont à requalifier.</p> <p>Echéance : 31/03/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Groupe de travail sur l'organigramme prévu les 7 février et 12 mars.</p>
		<p>Affiner l'organisation des postes administratifs</p> <p>Echéance : 30/04/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Réunion de service administratif du DHVST prévu le 02/04/2020</p>
SUP 05 Gestion comptable et financière	01 Comptabilité	<p>Revoir la question du coût repas pour le midi des EHPAH</p> <p>Echéance : 12/01/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : DG</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Rencontre avec le département le 11 février 2020</p>
	03 Budgets et prévisionnels	<p>Relance du CD pour représenter le projet et caler les échéances</p> <p>Echéance : 01/01/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Rencontre avec le département le 11 février 2020</p>

		<p>Solliciter une réunion technique avec le Département pour acter le raisonnement financier en dispositif</p> <p>Echéance : 01/01/2020 Origine(s) : Projet stratégique Pilote : DAF</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Rencontre avec le département le 11 février 2020</p>
SUP 08 Patrimoine et sécurité des bâtiments	04 Construction	<p>Communiquer aux mairies le projet architectural</p> <p>Echéance : 01/01/2020 Origine(s) : Projet stratégique</p>	
		<p>Revoir avec le CD les clés de répartition sur le back office</p> <p>Echéance : 16/02/2020 Origine(s) : Projet stratégique Pilote : Directeur</p>	
		<p>Dépot du permis</p> <p>Echéance : 31/05/2020 Origine(s) : Projet stratégique</p>	
		<p>Début de chantier</p> <p>Echéance : 01/01/2021 Origine(s) : Projet stratégique</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- l'AMO suivra l'ensemble du projet Maitrise d'oeuvre</p>

		<p>Aménagement de la cuisine du FAM</p> <p>Echéance : 31/12/2021</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>		
		<p>Finalisation des travaux</p> <p>Echéance : 01/08/2022</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p>		
SUP 09 Communication	01 Communication interne	<p>Annonce à la prochaine réunion CSE</p> <p>Echéance : 21/01/2020</p> <p>Pilote : Directeur</p>		
		<p>Communiquer aux salariés - précision des grandes lignes et présentation des visuels</p> <p>Echéance : 24/01/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - voir si l'architecte pourrait être présent - Vœux du DHVST le 24 janvier 2020 en présence de l'architecte 	
		<p>Organiser une réunion générale à Monchy Cayeux</p> <p>Echéance : 09/02/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p>	<p>Commentaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisé le 4 février 2020 au Foyer de Monchy, en présence de l'ensemble des résidents de Monchy, 5 résidents du FAM/FV, 9 de la Résidence. 	

		<p>Communiquer aux travailleurs ESAT le projet</p> <p>Echéance : 06/03/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- Réunion du 4/02/2020 au Foyer de Monchy</p>
		<p>Communiquer aux personnes accompagnées lors des voeux + prochain CVS en mars</p> <p>Echéance : 31/03/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	
		<p>Réaliser une plaquette pour les travailleurs, familles, usagers du SAMO</p> <p>Echéance : 31/03/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	
	02 Communication externe	<p>Se rapprocher du CD pour sollicitation d'un courrier officiel permettant d'acter la décision</p> <p>Echéance : 19/01/2020</p> <p>Origine(s) : Projet stratégique</p> <p>Pilote : Directeur</p>	<p>Commentaires :</p> <p>- reçu le 20/01/2020</p>

Annexe 3 :



Annexe 4 :

