



---

**Master 2**

**Situations de handicap et**

**participation sociale**

Promotion : **2021-2022**

---

**La participation sociale contrainte des  
usagers d'un établissement :  
un problème d'accès à la ville ?**

---

LANDREAU Graziella

Septembre 2022



---

# Remerciements

---

Mes premiers remerciements s'adressent à Marie CUENOT, ma directrice de mémoire pour son soutien pendant la formation, son aide, ses encouragements, sa bienveillance, sa patience pour les relectures et ses précieux conseils dans la direction de ce mémoire.

Un grand merci tout particulier à M. le Docteur ROUCHES, médecin chef de Pôle du Pôle réhabilitation gériatrie et médico-social pour son soutien, sa confiance et pour avoir toujours été présent même dans les moments les plus délicats. Je le remercie également pour son attachement et pour l'intérêt qu'il porte aux questions du grand âge et du handicap.

J'adresse mes remerciements à toute l'équipe pédagogique de ce Master pour la richesse des rencontres et des enseignements. Je remercie tout particulièrement Emmanuelle FILLION et Régine MAFFEI pour leur aide et leur soutien tout au long de ma formation. Cela m'a permis de la poursuivre jusqu'à la fin malgré la volonté de ma direction de la suspendre.

Je tiens à remercier également l'ensemble des résidents de l'EAM pour leur enthousiasme et leurs contributions à ce travail de recherche.

Ce travail n'aurait pas pu se réaliser sans la participation de l'équipe de l'EAM que je remercie pour son professionnalisme ainsi que pour toutes les années de partage et de collaboration pour construire un idéal. Une attention particulière pour Nathalie D. Merci pour ta disponibilité et ton implication dans la défense des droits des résidents.

Je souhaite également remercier mes collègues de promotion pour nos échanges, nos partages, et leur soutien : des rencontres professionnelles riches et constructives.

Enfin, je dédie ce travail à mon mari et à mes enfants pour m'avoir transmis leur énergie, et à Delphine, Magalie, Océane, Florian, Chloé, Julien et Elyne pour leurs relectures et leurs critiques positives indispensables ainsi qu'à Pascal pour ses compétences informatiques.



---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Partie n°1 - L'enjeu de la participation sociale .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Quand la participation sociale est entravée .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 La participation sociale .....	6
1.1.2 L'autodétermination.....	8
<b>1.2 La participation sociale : question d'accès et d'accessibilité.....</b>	<b>10</b>
1.2.1 L'accès.....	10
1.2.2 L'accessibilité.....	11
1.2.3 La chaîne de déplacement.....	14
1.2.4 Les aspects juridiques de l'accessibilité.....	14
1.2.5 Les limites de l'accessibilité .....	17
<b>1.3 La liberté d'aller et venir .....</b>	<b>18</b>
<b>1.4 La question de l'accès à la ville pour vivre ensemble .....</b>	<b>19</b>
<b>2 Partie n°2 - : Les hypothèses à l'épreuve du terrain.....</b>	<b>21</b>
<b>2.1 Le terrain de la recherche.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 Description de l'établissement d'accueil médicalisé .....</b>	<b>21</b>
2.2.1 Présentation générale .....	21
2.2.2 Être Résident à l'EAM .....	23
<b>2.3 Méthodologie de recherche .....</b>	<b>24</b>
2.3.1 Enquêter auprès des acteurs directement concernés.....	24
2.3.2 Enquêter auprès des professionnels de terrain.....	28
2.3.3 Enquêter auprès des élus .....	29
<b>2.4 Traitement des données collectées.....</b>	<b>30</b>

<b>3</b>	<b><i>Partie n°3 – La participation sociale : un problème d'accès ?</i></b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>Le point de vue des professionnels</b>	<b>32</b>
3.1.1	La participation sociale sous contrainte	32
A)	Les sorties des résidents : de quoi parle-t-on ?	32
B)	La liberté d'aller et venir pour une participation sociale effective	34
C)	L'accompagnement par l'apprentissage	35
3.1.2	La participation sociale conditionnée	36
A)	Une situation singulière : la crise sanitaire Covid 19	36
B)	La prise de risque comme frein à la participation sociale	37
<b>3.2</b>	<b>Le reflet des questionnaires des professionnelles</b>	<b>38</b>
3.2.1	Les obstacles aux déplacements en autonomie des résidents selon les professionnelles	38
3.2.2	L'accès de la ville sous le regard du professionnel	40
3.2.3	Les suggestions des professionnelles	41
<b>3.3</b>	<b>Les résidents s'expriment</b>	<b>42</b>
3.3.1	Le profil des résidents	43
3.3.2	Les obstacles dénoncés par les résidents	43
3.3.3	Résidents et acteurs de consommation malgré eux	44
<b>3.4</b>	<b>La preuve objectivée par les photoreportages</b>	<b>45</b>
3.4.1	Le temps du déplacement	45
3.4.2	Les obstacles physiques	45
3.4.3	Les obstacles de situation anxiogène	49
<b>3.5</b>	<b>Les élus locaux s'engagent dans le vivre ensemble</b>	<b>50</b>
<b>4</b>	<b><i>Partie n°4 - Discussion : Analyse des résultats</i></b>	<b>52</b>
<b>4.1</b>	<b>Les caractéristiques environnementales extrinsèques à l'EAM</b>	<b>52</b>
4.1.1	La topographie de la ville	52
4.1.2	Situation géographique de l'EAM	53

4.1.3	L'engagement des élus locaux.....	55
<b>4.2</b>	<b>Les caractéristiques environnementales intrinsèques à l'EAM.....</b>	<b>57</b>
4.2.1	La collectivité et le mode d'organisation de l'établissement .....	57
4.2.2	La surprotection comme barrage à la prise de risque .....	58
4.2.3	L'apprentissage comme allié de la participation sociale .....	59
<b>4.3</b>	<b>Les besoins individuels selon les caractéristiques personnelles.....</b>	<b>61</b>
4.3.1	Les besoins individuels des résidents .....	61
4.3.2	La mobilisation des résidents pour leur besoins individuels .....	62
<b>5</b>	<b>Partie n°5 - Les limites de la recherche et les difficultés rencontrées .....</b>	<b>64</b>
	<b>Conclusion.....</b>	<b>66</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>73</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
	<b>NOTE D'OBSERVATION .....</b>	<b>XIX</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>XX</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH : Allocation adulte handicapé  
AD'AP : Agenda d'accessibilité programmé  
APF : Association des paralysés de France  
CDPH : Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées  
CERMES 3 : Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé mentale, Société  
CCA : Commission Communale pour l'Accessibilité  
CIA : Commission Intercommunale pour l'Accessibilité  
CIDPH : Convention Internationale relative aux Droits des Personnes Handicapées  
CIF : Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé  
CIH : Comité Interministériel du Handicap  
CNH : Conférence Nationale du Handicap  
CVS : Conseil de la Vie Sociale  
DIPH : Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées  
DMA : Délégation Ministérielle à l'Accessibilité  
EAM : Établissement d'Accueil Médicalisé  
EEAP : Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés  
EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
ERP : Établissement recevant du public  
ESAT : Établissement et service d'aide par le travail  
FAM : Foyer d'accueil médicalisé  
FRQSC : Fonds de recherche Québécois société et culture  
IFOP : Institut français d'opinion publique  
INSEE : Institut National de la Statistique des Études Économiques  
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
LOM : Loi d'orientation des mobilités  
MAS : Maison d'accueil spécialisé  
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées  
MDH-PPH : Modèle de développement humain - Processus de production du handicap  
ONU : Organisation des Nations Unies  
PAVE : Plan de mise en accessibilité de la voirie et des aménagements des espaces publics  
PMR : Personne à mobilité réduite  
RPA : Résidence pour personnes âgées  
TPMR : Transport de personne à mobilité réduite  
TER : Transport Express Régional



## Introduction

La notion de handicap a évolué depuis plusieurs décennies, conduisant les politiques du handicap à se construire par strates successives. Ainsi, les lois se sont succédé apportant leurs axes d'amélioration et de contradiction.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, apporte la première définition du handicap : « *constitue un handicap, ... toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* »<sup>1</sup>. Cette définition place l'origine du handicap d'un point de vue médical, ce qui pose la causalité sur une caractéristique personnelle. La logique de cette définition s'inscrit dans l'héritage de l'histoire du handicap après une longue genèse prenant naissance au lendemain de la Première Guerre mondiale avec la nécessité de rééducation et de réadaptation conduisant à la naissance du secteur médico-social. Très longtemps délaissé par les politiques publiques, le champ du handicap devient l'expertise des associations familiales et des associations de défense des droits de la personne handicapée.

La pression des mouvements sociaux et l'évolution de la façon de penser le handicap orientent le modèle médical vers le modèle social puis aujourd'hui vers un modèle interactif plus enclin dans notre société. Il met en relief les interactions entre la personne et son environnement. Les modèles interactifs sont portés par la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (annexe n°1) et par le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) (annexe2). Ces derniers nous permettent de mettre en valeur les caractéristiques environnementales extrinsèques et intrinsèques à l'établissement d'accueil médicalisé (EAM) et les caractéristiques personnelles des résidents dont il est question dans ce mémoire de recherche. L'établissement impliqué dans cette recherche est un établissement public qui héberge soixante-douze résidents en accueil permanent, un résident en accueil temporaire et deux résidents en accueil de jour. Les résidents accueillis sont porteurs d'un handicap mais également peuvent, aussi, se retrouver en situation de surhandicap selon l'environnement du moment.