Nomenclature des besoins

<p>1.1 et 1.1.1 - Besoins en matière de santé somatique ou psychique</p> <p>1.1.1.1 - Besoins en matière de fonctions mentales, psychiques, cognitives et du système nerveux</p> <p>1.1.1.2 - Besoins en matière de fonctions sensorielles</p> <p>1.1.1.3 - Besoins en matière de douleur</p> <p>1.1.1.4 - Besoins relatifs à la voix, à la parole et à l'appareil bucco-dentaire</p> <p>1.1.1.5 - Besoins en matière de fonctions cardio-vasculaire, hématopoïétique, immunitaire et respiratoire</p> <p>1.1.1.6 - Besoins en matière de fonctions digestive, métabolique, endocrinienne</p> <p>1.1.1.7 - Besoins en matière de fonctions génito-urinaires et reproductives</p> <p>1.1.1.8 - Besoins en matière de fonctions locomotrices</p> <p>1.1.1.9 - Besoins relatifs à la peau et aux structures associées</p> <p>1.1.1.10 - Besoins pour entretenir et prendre soin de sa santé</p>	<p>1.3 - Besoins pour la participation sociale</p> <p>1.3.1 – Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.1.1 - Besoins pour accéder aux droits et à la citoyenneté</p> <p>1.3.2 – Besoins pour vivre dans un logement et accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.2.1 - Besoins pour vivre dans un logement</p> <p>1.3.2.2 - Besoins pour accomplir les activités domestiques</p> <p>1.3.4 – Besoins pour participer à la vie sociale et se déplacer avec un moyen de transport</p> <p>1.3.4.1 - Besoins pour participer à la vie sociale</p> <p>1.3.4.2 - Besoins pour se déplacer avec un moyen de transport</p>	<p>1.3.3 – Besoins pour l'insertion sociale et professionnelle et pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>1.3.3.1 - Besoins en lien avec la vie scolaire et étudiante</p> <p>1.3.3.2 - Besoins en lien avec le travail et l'emploi</p> <p>1.3.3.3 - Besoins transversaux en matière d'apprentissages</p> <p>1.3.3.4 - Besoins pour la vie familiale, la parentalité, la vie affective et sexuelle</p> <p>1.3.3.5 - Besoins pour apprendre à être pair-aidant</p> <p>1.3.5 – Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p> <p>1.3.5.1 - Besoins en matière de ressources et d'autosuffisance économique</p>
<p>1.2 et 1.2.1 - Besoins en matière d'autonomie</p> <p>1.2.1.1 - Besoins en lien avec l'entretien personnel</p> <p>1.2.1.2 - Besoins en lien avec les relations et les interactions avec autrui</p> <p>1.2.1.3 - Besoins pour la mobilité</p> <p>1.2.1.4 - Besoins pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>		

Nomenclature des prestations: soins et accompagnements

<p>2.3 - Prestations pour la participation sociale</p> <p>2.3.1 – Accompagnements pour exercer ses droits</p> <p>2.3.1.1 – Accompagnements à l'expression du projet personnalisé</p> <p>2.3.1.2 – Accompagnements à l'exercice des droits et libertés</p> <p>2.3.4 – Accompagnements pour participer à la vie sociale</p> <p>2.3.4.1 – Accompagnements du lien avec les proches et le voisinage</p> <p>2.3.4.2 – Accompagnements pour la participation aux activités sociales et de loisirs</p> <p>2.3.4.3 – Accompagnements pour le développement de l'autonomie pour les déplacements</p>	<p>2.3.2 – Accompagnements au logement</p> <p>2.3.2.1 – Accompagnements pour vivre dans un logement</p> <p>2.3.2.2 – Accompagnements pour accomplir les activités domestiques</p> <p>2.3.5 – Accompagnements en matière de ressources et d'autogestion</p> <p>2.3.5.1 – Accompagnements pour l'ouverture des droits</p> <p>2.3.5.2 – Accompagnements pour l'autonomie de la personne dans la gestion des ressources</p> <p>2.3.5.3 – Informations, conseils et mise en œuvre de mesures de protections des adultes</p>	<p>2.3.3 – Accompagnements pour exercer ses rôles sociaux</p> <p>2.3.3.1 – Accompagnements pour mener sa vie d'élève, d'étudiant ou d'apprenti</p> <p>2.3.3.2 – Accompagnements pour préparer sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.3 – Accompagnements pour mener sa vie professionnelle</p> <p>2.3.3.4 – Accompagnements pour réaliser des activités de jour spécialisées</p> <p>2.3.3.5 – Accompagnements de la vie familiale, de la parentalité, de la vie affective et sexuelle</p> <p>2.3.3.6 – Accompagnements pour l'exercice des mandats électoraux, la représentation des pairs et la pair-aidance</p>	<p>2.1 – Prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>2.1.1 - Soins somatiques et psychiques</p> <p>2.1.1.1 - Soins médicaux à visée préventive, curative et palliative</p> <p>2.1.1.2 Soins techniques et de surveillance infirmiers ou délégués</p> <p>2.1.1.3 – Prestations des psychologues</p> <p>2.1.1.4 - Prestations des pharmaciens et préparateurs en pharmacie</p> <p>2.1.2 - Rééducation et réadaptation fonctionnelle</p> <p>2.1.2.1 - Prestations des auxiliaires médicaux, des instructeurs en locomotion et avéjistés</p>
<p>2.4 et 2.4.1 Prestation de coordination renforcée pour la cohérence du parcours</p>	<p>2.2 et 2.2.1 - Prestations en matière d'autonomie</p> <p>2.2.1.1 – Accompagnements pour les actes de la vie quotidienne</p> <p>2.2.1.2 – Accompagnements pour la communication et les relations avec autrui</p> <p>2.2.1.3 – Accompagnements pour prendre des décisions adaptées et pour la sécurité</p>		

Nomenclature des prestations: pilotage et fonctions supports

3.1 - Fonctions gérer, manager, coopérer	3.2 - Fonctions logistiques
<p>3.1.1.1 - Pilotage et direction</p> <p>3.1.1.2 - Gestion des ressources humaines, de la GPEC et du dialogue social</p> <p>3.1.1 - Gestion des ressources humaines</p>	<p>3.2.1 - Locaux et autres ressources pour accueillir</p> <p>3.2.1.1 - Locaux et autres ressources pour héberger</p> <p>3.2.1.2 - Locaux et autres ressources pour accueillir le jour</p> <p>3.2.1.3 - Locaux et autres ressources pour réaliser des prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.1.4 - Locaux et autres ressources pour gérer manager, coopérer</p> <p>3.2.1.5 - Hygiène, entretien, sécurité des locaux, espaces extérieurs</p>
<p>3.1.2.1 - Gestion budgétaire, financière et comptable</p> <p>3.1.2.2 - Gestion administrative</p> <p>3.1.2 - Gestion administrative, budgétaire, financière et comptable</p>	<p>3.2.2 - Fournir des repas</p> <p>3.2.2.1 - Fournir des repas</p> <p>3.2.3 - Entretien du linge</p> <p>3.2.3.1 - Entretien du linge</p>
<p>3.1.4.1 - Démarche d'amélioration continue de la qualité</p> <p>3.1.4.2 - Analyse des pratiques, espaces ressource et soutien au personnel</p> <p>3.1.4.3 Prestations de supervision</p> <p>3.1.4 - Qualité et sécurité</p> <p>3.1.5.1 - Coopérations, conventions avec les acteurs spécialisés et du droit commun</p> <p>3.1.5.2 - Appui-ressources et partenariats institutionnels</p> <p>3.1.5 - Relations avec le territoire</p>	<p>3.2.4 - Transports liés au projet individuel</p> <p>3.2.4.1 - Transports liés à accueillir (domicile-structure)</p> <p>3.2.4.2 - Transports liés aux prestations de soins, de maintien et de développement des capacités fonctionnelles</p> <p>3.2.4.3 - Transports liés à l'autonomie et à la participation sociale</p> <p>3.2.5 - Transports des biens et matériels liés à la restauration et à l'entretien du linge</p>
<p>3.1.3.1 - Communication (interne et externe), statistiques, rapport annuel et document collectifs 2002-2</p> <p>3.1.3.2 - Gestion des données des personnes accueillies, système d'information, informatique, TIC, archivage informatique des données, GED</p> <p>3.1.3 - Information et communication</p> <p>3.1.6 - Transports liés à gérer, manager, coopérer</p>	