---

<sup>1</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

La convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) marque un tournant international mettant l'accent sur l'adaptation de la société au lieu de l'adaptation de la personne handicapée. Dans son rapport remis en septembre 2021<sup>2</sup> faisant suite à sa visite en 2017, et l'audition de la France en août 2021, le comité des droits des personnes handicapées des Nations Unies remet en question la définition du handicap, telle qu'elle est écrite dans la loi de 2005. Ce comité dénonce une approche du handicap orientée vers un modèle médical et paternaliste. De plus, Catalina Devendas-Aguilar, rapporteuse spéciale des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées depuis 2014, souligne dans son rapport les nombreux manquements de la France en matière de politique en faveur de l'effectivité de la mise en œuvre des droits humains universels. Dans ce rapport rendu le 13 septembre 2021, soixante points différenciés en « préoccupations et recommandations » sont décrits. Dans ce rapport, aux points 19-b et d, le comité dénonce les obstacles à la participation à une vie inclusive en raison de difficultés d'accès aux services publics pour certaines catégories de personnes présentant différents handicaps. Une remarque est faite sur les faibles mesures adoptées pour rendre plus aisés les déplacements et l'orientation pour tous.

Les statistiques pointent elles aussi la marge de progression en matière d'accessibilité pour vivre ensemble. D'octobre à décembre 2019, une enquête sur l'accessibilité menée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP)<sup>3</sup> diffuse ses premiers résultats en janvier 2020. Cette enquête montre que 72% des enquêtés en commune rurale sont insatisfaits de l'accessibilité des transports en commun à l'inverse des 28% de satisfaits en zone urbaine. 51% sont insatisfaits de l'accessibilité des lieux publics comme la mairie, la poste, les piscines et bibliothèques dans les zones rurales à l'inverse des zones urbaines où 61% sont satisfaits. Toujours dans cette même enquête, les expériences de difficultés d'accessibilité lors des déplacements sont rencontrées à 57% souvent et 29% de temps en temps, en somme 86% des enquêtés éprouvent des difficultés. Les pourcentages, d'insatisfaction que l'on soit en zone rurale ou en grande agglomération, sont sensiblement identiques.

L'accès à la ville par un résident est un gage d'autonomie pour une participation sociale effective. Être résident dans un établissement médico-social, c'est être à la fois usager d'un établissement et usager d'une ville. Être usager c'est avoir des droits et pouvoir les satisfaire à sa convenance. Ces droits sont identiques à ceux du reste de la population. La

---

<sup>2</sup> Rapport de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, septembre 2021. <https://www.ohchr.org/fr/documents/reports/ahrc4627-rights-persons-disabilities-report-special-rapporteur-rights-persons>, consulté le 13 juillet 2022.

<sup>3</sup> IFOP : Institut français d'opinion publique

question que l'on peut se poser est : quelle place voulons-nous donner aux populations en situations de vulnérabilité, baptisées '*inadaptées*' par BLOCH -LAINE<sup>4</sup> ?

Parallèlement, l'usage d'une ville s'évalue par le degré de participation de l'ensemble de ses citoyens : qu'ils vivent à leur domicile ou en établissements médico-sociaux, qu'ils soient motorisés ou non, qu'il s'agisse d'une personne handicapée, d'une personne âgée ou d'une personne considérée comme « valide » selon une norme.

Cet écrit a pour objectif de comprendre les freins rencontrés et expliqués par les résidents d'un EAM dans leur participation sociale. Ils abordent la question des difficultés plurielles pour accéder à leur ville. Et, ils portent un éclairage à notre compréhension sur leur pouvoir d'agir en tant qu'usager d'un établissement médico-social et permet de percevoir plusieurs pistes de réflexions.

Ce mémoire s'articule en cinq parties. La première partie se compose de quatre sous-parties et présente l'enjeu de la participation sociale. Elle permet de comprendre notre cheminement à la lumière d'une bibliographie essentielle au cadrage de notre recherche. Nous approchons plusieurs concepts comme la « participation sociale » et « l'autodétermination » en perspective avec celui de l'« accès » et de la « chaîne de déplacement ». De cela, découlent d'autres points importants à mobiliser comme la notion de liberté d'aller et venir et du pouvoir d'agir des personnes concernées.

La seconde partie est dédiée à la présentation des résidents, la description de l'établissement concerné par notre recherche, et la méthodologie utilisée afin d'effectuer la collecte d'informations. Il est expliqué et précisé en quoi, il est important que ce travail de recherche soit en partie participatif. Pour obtenir des données reflétant le vécu quotidien des résidents l'utilisation de plusieurs outils s'est imposés. S'assurer de la contribution des résidents, des professionnels et des élus locaux a supposé parfois d'utiliser des stratégies avec pour finalité le recueil d'éléments probants nécessaire à la mise en lumière des freins, des attentes et besoins de la population concernée par notre étude.

La troisième partie décrit les différentes impressions des personnes enquêtées qu'elles soient usagers, professionnelles ou élus locaux concernant la participation sociale contrainte des résidents et les obstacles à son effectivité. Selon l'angle d'approche des différents protagonistes la perception des freins à la participation sociale est antinomique. Il est intéressant de croiser ces points de vue pour appréhender les intérêts ou positions de chacun et entrevoir des éléments de réponse.

La quatrième partie porte sur l'analyse des informations recueillies détaillant les résultats qualitatifs et quantitatifs des enquêtes effectuées amenant un regard justifié de la situation vécue au moment précis de l'enquête. Son objectif est de démontrer l'impact du manque

---

<sup>4</sup>BLOCH-LAINE, (1967). Étude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées.

d'accès à la ville sur la participation sociale des résidents et de montrer la nécessité de l'apprentissage dans l'accompagnement quotidien du résident pour le développement de ses capacités notamment celle du pouvoir d'agir.

Enfin, la cinquième partie met en lumière les difficultés rencontrées lors de la recherche et les limites de ce travail. En être conscient et mettre en mots celles-ci facilitent la prise de distance et l'acceptation de n'avoir posé que la première pierre d'un projet. Pour terminer, la synthèse de l'ensemble de ce travail permet de lister des préconisations et pistes de réflexion sur la qualité de vie et le pouvoir d'un résident usager d'un établissement et usager de sa ville.

# 1 Partie n°1 - L'enjeu de la participation sociale

L'exploration de la littérature permet de mieux définir le cadre conceptuel et les références réglementaires. La bibliographie parcourue éclaire et affine la recherche. Pour Cobigo V., « *il est fondamental au départ de bien définir l'objet d'étude pour déterminer la question de recherche* »<sup>5</sup>.

Afin de rendre compte de notre questionnement de départ, nous avons structuré cette partie en quatre sous-parties pour présenter l'enjeu de la participation sociale. Tout d'abord nous allons nous intéresser au concept de participation sociale et à sa mise en effectivité dans un établissement accueillant des personnes handicapées, puis nous affinerons notre recherche par l'exploration du concept de l'autodétermination. Ensuite, nous les mettrons en perspective avec les notions de « accès » à la ville et de chaîne de déplacement pour enfin voir émerger de notre réflexion deux autres dimensions à investiguer : la liberté d'aller et venir des résidents accueillis et leur pouvoir d'agir.

## 1.1 Quand la participation sociale est entravée

Très souvent, le prisme par lequel la personne handicapée est identifiée est médical. Se détacher de cette conception nécessite de replacer la personne comme ayant des droits à faire valoir.

Le modèle biopsychosocial du fonctionnement et du handicap de la CIF propose une conception élargie du concept de handicap comme résultante de l'interaction du problème de santé, des facteurs personnels et environnementaux. Elle permet de décrire des situations de restriction de participation en posant les obstacles liés aux barrières physiques ou socio-culturelles faisant entrave à la participation sociale et à la citoyenneté de la personne considérée.

La Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) signée en 2006, et ratifiée par la France en 2010, valorise « *le respect, en toutes circonstances, de la dignité intrinsèque, de l'autonomie individuelle, y compris la liberté de faire ses propres choix, de la pleine participation et d'inclusion des personnes ayant des incapacités comme principes fondamentaux* » (Pierre Castelein).

Dans le paragraphe suivant, nous expliciterons la notion de la participation sociale au travers du droit des personnes, des références bibliographiques et de notre expérience

---

<sup>5</sup> COBIGO V., Université d'Ottawa, La recherche inclusive avec des personnes ayant une déficience intellectuelle, EHESP, janvier 2022

professionnelle, puis nous envisagerons d'explorer la notion d'accès comme vecteur d'égalité des chances.

### **1.1.1 La participation sociale**

La question de la participation sociale est un point important à travailler car elle signe l'accès aux droits fondamentaux pour chaque personne. La participation sociale permet de réduire les inégalités. Les personnes handicapées accueillies en établissement doivent pouvoir jouir de tous leurs droits. Ces droits sont décrits dans la convention de l'Organisation des Nations Unies (ONU) relative aux droits des personnes handicapées.

Si la participation sociale est un droit dans la vie de chacun d'entre nous, elle constitue aussi un des éléments de mesure de la qualité de vie de la personne handicapée. Si l'on considère le territoire de notre recherche, les résidents sont accueillis à l'EAM car la société ne propose pas d'autres alternatives à ce mode d'hébergement répondant à leurs besoins et leur particularité. Chaque établissement médico-social a pour mission principale d'accompagner les résidents et de s'assurer de l'effectivité de la mise en œuvre des droits communs à tous les résidents.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées affirme ce droit de participation sociale comme un droit fondamental pour la personne. Elle vise une plus grande autonomie de la personne handicapée et une meilleure insertion dans la société quel que soit le handicap ou la situation de handicap. Cette loi, dans son titre VI, dans les articles 71 à 80, pose le principe de citoyenneté et de participation à la vie sociale. Ainsi, cette loi place la participation au cœur des préoccupations des politiques publiques. Ses principes doivent se décliner et se retrouver à tous les niveaux du territoire donc à l'échelon local dans les villes et les communes. Par exemple, dans la ville concernée par ce travail de recherche, la commission communale pour l'accessibilité (CCA) propose des réunions thématiques et sollicite sur invitation la participation des citoyens et usagers de cette ville. Par ailleurs, une déclinaison sur la mise en œuvre des droits fondamentaux fait l'objet d'une description dans le projet d'établissement de l'EAM.