Annexe 5 :

PHASE	PHASE 1	PHASE 2	PHASE 3	PHASE 4	PHASE 5
TITRE :	Préparation à l'élaboration du projet	Analyse de la situation (évaluation et recueil des informations)	Elaboration du projet	Communication et mise en œuvre du projet	Evaluations et ajustements
QUI :	Habitant Réfèrent éducatif Chef de service	Habitant Réfèrent éducatif Chef de service Familles Professionnels Représentants légaux ESAT Partenaires Equipe éducative Etc.	Habitant Réfèrent éducatif Chef de service	Habitant Réfèrent éducatif Chef de service Familles Professionnels Représentants légaux ESAT Partenaires Equipe éducative Etc.	Habitant Réfèrent éducatif Chef de service Familles Professionnels Représentants légaux ESAT Partenaires Equipe éducative Etc.
OBJECTIFS :	Expliquer la démarche d'élaboration du projet Organiser les différentes phases (qui, quand, comment, pourquoi)	Finaliser les évaluations du projet précédent, des compétences et diagnostic Recueillir des besoins et attentes Recueillir les informations Définir les rôles et missions de chacun en lien avec le projet de l'habitant	Fixer les objectifs du projet Définir les moyens Elaborer un calendrier prévisionnel des actions Définir les modalités d'évaluation	Communiquer les objectifs et moyens du projet aux personnes concernées Valider officiellement le projet Démarrer le projet	Assurer la continuité de la mise en œuvre du projet Assurer une traçabilité de l'évolution du parcours Ajuster au besoin
MOYENS :	Document pour présenter la démarche projet en FALC Document pour construire le tableau d'organisation	Tableau d'évaluation des objectifs Document de recueil des besoins et attentes des différents acteurs du projet Document de synthèse des informations nécessaires pour l'élaboration du projet	Rédaction du projet dans DUUII Lexique des termes Guide méthodologique Calendrier de suivi des actions	Edition du projet Signature du projet Présentation du projet en équipe éducative	Suivi du calendrier Assurer des points d'étapes du parcours avec l'entourage concerné Journal de bord Habitudes et intérêts dans DUUII

Annexe 6 :

Répondez aux deux questions suivantes (cochez les cases appropriées)

- 1** Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez:
A. de quelle façon la personne les réalise habituellement;
B. quel type d'aide est requis.
- 2** Pour chacune des habitudes de vie suivantes, indiquez le niveau de satisfaction en lien avec la façon dont l'habitude de vie est réalisée.

Notes: Ne pas oublier qu'il s'agit de la façon habituelle pour la personne de réaliser ses habitudes de vie.

	Question 1					Question 2										
	A Niveau de réalisation (1 réponse seulement)		B Type d'aide requis (1 réponse ou plus, selon le cas)			Niveau de satisfaction (1 réponse seulement)										
	Sans difficulté	Avec difficulté	Réalisée par substitution	Non réalisée	Ne s'applique pas	Sans aide	Aide technique	Amenagement	Aide humaine	Très insatisfait	Insatisfait	± satisfait	Satisfait	Très satisfait		
Lire des journaux, revues, livres, lettres...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.2.3	<input type="checkbox"/>
Télécommunication																
Utiliser un téléphone (à votre domicile, au travail)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.1	<input type="checkbox"/>
Utiliser un téléphone public	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.2	<input type="checkbox"/>
Écouter et regarder la télévision	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.3	<input type="checkbox"/>
Écouter la radio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.4	<input type="checkbox"/>
Utiliser un ordinateur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.5	<input type="checkbox"/>
Utiliser un système vidéo ou un système de son	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4.3.6	<input type="checkbox"/>
Activités reliées au domicile																
Choisir une résidence selon vos besoins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1.1	<input type="checkbox"/>
Planifier un déménagement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1.2	<input type="checkbox"/>
Aménager votre résidence selon vos goûts et vos besoins (incluant l'adaptation du domicile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.1.3	<input type="checkbox"/>
Entretien ménager																
Passer le balai ou l'aspirateur à l'intérieur de la résidence	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.1	<input type="checkbox"/>
Nettoyer les meubles (épousseter, laver...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.2	<input type="checkbox"/>
Nettoyer les appareils ménagers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.3	<input type="checkbox"/>
Faire le lavage (incluant suivre les instructions pour la lessive)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.4	<input type="checkbox"/>
Nettoyer la salle de bain	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.5	<input type="checkbox"/>
Laver le plancher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.6	<input type="checkbox"/>
Faire le repassage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.7	<input type="checkbox"/>
Plier et ranger le linge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.8	<input type="checkbox"/>
Faire le lit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.9	<input type="checkbox"/>
Faire votre grand ménage (vitres, murs...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.10	<input type="checkbox"/>
Vider les poubelles et sortir les ordures	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.11	<input type="checkbox"/>
Tondre le gazon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5.2.12	<input type="checkbox"/>

Annexe 7 :

Nom :	Date :
.....
Prénom :
.....	Professionnel ayant effectué le recueil :

Domaine de la santé :

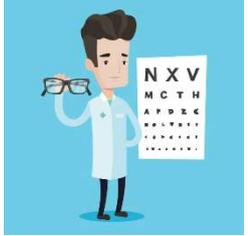


Vous avez plusieurs possibilités pour la prise de vos médicaments qui seront préparés en sachets :
 -Les prendre seul ou en présence d'un professionnel
 -Les stocker ou non chez vous
Que choisissez-vous ?



Prendre mes cachets seul	Stocker mes cachets chez moi	Ne pas stocker mes cachets chez moi	Prendre mes cachets en présence d'un professionnel	Je ne sais pas

Pour prendre vos rendez-vous médicaux vous avez plusieurs possibilités :
 -Les prendre vous-même seul sans aide d'un professionnel
 -Les prendre vous-même avec l'aide d'un professionnel
 -Qu'un professionnel les prenne pour vous
Que choisissez-vous ?

					
<p>Seul sans aide d'un professionnel</p> 	<p>Avec l'aide d'un professionnel</p> 	<p>Gestion par un professionnel</p> 	<p>Je ne sais pas</p> 		
<p>Commentaire :</p>					

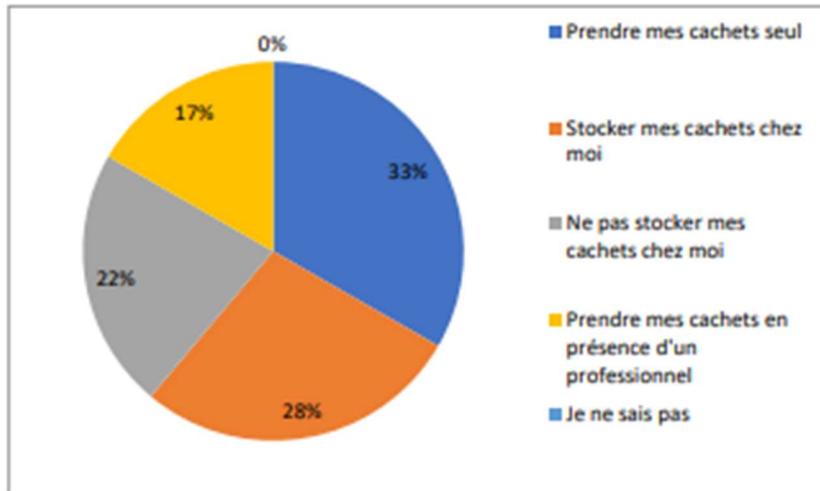
Domaine de la santé

Question n°9 :

Vous aurez plusieurs possibilités pour la prise de vos médicaments qui seront préparés en sachet :

- Les prendre seul
- Les stocker dans votre appartement
- Ne pas les stocker dans votre appartement
- Les prendre en présence d'un professionnel

Que choisissez-vous ?