Après avoir réalisé plusieurs expériences au sein de différents établissements médico-sociaux et le pilotage de plusieurs projets, dont celui de l'extension de l'EAM portant sur une augmentation de la capacité d'accueil plusieurs questionnements émergent. L'établissement, concerné par la recherche, propose plusieurs typologies d'accueil : internat complet, accueil temporaire, et accueil de jour. Chaque résident bénéficie d'une orientation délivrée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), et nécessite un accompagnement quotidien lié à sa capacité à réaliser l'activité du moment. La question de la participation sociale du résident est une vraie question pour un tel projet.

Selon J-F. RAVAUD, la participation sociale est « *un terme désormais consacré par les organisations internationales et l'OMS, comme par la loi française, pour parler de la vie et de la place dans la société des personnes handicapées* »<sup>6</sup>.

Au cours des réunions de pilotage du projet d'extension, la question de l'accès à la ville est évoquée mais malgré les arguments apportés, elle est très vite abandonnée et rejetée par les décideurs au motif que cette réflexion ne nous appartenait pas. De plus, la question de l'accessibilité est abordée mais réduite à sa dimension d'accès au bâtiment et au déplacement à l'intérieur de celui-ci. La chaîne de déplacement partant de l'établissement pour se rendre en ville est occultée. Pour FOUGEYROLLAS P. (2018), « *l'accès est une condition essentielle de la participation sociale et de l'exercice des droits humains de tous les citoyens, indifféremment de leurs caractéristiques fonctionnelles et individuelles sur le plan identitaire, leur permettant de bénéficier des ressources, des opportunités que la collectivité peut leur offrir.* »<sup>7</sup>

Selon, l'OMS la participation sociale se définit comme « *prendre part à une situation de la vie réelle, dans un contexte de la santé, elle désigne l'implication d'une personne dans une situation de la vie réelle* ». Ainsi la participation sociale fait partie intégrante de la vie et légitime l'accès au droit commun. Dans ce mémoire, nous cherchons l'effectivité de la participation sociale des résidents accueillis à l'EAM au travers de leur vie quotidienne et de leur projet de vie.

Dans notre investigation pour ce mémoire, quel est le cadre de référence dans lequel s'inscrit cette participation ? Selon Zask J (2011), la participation sociale se décline en trois étapes « *prendre part* » au sens de s'engager, puis « *apporter une part* » au sens de contribuer à et enfin « *recevoir une part* » avec l'idée de reconnaissance. Ainsi s'interroge également la posture du résident, est-il acteur de sa participation à la vie de la ville ? En d'autres termes, décide-t-il de sa participation, du degré de sa participation à la vie de sa ville ? Quel est le pouvoir d'agir sur sa vie ?

Enfin, la dimension de la participation sociale ne peut pas se dissocier de l'autodétermination. Comme dit précédemment, les résidents de l'EAM doivent pouvoir accéder pleinement à tous leurs droits et pour cela être accompagnés ou bien être guidés en fonction de leurs capacités.

---

<sup>6</sup> RAVAUD J.F.,(2014) Leçon inaugurale de la chaire « participation sociale et situations de handicap » dans Handicap et perte d'autonomie : des défis pour la recherche en sciences sociales p41-72 <https://www.cairn.info/handicap-et-perde-d-autonomie-des-defis--9782810901432-page-41.htm>

<sup>7</sup> FOUGEYROLLAS, P., et coll., 2018. Classification internationale : modèle de développement humain. Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), p8.

### 1.1.2 L'autodétermination

Nous allons maintenant explorer l'autodétermination et ses quatre composantes pour mieux appréhender ensuite la question du pouvoir d'agir. Est-ce que les résidents peuvent décider seul et gouverner leur vie ? Leurs capacités sont-elles valorisées par la participation aux décisions qui les concernent ? Il est important d'éclairer ce concept d'autodétermination car elle revêt un caractère indispensable pour la prise de décision pour soi. L'autodétermination illustre le pouvoir d'agir d'une personne, sa capacité à prendre ses propres décisions pour sa vie. Selon le dictionnaire Larousse, l'autodétermination est « *l'action de décider par soi-même* ». L'autodétermination est définie comme les « *habiletés et attitudes requises pour agir comme un agent causal de sa propre vie, pour faire des choix et prendre des décisions en regard de sa qualité de vie, libre de toute influence externe excessive ou d'interférence* » (Wehemeyer, 1996). D'un point de vue philosophique, l'autodétermination désigne « *la possibilité pour une personne de choisir librement sa conduite et ses opinions. En droit international, ce mot renvoie « au principe du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, c'est-à-dire de choisir librement leur État et leur forme de gouvernement, de ne pas être cédés ou échangés contre leur volonté, et au besoin de faire sécession* »<sup>8</sup>. L'autodétermination désigne donc la possibilité pour un résident de l'EAM de choisir librement sa conduite et ses opinions hors de toute pression extérieure. En d'autres termes, le résident est-il acteur de sa vie, décide-t-il par lui-même, pour lui-même sans influence et de manière libre et éclairée ? Quelle est sa capacité d'agir ?

L'autodétermination comporte quatre composantes : l'autonomie, l'empowerment psychologique, l'autorégulation et l'autoréalisation.

L'autonomie se définit comme la possibilité de faire ses choix, de décider seul ce qui est bon pour soi, de décider de sa dépendance également et le degré de celle-ci. Elle se distingue de la notion de dépendance et d'indépendance qui fait référence à la possibilité de pratiquer, seul ou accompagné, une activité. D'après Jacob (2020) « *cette autonomie passera par l'amélioration des gestes qui permettront d'agir seul ou avec une aide technique* »<sup>9</sup>. « *Tout progrès d'autonomie est un pas vers la liberté d'agir* »<sup>10</sup>. Dans ce cadre, le rôle et l'implication de l'équipe socio-éducative deviennent essentiels pour accompagner et éduquer les résidents dans les différentes étapes de la réalisation des activités choisies. Jacob P. (2020) ajoute que « *Tout progrès d'autonomie est un véritable progrès de vie. Tout progrès d'autonomie est un progrès de la dignité à ceux qui vous*

---

<sup>8</sup> PERON E, Dr en sciences politiques, Encyclopedia Universalis, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/autodetermination/>

<sup>9</sup> JACOB, P., (2020). Le droit à la vraie vie. Les personnes vivant avec un handicap prennent la parole, Malakoff : ed DUNOD, p 89.

<sup>10</sup> Ibid, p89.



regardent »<sup>11</sup>. Il s'agit d'un processus qui accompagne le développement de la personne dans sa capacité à agir. Selon Sticker (1998), l'autonomie est un processus visant à développer progressivement et laissant des marges de progression et d'évolution à la personne.

Selon ZIMMERMAN, (1990) cité par L. Lemoine<sup>12</sup>, « *l'empowerment psychologique réfère aux multiples dimensions de la perception de contrôle. Les actions se font sur la base d'une croyance d'exercer un contrôle sur les événements de sa vie.* » En d'autres termes, l'empowerment, c'est croire en ses capacités ou bien savoir que l'on possède des ressources personnelles permettant de résoudre une situation problématique. Il s'agit là d'un concept s'intéressant au pouvoir individuel de décider pour soi. De nombreuses déclinaisons y sont rattachées, comme le « pouvoir sur » sous-entendu avoir le contrôle, le « pouvoir avec » la connotation de partage, le « pouvoir de » en lien avec la capacité d'agir et le « pouvoir interne » de la personne elle-même illustré par la confiance en soi.

D'après Lachapelle, Y. et Wehmeyer, M. L., cité par Andrien, L. et Sarrazin, C., (2022)<sup>13</sup> « *l'autorégulation est la capacité d'une personne à analyser son environnement et ses possibilités personnelles avant de prendre ses décisions, de passer à l'action et d'évaluer les conséquences* ». Dans l'auto-régulation, le résident doit montrer des capacités à penser l'activité selon toutes les étapes de sa réalisation : avant, pendant et après celle-ci. L'auto-régulation nécessite des facultés d'analyse de situation et de résolution de problème. Son développement s'inscrit dans un mode opératoire basé sur la décomposition des activités à réaliser ou des situations rencontrées.

L'auto-réalisation est une étape de l'autodétermination. Selon Lemoine, L., « *C'est un processus, c'est-à-dire au fur et à mesure de ses expériences et de ses échecs et réussites, la personne apprend à mieux se connaître, mieux connaître ses forces et ses faiblesses* <sup>14</sup>». L'auto-réalisation se synthétise par la combinaison de la connaissance de soi et la compréhension de soi pour être en capacité de verbaliser toutes les étapes à réaliser pour accomplir une activité. Elle permet d'identifier la marge de progression.

Être accueilli dans un établissement médico-social ne doit pas être synonyme de perte de ses droits fondamentaux. Ces droits sont déclinés dans la déclaration des droits de l'Homme et repris dans la convention internationale de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées. Les résidents accueillis dans le foyer voient leur participation

---

<sup>11</sup> Ibid, p89.

<sup>12</sup> LEMOINE L. (2022). Autodétermination et inclusion des personnes avec déficience intellectuelle. EHESP, Rennes, cours M2 SHPS janvier 2022.

<sup>13</sup> LACHAPELLE, Y., WEHMEYER, M. L., « l'autodétermination » dans M.J. Tassé et D. Morin (sous la direction de), la déficience intellectuelle, Paris, G. Morin, 2003, p.204-214 ; T.L. Withman, « self-régulation and mental retardation », American Journal on Mental Retardation, 94(4), 1990, p.347-362, Cité par ANDRIEN, L. et SARRAZIN, C. (2022). Handicap, pour une révolution participative, Toulouse, France : Edition érès, p 35.

<sup>14</sup> LEMOINE L. (2022). Op. cit..

sociale entravée par des obstacles environnementaux associés à des obstacles liés à leurs caractéristiques physiques ou psychiques. La place de la personne handicapée dans la société devient une réelle question politique. Pour prendre sa place dans la société, il faut pouvoir décider par soi-même et avoir la capacité d'agir pour soi. Pascal JACOB (2020) déclare « être acteur de ses choix, de ses décisions dans l'espace et dans le temps implique une construction de son autonomie ».<sup>15</sup>

## 1.2 La participation sociale : question d'accès et d'accessibilité

Dans ce paragraphe, nous expliciterons le concept d'accès et d'accessibilité nous amenant vers la chaîne de déplacement pour mieux comprendre l'un des aspects de notre question de départ.

Pour FOUGEYROLLAS, P., « l'accès est le vecteur social de l'idéal de justice sociale, d'équité et d'égalité des chances. » Le concept d'accès a plusieurs significations selon l'usage que l'on en fait.

En géographie, on associe le terme accès à la notion de localisation, de proximité, de distance, de temps, de moyens de déplacement et d'infrastructures. Selon Reichhart, F. l'accessibilité incarne « une dimension systémique et globale qui doit permettre à l'individu la mobilité et l'usage des différentes ressources de son environnement. Qu'elle soit spatiale ou fonctionnelle, elle doit pouvoir s'opérer, sans discontinuité et sans rupture, de manière continue et fluide. »<sup>16</sup>

### 1.2.1 L'accès

Ainsi, le terme « accès » se définit dans le dictionnaire Larousse par « la possibilité pour quelqu'un d'atteindre un lieu, d'y pénétrer » et dans un second sens, il prend la signification de « facilité plus ou moins grande de pénétrer dans un milieu ». Selon P. FOUGEYROLLAS et al, « la notion d'accès revêt ainsi implicitement un sens universel imputable à la complexité et à la diversité des réalités des divers groupes populationnels. Cet appel à l'universalité est d'autant plus nécessaire, sur la base de l'hétérogénéité des individus appelés à en bénéficier, que cohérente, considérant que la notion d'accès est l'extension filiale du principe de droit à l'égalité. »<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup> JACOB, P., (2020). Le droit à la vraie vie. Les personnes vivant avec un handicap prennent la parole, Malakoff : ed DUNOD, p 89.

<sup>16</sup> REICHHART, F., (2021). Du handicap à l'accessibilité : vers un nouveau paradigme, Nîmes, France : INSHEA, CHAMP SOCIAL éditions,

<sup>17</sup> FOUGEYROLLAS, P. et NOREAU, L., Revue développement humain, handicap et changement social, numéros hors-série, RIPPH avril 2015, p14, [www.ripph.qc.ca](http://www.ripph.qc.ca)

Donc, on retrouve plusieurs acceptions de la notion d'accès selon que l'on considère la possibilité d'accéder et d'utiliser les services d'une ville, ou d'accéder aux droits fondamentaux de tout être humain de faire partie de sa ville. Toutefois dans notre problématique, on ne peut pas dissocier la notion d'accès de celle de l'accessibilité. Selon Joël ZAPHRAN « *la construction de l'accessibilité comme nouvelle catégorie d'invention publique va de pair avec une mise en évidence des représentations sociales... favorisant l'émergence d'un nouveau référentiel faisant de l'accessibilité une norme sociale et pas seulement technique qui s'impose à tous les acteurs* ». <sup>18</sup> Dans notre recherche, nous interrogeons les résidents sur l'accès à leur ville. Peuvent-ils y avoir accès quand ils le souhaitent ? Peuvent-ils user librement des services de la ville mis à disposition de la population ?

### 1.2.2 L'accessibilité

Selon Jésus SANCHEZ, « *une société accessible est une société dans laquelle sont supprimés les obstacles environnementaux qui entravent la participation sociale d'une partie de la population et, qui constituant pour elle autant de facteurs de discrimination, lui font subir une inégalité de traitement.* » <sup>19</sup>. Se déplacer relève parfois du défi pour une personne en situation de handicap quel qu'il soit. Il est important de savoir de quoi nous allons discuter et notamment de comprendre la genèse du concept d'accessibilité et ses interactions avec l'écosystème. Toutefois, il convient de préciser ce que l'on entend par le terme « accessibilité ». Selon le dictionnaire Le Littré, « accessibilité » vient du latin « *accessibilitas* », il renvoie au mot accessible. L'accessibilité prend donc le sens de « *rendue accessible* ». Toujours, selon cette même source, « accessible » renvoie au latin « *accessibilis, de accedere* » c'est à dire *approcher, accéder*.

Les recherches étymologiques du terme « *accéder* » éclairent une autre précision : « *accéder* » c'est avoir accès. Ce mot comporte plusieurs significations comme aller d'un lieu à un autre. Il s'agit alors d'une entrée ou d'une voie qui permet d'entrer, ou bien de la possibilité d'approcher une personne et enfin de donner « l'accès à », dans le sens de lui permettre d'obtenir quelque chose. Dans notre recherche, il faut lire le terme accessibilité comme « accès à ». L'accessibilité ne touche pas seulement le cadre bâti mais également d'autres champs et c'est le cas dans cet écrit. Il s'oriente vers le cheminement d'un point A à un point B dans l'accès à la ville, aux transports, à l'information, et à la participation sociale.

---

<sup>18</sup> ZAFFRAN J., Accessibilité et handicap, presses universitaires de Grenoble, 2015, p70

<sup>19</sup> SANCHEZ J, Accessibilité, accompagnement, conditions de vie autonome, [http://www.anpihm.fr/wa\\_files/5\\_jesus\\_sanchez.pdf](http://www.anpihm.fr/wa_files/5_jesus_sanchez.pdf)

La notion d'accessibilité n'est pas une question récente, elle a vu le jour dans les années soixante. Cette question, associée au départ aux personnes handicapées, est devenue une préoccupation des politiques publiques. Elle a donné naissance à la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées<sup>20</sup>. Elle pose, dans son article 49, une injonction de mise en accessibilité pour les établissements recevant du public (ERP) et les logements des bâtiments collectifs neufs. Elle émet la même obligation d'accessibilité pour les transports. La question de l'accessibilité reste à cette époque très centrée sur le bâti. Cité par Reichhart F, Jesus Sanchez (1989) confirme ce point de vue en affirmant que « *l'ambition des pouvoirs publics se manifeste aussi dans le choix d'une définition de l'accessibilité en référence à la circulation de personnes en fauteuil roulant* »<sup>21</sup>. Cette conception de l'accessibilité est réductrice et exclut de fait de nombreuses situations générant pour certaines personnes un sur-handicap.

Selon, Muriel Larrouy, chargée de missions accessibilité des transports, délégation ministérielle à l'accessibilité (DMA) (2007) « *il y a eu invention de l'accessibilité comme nouvelle forme sociale révélatrice d'une conception du traitement de l'altérité dans notre société.* »<sup>22</sup> Dans son livre « Du handicap à l'accessibilité : vers un nouveau paradigme, F. Reichhart (2021) ajoute un élément fondamental dans la notion d'accessibilité. Il parle d'accessibilité spatiale associée à la mobilité en précisant la fonction d'accessibilité comme « *accéder soit se rendre à, pénétrer soit rentrer dans le bâtiment, circuler soit se repérer, se déplacer, s'orienter* ».

On ne peut pas dissocier l'accessibilité de la qualité de vie de la personne et de sa participation à la vie de la cité. Cette idée est empruntée aux propos défendus par la délégation interministérielle aux personnes handicapées (DIPH) dans sa définition de l'accessibilité écrite en 2006 : « *L'accessibilité permet l'autonomie et la participation des personnes ayant un handicap, en réduisant, voire supprimant les discordances entre leurs capacités, leurs besoins et leurs souhaits, d'une part, et les différentes composantes physiques, organisationnelles et culturelles de leur environnement, d'autre part. L'accessibilité requiert la mise en œuvre des éléments complémentaires, nécessaires à toute personne en incapacité permanente ou temporaire pour se déplacer et accéder librement et en sécurité au cadre de vie ainsi qu'à tous les lieux, services, produits et activités. La société, en s'inscrivant dans cette démarche d'accessibilité, fait progresser également la qualité de vie de tous ses membres.* » (DIPH, 2006).

---

<sup>20</sup> Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

<sup>21</sup> REICHHART, F., (2021). Du handicap à l'accessibilité : vers un nouveau paradigme, Nîmes, France : INSHEA, CHAMP SOCIAL éditions, p 27.

<sup>22</sup> LARROUY, M., (2007). L'invention de l'accessibilité. Des politiques de transports des personnes handicapées aux politiques d'accessibilité des transports urbains de voyageurs en France de 1975 à 2005, Phdthesis, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I,

L'article 9 de la convention des droits des personnes handicapées affirme ce droit à l'accessibilité universelle pour tous et incite les politiques à mettre en œuvre de manière efficiente ce droit. L'accessibilité universelle s'entend par l'accès à tout pour tous. Elle permet non seulement de se déplacer mais de s'orienter, d'avoir accès à l'information. L'objectif est de permettre à la personne d'être autonome, elle vise une société plus inclusive.