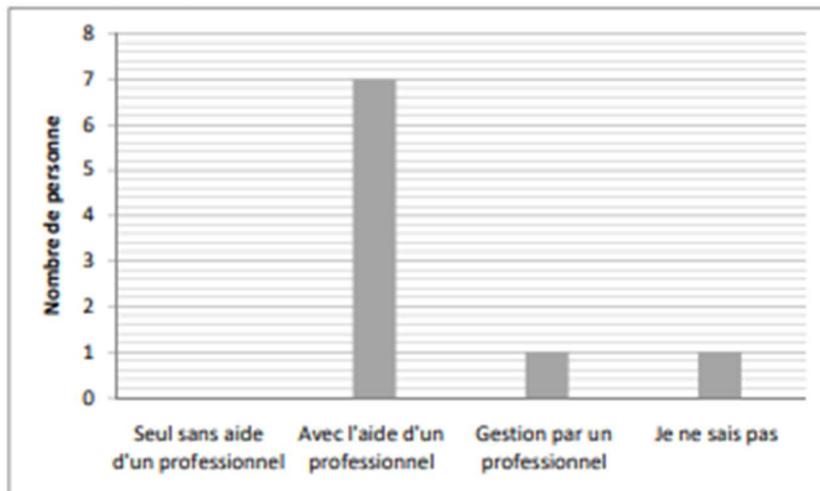


Question n°10 :

Pour prendre vos rendez-vous médicaux vous avez plusieurs possibilités :

- Les prendre seul sans aide d'un professionnel
- Les prendre avec l'aide d'un professionnel
- Qu'un professionnel les prend pour vous

Que choisissez-vous ?



Annexe 8 :

GRILLE D'ÉVALUATION – SAMO

Nom, Prénom:.....

Courses - Achats	Fait seul(e)	Fait avec Aide	Ne le fait pas	Non observé	Commentaires
Prépare une liste en fonction de ses besoins					
Respecte cette liste					
Demande de l'aide au vendeur si besoin					
Vérifie les dates de péremption					
Consulte les prix					
S'organise lors du passage en caisse (pose les articles, range dans les sacs...)					
Réalise ses achats de vêture					
Donne la quantité d'argent approprié (si espèces)					
Attend et évalue le rendu de monnaie					

DELAYEN

Caroline

Novembre 2022

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Hauts-de-France, Loos

**Diversifier l'offre de service d'un dispositif « habitat et vie sociale » pour
faciliter la transition vers le logement inclusif des personnes
en situation de handicap intellectuel**

Résumé :

La réalité des personnes vivant avec un handicap intellectuel a considérablement changé au cours des 20 dernières années.

Les politiques publiques en faveur de l'inclusion, l'évolution sociétale, et l'appropriation du concept d'autodétermination ont permis à ces personnes d'accéder à une nouvelle étape : la vie en autonomie.

Fort de cet enjeu, le DHVST souhaite se saisir de cela pour diversifier son offre de services en associant un ensemble de solutions dans la mise en œuvre du parcours des personnes.

Ce projet voit le jour sous la forme d'une construction immobilière qui permet de répondre de manière plus souple aux besoins des personnes et à leur évolution dans le temps.

Pour mener à bien ce projet, trois orientations stratégiques essentielles seront à l'œuvre :

- accompagner les professionnels et l'organisation au changement ;
- préparer les futurs habitants à être acteurs de leur vie ;
- communiquer et s'ouvrir sur l'extérieur.

Mots clés :

Handicap intellectuel ; Autodétermination ; Inclusion ; Diversification ; Offre de service ; Accompagnement au changement ; Foyer d'hébergement ; Architecture.

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