Selon P. FOUGEYROLLAS et L. NOREAU « *la ville inclusive tout comme la société inclusive, est un projet collectif de développement social vers lequel une collectivité se met en mouvement. C'est un horizon utopique qui vise la prise en compte des diverses facettes identitaires de sa population en considérant tout particulièrement les citoyens qui vivent diverses formes d'exclusion ou de discrimination ...* »<sup>23</sup>. L'évolution des politiques publiques concernant l'accessibilité à la ville n'est pas effective dans toutes les régions de France, les disparités sont grandes et les zones plus rurales en sont souvent écartées. Pourtant, selon M. WINANCE, chargée de recherche à l'INSERM et rattachée au CERMES 3 (2021) « *à la diversité des différences et des capacités des personnes correspondent une diversité de modes d'action et une diversité de manières d'être et d'interagir avec l'environnement. L'enjeu, alors, est de concevoir la diversité des ressources rendant possible cette diversité d'agir et d'être.* »<sup>24</sup> Ainsi, l'observation des différents modes de fonctionnement ouvre sur une diversité de besoins selon les situations et la singularité de chacun.

Dans son rapport de septembre 2021, le comité de l'ONU met l'accent sur l'accessibilité universelle non efficiente, quinze ans après la loi de 2005 et dix ans après la ratification de la convention même si des avancées sont notables dans les politiques publiques françaises. Ce rapport présente les écarts entre les attendus dans le domaine de l'accessibilité, notamment l'accès aux établissements recevant du public. Aujourd'hui la notion d'accessibilité d'un lieu ou d'un bâtiment s'entend à la fois pour les circulations horizontales et verticales. L'EAM n'échappe pas à ces recommandations.

La loi 2005<sup>25</sup> fixe une échéance pour rendre le transport accessible à tous. L'accueil repose sur un nombre important de dérogations accordées avec à la clé beaucoup d'objectifs non atteints. Pascale RIBES<sup>26</sup>, présidente de l'APF, dans son allocution du 3 mars 2022 constate le manque de progression depuis plus de cinq ans. Elle insiste sur la situation en précisant que « *sans accessibilité il ne peut y avoir de liberté d'aller et venir pour de nombreuses personnes en situation de handicap* ».

---

<sup>23</sup> FOUGEYROLLAS, P. et NOREAU, L., Revue développement humain, handicap et changement social, numéros hors-série, RIPPH avril 2015, p3, [www.ripph.qc.ca](http://www.ripph.qc.ca)

<sup>24</sup> BAUDOT P.Y., FILLION E., Le handicap cause politique, Paris, Edition puf, 2021, p 57.

<sup>25</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes Handicapées

<sup>26</sup> RIBES, P., présidente de l'APF, [Présentation des revendications du Collectif Handicaps - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=YtSNwwbLjy0)  
<https://www.youtube.com/watch?v=YtSNwwbLjy0>

RIBES P. renforce son propos en ajoutant que ce droit à l'accessibilité est un droit fondamental pour tous. Effectivement, la mise en accessibilité quel que soit le domaine est indispensable pour que les personnes handicapées puissent exercer tous leurs droits. Les résidents de l'EAM sont concernés par la mise en accessibilité des voiries et la mise à disposition de moyens de transport collectif ou individuel. Il s'agit d'anticiper, diminuer voire d'éliminer les inégalités pour conforter la participation à la vie de la société en optimisant l'autonomie de la personne.

### **1.2.3 La chaîne de déplacement**

Dans ce paragraphe, nous définissons la chaîne de déplacement. La prise en considération des difficultés de la personne handicapée à vivre pleinement sa vie au sein de la société est un long processus de compréhension et de volonté politique. La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes Handicapées dans son article 45 définit la chaîne de déplacement. Cette chaîne comprend « *le cadre bâti, la voirie, les aménagements des espaces publics, les systèmes de transport et leur intermodalité ... pour permettre son accessibilité dans sa totalité aux personnes handicapées ou à mobilité réduite* ».

La chaîne de déplacement inclut le trajet pour se rendre d'un point A vers un point B sans rupture du parcours. Elle doit imaginer et examiner tous les types de handicap pour être efficiente et rendre fluide chaque déplacement.

Par la ratification de la convention de l'ONU, le législateur français s'est engagé à mettre tout en œuvre pour faire reconnaître l'accès aux droits humains à toute la population. Un cadrage réglementaire oblige les régions et les collectivités à mettre en œuvre l'accessibilité en faveur de tous les citoyens.

### **1.2.4 Les aspects juridiques de l'accessibilité**

Cette partie illustre la détermination des élus d'améliorer la qualité des déplacements des personnes handicapées au travers de textes réglementant l'accessibilité. En France, les lois en faveur de l'amélioration des conditions de vie de la personne handicapée se sont multipliées et sont, parfois, passées sous silence. Ces lois successives témoignent de la volonté du législateur de modifier les politiques publiques au niveau national et leur déclinaison dans les régions et les départements sans oublier le niveau communal. Elles sont souvent le résultat de mouvements associatifs et de défenseurs des droits des personnes handicapées.

La législation entre en vigueur dans les années soixante-dix par la promulgation de la Loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Mais, elle ne pose aucune norme sur l'accessibilité, cependant dans son article 52, elle affirme : « *Afin de faciliter les*

*déplacements des handicapés des dispositions sont prises par voie réglementaire pour adapter les services de transport collectif ou pour aménager progressivement les normes de construction des véhicules ou encore pour faciliter la création et le fonctionnement de services de transport spécialisés pour les handicapés... »<sup>27</sup>. Cet article cible deux axes : la mise en accessibilité des transports en commun et le transport spécialisé. Malgré sa promulgation, la loi reste ignorée par les fabricants de véhicules, les responsables des voiries et les politiques publiques des communes. Il faudra attendre encore plusieurs décennies pour que les premières obligations de normes voient le jour.*

La loi n°2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbains appelée aussi loi SRU, mentionne dans son article 35 l'obligation d'accessibilité des espaces publics en milieu urbain pour les personnes en situation de Handicap.

Plusieurs années après, la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale renforce la place et les droits de l'usager au sein des structures. Elle crée le conseil de la vie sociale comme forme de participation des usagers, instance obligatoire pour tous les établissements médico-sociaux. Elle permet aux usagers et à leur représentant de participer aux décisions. De plus, cette loi fait la promotion de l'autonomie, renforce la protection de la personne et légitime l'exercice de sa citoyenneté. Pour sensibiliser les élus locaux et les décideurs responsables de l'EAM, informer les membres du CVS est incontournable. Les questions de l'accès à la ville et des déplacements souvent discutées en CVS, sont génératrices de débats et d'échanges auxquels les principaux concernés sont rarement associés. Le fruit de ce travail de recherche leur sera communiqué afin de les informer de la situation et de montrer l'intérêt de l'équipe à ces questions. Ils pourront s'en saisir comme levier auprès des élus locaux comme auprès des décideurs de l'établissement.

En 2005, la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes Handicapées, déjà citée, précise dans sa définition du handicap un axe important situant le handicap dans la participation et la citoyenneté de la personne. Le titre IV correspond dans sa troisième partie, à l'accessibilité au travers du bâti, des transports et des nouvelles technologies. Cette loi fixe un délai de dix ans à compter de sa parution pour être effective dans son intégralité. De plus, elle incite le maire de chaque commune à construire « *un plan de mise en accessibilité de la voirie et des espaces publics ... les dispositions susceptibles de rendre accessible aux personnes handicapées et à mobilité réduite l'ensemble des circulations piétonnes ...* » Dans ce travail de recherche, nous souhaitons démontrer que l'absence de mise en œuvre de

---

<sup>27</sup> Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.  
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/>

l'accessibilité dans la ville par les politiques publiques est un obstacle à la participation sociale du résident accueilli à l'EAM.

En 2006, le 13 décembre, la France adopte la convention de l'ONU. Cette convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) est ratifiée par le gouvernement français en 2010 et par toute l'Union Européenne. Toute ratification signe la volonté du législateur de garantir et de promouvoir les droits des personnes handicapées dans le respect de la déclaration universelle des droits de l'Homme. La CIDPH vise à garantir l'effectivité de l'intégralité des droits de l'Homme aux personnes en situation de handicap. L'article 9 porte sur l'accessibilité et précise les éléments suivants : « *afin de permettre aux personnes handicapées de vivre de façon indépendante et de participer pleinement à tous les aspects de la vie, les États parties prennent des mesures appropriées pour leur assurer, sur la base de l'égalité avec les autres, l'accès à l'environnement physique, aux transports, à l'information et à la communication... tant dans les zones urbaines que rurales.* »

En s'engageant, le législateur français s'inscrit dans une résolution de changement des politiques publiques impliquant des modifications de la législation au niveau national, et leurs déclinaisons à tous les niveaux, c'est-à-dire dans les régions, les départements sans omettre les zones rurales. Ces changements attendus et sous-tendus par la convention de l'ONU doivent avoir des répercussions positives auprès de la population en situation de handicap notamment pour faciliter l'accès aux activités quotidiennes et améliorer la participation sociale et citoyenne de la personne handicapée. Le Décret n° 2010-356 du 1<sup>er</sup> avril 2010 signe la publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées.

Peu de temps après avoir adopté la convention de l'ONU, les politiques publiques publient le décret n°2006-1957 du 21 décembre 2006<sup>28</sup> relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics. Il est noté dans son article 2 l'obligation pour toutes les communes de rédiger un plan de mise en accessibilité de leur voirie et des aménagements de leurs espaces publics (PAVE). Ainsi pour être considéré comme accessible, un espace doit rassembler et respecter plusieurs points dans le cheminement extérieur, le stationnement, les conditions d'accès aux différents bâtiments, respecter les règles de circulation horizontales et verticales à l'intérieur des locaux, les ouvertures de portes, les sas intérieurs et les sorties, les revêtements des sols et des murs et les différents mobiliers urbains tel l'éclairage et les panneaux d'informations.

---

<sup>28</sup> Décret n°2006-1957 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006054989/>



Le 24 décembre 2019, la loi n°2019-1428 d'orientation des mobilités appelée aussi loi LOM<sup>29</sup> est adoptée. Il s'en suit la diffusion de cinq fiches explicatives en préalable de décrets ou d'arrêtés en cours de réflexion. Ces principes portent sur la tarification spécifique pour l'accompagnateur d'une personne en situation de handicap ayant une carte mobilité inclusion, la simplification avec une plate-forme centralisée pour les réservations d'assistance, un accès facilité au transport de personne à mobilité réduite (TPMR). Il demeure des contraintes telles que l'aménagement de bornes de recharge pour les fauteuils roulants électriques et une cartographie de l'accessibilité aux transports collectifs et aux voiries en zone urbaine et rurale. Certaines régions se sont mises en conformité avec la réglementation dans des actions inclusives. La communauté de communes concernée par notre recherche a mis en place en 2019, un système de transport à la demande pour les personnes rencontrant des difficultés à se déplacer. Cette mesure de transport à la demande est approfondie dans la partie 3.5 s'intéressant à l'engagement des élus locaux. Contrairement à certaines régions, ces transports sont payants. On observe dans la région Rhône Alpes « *la gratuité des transports en TER pour l'accompagnant de la personne en situation de handicap*<sup>30</sup>. Ce constat marque une reconnaissance de la mise en égalité de la personne en situation de handicap en exonérant du paiement du ticket de transport l'accompagnateur. Ces initiatives font la promotion du vivre ensemble.

### **1.2.5 Les limites de l'accessibilité**

Cette partie permet de soulever le problème des limites au tout accessible. Sous couvert de la mise en œuvre des normes d'accessibilité imposées par la législation, les politiques publiques pensent améliorer de façon notable l'autonomie des personnes handicapées. D'après elles, les progrès doivent s'inscrire dans leurs déplacements, l'accès et l'utilisation des espaces publics et des équipements, le repérage, l'orientation, et de communication. Dans les textes d'application des différentes lois, on retrouve des normes de construction, d'aménagement des voiries, des normes de communication en braille, en FALC. Pour exemple, prenons la largeur des trottoirs qui peut aller de 1,40 mètre et peut être réduite à 1,20 mètres. Si une personne à mobilité réduite se déplace en fauteuil roulant dont la largeur est en moyenne de 50 cm, alors il sera difficile de croiser sur un même trottoir une maman poussant une poussette double dont la largeur est en moyenne de 74 cm. Autre exemple, la géographie des lieux parfois très accidentée, les bâtiments identifiés patrimoines historiques avec des contraintes liées à la préservation de celui-ci ou la disproportion entre le coût d'un aménagement et son utilisation impose des innovations

---

<sup>29</sup> Loi n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités. [LOI n° 2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités - Dossiers législatifs - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/lois/loi/2019/1428)

<sup>30</sup> handicap.fr, sept 2021 <https://informations.handicap.fr/a-rhone-alpes-transport-gratuit-accompagnateurs-31511.php>

technologiques et une réflexion en profondeur. La diversité des situations permettra-t-elle d'obtenir une réponse ? La réponse devra être multiforme.

A cette étape de notre recherche, nous avons compris que pour pouvoir user pleinement de sa ville, en premier lieu c'est y avoir accès. La participation sociale des résidents de l'EAM est étroitement liée à l'accessibilité de l'espace et aux aménagements adaptés pouvant réduire les obstacles. Pourtant lorsque tous les facteurs d'accessibilité sont rassemblés un élément est encore soumis à discussion. Il s'agit de la liberté d'aller et venir pour un résident accueilli en établissement médico-social. Selon Blanc, A., « *les personnes handicapées sont handicapées pour trois raisons simultanées et interagissantes : elles présentent des déficiences, elles vivent dans un environnement handicapant et elles rencontrent des normes d'institutions* »<sup>31</sup>.

Dans le paragraphe suivant, nous allons aborder un droit constitutionnel décrit dans l'article 13 de la déclaration universelle des droits de l'homme : la liberté d'aller et venir.

### **1.3 La liberté d'aller et venir**

Parmi les droits fondamentaux humains, il en est un qui est régulièrement contraint lorsqu'une personne est accueillie en institution : celui de la liberté d'aller et venir. Cette liberté est souvent transgressée dans les établissements médico-sociaux soit par méconnaissance de sa portée, soit par souci de protection des usagers de l'établissement. La liberté d'aller et venir est la possibilité pour une personne de se rendre dans le lieu de son choix, de pouvoir sortir et se déplacer à sa convenance tout en respectant le cadre légal en vigueur.

Selon Anne REVILLARD « *on pense généralement moins que ce droit fondamental est quotidiennement entravé pour des personnes handicapées qui en viennent à le penser comme un doux rêve* »<sup>32</sup>. On retrouve ce point dans la convention des droits des personnes handicapées de l'ONU dont la base de travail repose sur la déclaration universelle des droits de l'Homme. Ainsi, l'idée principale est d'évaluer quels sont les besoins de la personne en situation de handicap tels qu'ils sont définis dans les droits universels pour que le droit s'applique concrètement et que cette même personne puisse en user comme une personne valide.

Les politiques publiques orientent leur politique vers le tout inclusif mais le manque d'accessibilité dans différents champs est un frein à la participation sociale et à la

---

<sup>31</sup> Blanc, A., 2022. La liberté d'aller et venir dans le soin et l'accompagnement : quels enjeux éthiques ? Rennes, Presses de l'EHESP

<sup>32</sup> REVILLARD A., (2020). Des droits vulnérables, handicap, action publique et changement social, ed. SciencesPo LES PRESSES, p151.

citoyenneté. On peut alors se poser la question de l'exclusion d'une partie de la société, notamment celle qui présente un mode de fonctionnement différent. Kerroumi B. et Forgeron S. (2021) soulignent que « *tant qu'une société est inaccessible, il est bien difficile de voir des personnes handicapées vivre en son sein et de comprendre leurs besoins* <sup>33</sup> ». Dans un établissement médico-social, la liberté d'aller et venir doit s'exercer à l'intérieur et à l'extérieur de celui-ci. Elle est souvent conditionnée par un règlement intérieur limitant ou un accompagnement par un professionnel.

#### **1.4 La question de l'accès à la ville pour vivre ensemble**

Considérer toute la diversité de la population amène à vivre ensemble. Accompagner les industriels, les concepteurs, orienter les chercheurs, les architectes, mobiliser les politiques publiques vers une abolition des normes standardisées basées sur un modèle de personne autonome, valide et sans restriction de déplacement et de compréhension éviteraient l'exclusion de la pluralité humaine. Les résidents accueillis au sein d'un établissement médico-social voient parfois leurs droits de participation sociale « réduits ou contraints » avec comme première intention de les protéger de la dangerosité du parcours pour se rendre seuls en ville par exemple. D'autre part, pour pouvoir jouir de sa participation sociale, la question de l'accès à la ville est déterminante.

La participation sociale des résidents de l'EAM : comment la question de l'accès à la ville peut interférer sur le vivre ensemble ?

Afin de questionner ces propos, nous proposons une méthodologie de recherche qualitative et quantitative en plusieurs étapes. La recherche est en partie collaborative puisqu'un groupe de résidents participe à la collecte des données par le biais de la construction de la grille du questionnaire et la réalisation de deux photoreportages. Dans le cadre de ce travail de recherches plusieurs hypothèses sont à éprouver.

Tous les résidents n'ont pas les mêmes capacités à se déplacer et/ou à se repérer, ou bien à être autonomes pour se rendre d'un point A vers un point B. L'éloignement de l'établissement par rapport à la ville est un frein à la participation sociale pour ceux qui présentent des difficultés à se déplacer seuls, ou qui ont des problèmes de repérage dans l'espace. Dans ce cadre, un mode de transport adapté améliore la participation sociale du résident et le vivre ensemble. Nous essaierons de démontrer que le manque de transport

---

<sup>33</sup> Kerroumi, B., Forgeron, S., (2021), Handicap : l'amnésie collective, La France est-elle encore le pays des droits de l'Homme ? Malakoff, édition Dunod, p 87.

et la distance à parcourir peuvent être considérés comme un empêchement à une participation sociale effective.

Un autre point doit être interrogé, il s'agit de la qualité de la voirie. Elle peut être un empêchement aux déplacements si celle-ci n'est pas adaptée à tout type de handicap. Une voirie adaptée favorise donc la participation sociale du résident. La voirie doit compiler plusieurs exigences en matière d'adaptation tant dans la signalétique visuelle et sonore que dans le revêtement des trottoirs, leur hauteur et leur largeur, la présence de passages pour piétons, le marquage au sol, la présence de bandes de guidage au sol ou de bandes d'éveil. La vie en collectivité telle qu'elle peut être proposée dans certains établissements médico-sociaux peut être un frein à la participation sociale si l'accompagnement des résidents est plus centré vers un accompagnement collectif plus qu'individualisé. Tenir compte des singularités de chacun est nécessaire pour le développement personnel de chaque personne. Un apprentissage adapté et inscrit dans le temps en découpant l'activité en plusieurs séquences diminue les restrictions de la participation sociale et encourage l'autonomie.

A ce stade de notre recherche, nous avons limité nos investigations auprès des résidents, de l'équipe socio-éducative et des élus locaux sur le thème de l'accès à la ville et son impact sur la participation sociale des résidents.

Pour analyser l'effectivité de la participation sociale, nous avons étudié le cheminement à partir de l'EAM pour se rendre vers des lieux choisis par les résidents avec entre autres le centre de la ville et la première zone commerciale. Puis nous avons exploré la mise en accessibilité des voiries de la ville. Enfin, nous avons conclu par l'étude des pratiques professionnelles en matière d'accompagnement des résidents dans leur participation sociale.

## **2 Partie n°2 - : Les hypothèses à l'épreuve du terrain**

Cette partie s'articule entre la description de l'établissement, la présentation des acteurs impliqués dans notre recherche et la méthodologie choisie pour collecter des données significatives à notre compréhension des obstacles à la participation sociale des résidents.

### **2.1 Le terrain de la recherche**

Le terrain de cette étude est un établissement d'accueil médicalisé. Il s'agit d'un établissement géré par une personne morale de droit public : un centre hospitalier. Il se situe dans une petite ville en Nouvelle-Aquitaine.

Le Centre hospitalier répond au besoin d'un bassin de population de 190 000 habitants. L'offre de soin proposée tend à être holistique soit en hospitalisation complète, soit en ambulatoire soit à domicile. Le centre hospitalier compte un secteur sanitaire regroupant plusieurs services de spécialités différentes : chirurgie, maternité, médecine, court séjour gériatrique, soins palliatifs, surveillance continue, urgences et un plateau technique centralisant un service de radiologie et un laboratoire. A cela s'ajoute un secteur médico-social rassemblant deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une maison d'accueil spécialisé (MAS), un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP) et l'établissement d'accueil médicalisé.

### **2.2 Description de l'établissement d'accueil médicalisé**

Cette partie s'attache à situer l'établissement dans ses missions puis, après avoir présenté l'équipe socio-éducative et décrit les locaux, il conviendra de préciser ce qu'est : Être résident à l'EAM.

#### **2.2.1 Présentation générale**

L'établissement d'accueil médicalisé est implanté à la sortie de la ville. C'est une construction neuve datant de 2014, née de l'extension de l'ancien foyer d'accueil portant une augmentation capacitaire de vingt-deux à soixante-quinze lits et places. L'autorisation a été délivrée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de la Nouvelle-Aquitaine le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Les missions de l'établissement s'articulent en trois grandes actions. Tout d'abord, l'établissement doit mettre en œuvre les actions d'assistance dans les divers actes de la vie quotidienne, de soutien, de soins et d'accompagnement. De plus, il organise les actions

éducatives, psycho-éducatives, médicales, et thérapeutiques adaptées destinées à répondre aux besoins de la personne, à ses potentialités, et à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge. Enfin, l'établissement a l'obligation de déployer les moyens nécessaires pour favoriser les actions contribuant à une socialisation par la participation à des activités en lien avec le milieu extérieur.

Pour accompagner les résidents quotidiennement, une équipe pluridisciplinaire de soixante-douze professionnels, socio-éducateurs, médicaux et paramédicaux, s'active autour d'eux. L'équipe socio-éducative est une équipe motivée qui a toujours travaillé à développer des activités intra et extra-muros. Parmi celles proposées, on retrouve des sports adaptés (football, basket, judo et multisport), des activités manuelles, du jardinage et du maraîchage, des activités musicales, de la danse, de l'équithérapie, de la marche, de la bicyclette, de la peinture, des ateliers d'esthétiques et de coiffures. Des partenariats avec des associations extérieures ou administrations sont créés. Par exemple avec le cinéma, la salle de sport d'une autre commune, la piscine de la ville et celle d'une autre ville à proximité, le centre équestre de la ville, des organismes de vacances adaptées comme « plein sud » ou « la clé des sables », et d'autres établissements médico-sociaux de la ville ou des villes avoisinantes.

Les locaux se répartissent en pôle autour de trois unités. Lorsque l'on se promène dans le foyer, on remarque le pôle soins avec son infirmerie et sa chambre de repos, le pôle restauration avec sa salle de restaurant et sa terrasse extérieure, le pôle d'activités avec des salles dédiées, sa bibliothèque et sa salle de sport, le pôle bien-être avec son salon de coiffure et d'esthétique. L'ensemble s'articule autour d'un espace central appelé la place du village. On peut également constater que toutes les portes des différentes salles, qu'elles soient à destination des professionnels ou pour les activités des résidents, sont fermées à clé.

L'établissement se situe dans une ville dont la géographie vallonnée complexifie le mode opératoire pour se déplacer. Il n'existe pas de zone piétonnière, les trottoirs sont étroits peu enclins aux déplacements pour les personnes en situations de handicap quel que soit ce dernier : PMR, difficulté à la marche, problème d'orientation, handicap sensoriel, illettrisme ou autres handicaps. Contrairement aux données statistiques évoquées dans l'introduction, dans le territoire concerné, aucune enquête de satisfaction n'est réalisée, pourtant on peut penser que les mesures prises pour faciliter les déplacements sont perfectibles.

En effet, les moyens pour se déplacer au sein de la ville se résument à la voiture, aux deux roues motorisées ou non et aux déplacements pédestres. L'absence de transport en commun ou transport adapté mis à disposition par la commune afin de faciliter les déplacements des citoyens de la ville oblige les résidents de l'EAM à faire le choix de se déplacer soit à pied soit au moyen du véhicule de l'établissement. Si ce dernier choix est

retenu par le résident pour que cela soit réalisable, il faut que le véhicule et un professionnel soient disponibles en même temps.

D'autre part, les résidents de l'EAM nécessitent un accompagnement dans les apprentissages pour se déplacer afin d'apprendre ou réapprendre toutes les étapes de la conception à la réalisation du déplacement. Au sein de l'EAM, la question de l'accès à la ville et la participation sociale est déléguée à l'équipe socio-éducative et se solde par une liste « à la Prévert » des sorties et la nécessité pour les résidents d'attendre « leur tour ». Elles justifient les raisons de cette situation par un nombre limité de véhicules et son inadaptation aux typologies de handicap rencontrés et un accès complexe pour se rendre seul et à pied en ville. La question de l'accès doit être exploré, parler d'accès c'est également considérer la chaîne de déplacement. Quelles sont les contraintes circulatoires au sein de la ville concernée ?

### **2.2.2 Être Résident à l'EAM**

Les résidents accueillis souffrent de troubles psychopathologiques. Ils présentent des déficiences c'est-à-dire des problèmes ou pertes dans les structures anatomiques, dans le fonctionnement physiologique et psychologique. Celles-ci engendrent des limitations d'activité induisant des difficultés perçues par les résidents pour réaliser un acte ou une tâche dans son environnement quotidien. Les limitations d'activité conduisent à des restrictions de participation induisant des difficultés pour s'impliquer dans la vie réelle.

Les résidents de l'EAM souffrent de pathologies psychiatriques associées ou non à des problèmes physiques limitant leurs déplacements ou de pathologies nécessitant une surveillance étroite comme un diabète déséquilibré ou bien un terrain épileptique. Ainsi, certaines composantes de leurs caractéristiques personnelles peuvent être limitantes dans leur autonomie. Certains d'entre eux ont toujours vécu en institution. Au départ en pouponnière, puis allant d'établissement en établissement, jamais par choix mais contraint du fait d'une réglementation classant les institutions par classe d'âge et de pathologie. Quelques-uns ont été scolarisés, d'autres n'ont jamais vu les portes d'une école. Ces résidents se démarquent car ils sont très ritualisés dans leur mode de fonctionnement tel des automates. D'autres résidents ont eu un parcours de vie hors institution. Ils ont évolué au sein de la société avec des parcours scolaires les amenant quelquefois à l'obtention du baccalauréat ou d'un baccalauréat de technicien supérieur. Ils peuvent avoir eu une ou plusieurs expériences professionnelles et une vie maritale. Des histoires de vie, de rupture ou de perte familiale ou bien de mauvaises rencontres pour certains résidents ont ouvert la porte à la consommation de produits addictifs ou illicites et les a conduits vers une désocialisation associée ou non à une décompensation psychiatrique.

Le travail de l'équipe a permis de développer la participation sociale des résidents dans la cité au travers des activités limitées et effectuées en partenariat avec par exemple, la participation au championnat de France de judo adapté, dont par ailleurs l'un des résidents détient la médaille d'or depuis plusieurs années. Certains résidents sont attachés à une pratique religieuse et exercent ce droit par le partage de leur culte lors de rassemblements ou pèlerinages. Enfin, ils participent à des olympiades interétablissements, aux manifestations locales, et à des sorties loisirs sur le territoire.

Les résidents rencontrant des difficultés dans leur capacité à se mouvoir, ou ayant une déficience intellectuelle ne leur permettant pas d'accéder à la compréhension des règles du code de la route, ou bien rencontrant des difficultés à se repérer dans un espace inconnu voient leur participation sociale encore plus réduite. Les restrictions à la participation sociale se manifestent par les difficultés rencontrées pour s'impliquer dans la vie réelle. Elles sont également conditionnées par l'environnement. Dans la situation des résidents de l'EAM, elles s'illustrent par des obstacles que ceux-ci peuvent rencontrer pour effectuer certaines activités à l'extérieur de l'établissement. Pour illustrer notre propos prenons l'exemple de situations rencontrées fréquemment comme l'impossibilité de sortir seul pour se promener. Cette impossibilité est multifactorielle. En tout premier lieu, se rendre à pied en ville relève de l'impossible pour un résident qui ne connaît pas le code de la route, présente des difficultés à s'orienter ou à se repérer dans un lieu nouveau. D'autre part, certains résidents ne parviennent pas à décomposer l'action de « sortir seul ». Enfin, se pose également le problème des transports et de la voirie pour accéder à la ville éloignée de leur lieu de vie. Trouver des réponses et vérifier nos hypothèses de départ, nous amènent à explorer la question sous plusieurs angles d'approche en considérant le point de vue d'une part des résidents, de l'équipe socio-éducative, et enfin celui des élus locaux d'autre part.

## **2.3 Méthodologie de recherche**

Cette partie rend compte des outils utilisés pour mener à bien notre investigation. Nous verrons dans un premier temps la méthodologie choisie pour enquêter auprès des résidents, des professionnels de l'établissement et enfin des élus locaux.

### **2.3.1 Enquêter auprès des acteurs directement concernés**

Tout d'abord pour connaître le point de vue des résidents en les impliquant dans cette recherche, nous avons choisi plusieurs outils à visée inclusive comme les photoreportages, le focus group et le questionnaire co-construit.



Associer les résidents comme acteurs de recherche à un moment précis de notre exploration prend tout son sens. Les résidents sont associés à la recherche en contribuant à la réalisation des photoreportages et à la construction du questionnaire. La co-construction permet aux résidents d'être à la fois usagers d'un établissement mais aussi usagers et citoyens d'une ville. Ils deviennent des acteurs de cette recherche. Leur regard est différent du nôtre, leur questionnement est différent car nous ne rencontrons pas les mêmes difficultés et nous devons être à leur écoute pour les identifier. Dans le tableau ci-dessous, nous exposons ce qui caractérise les quatorze résidents, acteurs de notre recherche, dans leur capacité à se déplacer.

<b>NOM</b>	<b>AGE</b>	<b>Difficultés pour les déplacements</b>
M. M	45 ans	Incapacité à marcher sur de longue distance et sur différentes surfaces Fatigabilité Incapacité à lire empêchant la lecture de la signalétique
M. T	42 ans	Autonome dans ses déplacements mais incapacité à gérer son stress devant une situation nouvelle
M JC	41ans	Incapacité à lire empêchant la lecture de la signalétique nécessaire aux déplacements
Mme A	47 ans	Incapacité à marcher sur de longue distance, fatigabilité
Mme T	44 ans	Autonome dans ses déplacements mais incapacité à gérer des situations nouvelles
M. F	50 ans	Autonome dans ses déplacements mais incapacité à gérer des situations nouvelles
M. S	58 ans	Autonome dans ses déplacements mais nécessite un accompagnement car peut avoir un comportement inadapté
M. S	41 ans	Autonome dans ses déplacements
Mme L	61 ans	Autonome dans ses déplacements mais fatigabilité et algies des membres inférieurs
M. N	37 ans	Autonome dans ses déplacements
M. G	58 ans	Incapacité à marcher sur de longue distance, fatigabilité
M JP	47 ans	Déplacement en autonomie
M. AK	50 ans	Difficulté à se repérer dans l'espace nécessitant des sorties uniquement en groupe actuellement
M. JY	40 ans	Pas de difficulté à se déplacer mais ne souhaite pas sortir seul, plus à l'aise en groupe

L'objectif est de mettre en lumière l'expérience des résidents au travers des informations recueillies. C'est être au plus près du quotidien de ces derniers. Être à leur écoute pour entendre leurs velléités et leurs besoins. A leur côté, nous sommes observateurs et initiateurs de la recherche.

Pour la conception du questionnaire (annexe n°3), la coécriture avec Monsieur M., résident de l'EAM mais également président du conseil de la vie sociale (CVS), a contribué au

recueil plus précis du point de vue d'un représentant des usagers. Une présentation simple du travail de recherche a permis de partir de sa connaissance des trajets pour se rendre en ville afin de construire ensemble un questionnaire à destination des résidents du foyer. Très vite, il demande que les résidents ne sachant pas lire soient accompagnés pour renseigner l'enquête. Nous convenons que l'enquête soit accessible au plus grand nombre. Nous validons ensemble images ou pictogrammes pour chaque question et des espaces pour laisser libre cours à des commentaires. Monsieur M. demande que l'enquête soit réalisée le week-end parce qu'il y a moins d'activités et pour les résidents en permission l'enquête est planifiée le lundi de leur retour.

A l'issue de l'analyse des réponses du questionnaire, les résultats sont présentés à l'ensemble des résidents. Afin de faciliter les échanges, une présentation en petits groupes dans chaque unité du foyer est choisie. Chaque unité compte entre vingt-six et vingt-sept résidents. Il est important que les résidents aient un retour du questionnaire auquel ils ont accepté de répondre pour qu'ils visualisent les premiers résultats de leur contribution à ce travail. La restitution se fait au moyen de support graphique sur papier.

Les résidents connaissent l'enquêteur et parfois leurs réponses relèvent plus du « faire plaisir » que de leur propre réalité. Le focus group paraît, alors, plus indiqué que les entretiens individuels. Il permet aux résidents de s'exprimer plus aisément et, pour ceux plus en retrait, d'être en confiance pour prendre la parole. Le focus group est une technique d'entretien de groupe faisant partie des techniques d'enquête qualitative. C'est le terme anglo-saxon pour dire entretien collectif. Selon Kitzinger, (1994) cité par Kitzinger J, Markova I, Kalampalikis N., « *Les focus groups sont des discussions de groupe ouvertes, organisées dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinents pour une recherche. Le principe essentiel consiste en ce que le chercheur utilise explicitement l'interaction entre les participants, à la fois comme moyen de recueil de données et comme point de focalisation dans l'analyse* »<sup>34</sup>. Le groupe n'est pas fermé car il faut laisser la possibilité « d'appivoiser » les résidents. En effet, laisser la porte ouverte permet d'instaurer un climat de confiance et d'éloigner ce qui pourrait paraître comme un terrain hostile. Le focus group est intéressant dans cette recherche, il permet de collecter des informations, des réactions et d'observer les comportements générés par les échanges et nos questions. Il permet aussi d'éclairer, de compléter et de préciser certaines questions ou réponses pouvant être interprétées de façons différentes. Par exemple, la question sur

---

<sup>34</sup> KITZINGER J., MARKOVA I., KALAMPALIKIS N., (2004). Qu'est-ce que les focus groups ?. *Bulletin de psychologie*, Groupe d'étude de psychologie, pp.237-243. ([halshs-00533472](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00533472)) [Qu'est-ce que les focus groups ? - HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société \(archives-ouvertes.fr\)](https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00533472)

les endroits les plus visités est trop axée sur des lieux de consommation. Le focus group a permis de recueillir d'autres réponses et surtout des précisions sur leur connaissance de la ville.

Pour apporter plus de précision et de compréhension aux éléments collectés, il est acté de réaliser un photoreportage. Celui-ci permet de recenser les difficultés rencontrées par les résidents et de poser un constat. Ce parcours commenté est mené en présence de résidents, afin de mettre en lumière leur expérience d'usagers en situation réelle. Il contribue à la recherche de preuves. Il nécessite de la rigueur car il faut se déplacer sur les différents sites et collecter des informations par constat et observation. D'après J-F. Steck (2012) « *L'enquête orale sur le terrain est un moment clé du travail de recherche, un moment de collecte de l'information, de constitution de la source* ». Le bénéfice de l'enquête de terrain est, donc, la relation directe avec l'utilisateur en situation de déplacement. Le parcours commenté est complété d'un photoreportage afin de mieux visualiser les empêchements à l'autonomie. Ce support photographique permet de concrétiser les besoins et de mettre en image ce qui peut être complexe à expliquer. Selon Meyer (2013), cité par Hinault AC, (2019) « *la photographie constitue en effet une source interactionnelle dans la relation avec les enquêtés et un moyen de stimulation de la parole lors des entretiens ethnographiques* ». Le parcours commenté débute dès la sortie du bâtiment et illustre un premier cheminement pour se rendre dans la zone commerciale la plus proche, et un second pour rejoindre le centre de la ville.

La photographie permet une meilleure appréhension des obstacles dans la chaîne de déplacements. Il est décidé de constituer deux groupes. Dans le premier groupe, les résidents présents se déplacent sans difficulté motrice et, dans le second groupe, les résidents présentent des caractéristiques physiques ou psychiques nécessitant une adaptation de l'environnement. La disparité de ces deux groupes permet de recueillir une variété de freins pour une même situation.

L'objectif est d'écouter les résidents exprimer et montrer ce qui gênent, ce qui leur manque et de matérialiser chaque obstacle ou manque par une photographie. Dans ce cadre, les résidents ne sont pas spectateurs mais acteurs de la démarche, ce sont eux qui nous guident dans le déplacement. Nous leur servons de relai de communication. Le photoreportage permet de retranscrire la réalité de leur quotidien à un moment précis puisque nous empruntons leurs parcours habituels. Les deux photoreportages se sont déroulés avec deux groupes distincts et espacé de plusieurs jours. Ils sont accompagnés d'une professionnelle de l'établissement. Le parcours se réalise à pied. Une photographie est prise chaque fois qu'un résident le demande ou manifeste une gêne. Les éléments de l'ambiance des lieux sont notés sur un carnet. Les deux groupes empruntent le chemin habituel et montrent les lieux qu'ils affectionnent plus particulièrement : un magasin

alimentaire, un buraliste, un café dans le centre de la ville et la médiathèque. Sur les photographies, par souci de confidentialité, les visages des résidents ne se retrouvent pas.

L'addition des résultats des questionnaires, des parcours commentés et la mise en image des difficultés identifiées rend plus objective notre recherche. Associer ces conclusions aidera la compréhension des obstacles par les élus locaux et autres organismes décideurs dans le but d'améliorer la participation sociale des résidents de cet établissement.

### **2.3.2 Enquêter auprès des professionnels de terrain**

Après avoir enquêté auprès des résidents, nous avons choisi d'effectuer une enquête auprès de l'équipe socio-éducative. Elle est composée de quatre éducatrices spécialisées, six monitrices éducatrices, une animatrice et quatorze aides médico-psychologiques. La problématique des aides médico-psychologiques est qu'elles sont phagocytées par les accompagnements dans les soins d'hygiène et peu inscrites dans les activités extérieures. Nous auditionnons une seule aide médico-psychologique sur les quatorze présentes dans l'établissement.

L'enquête porte sur les déplacements des résidents, leur participation sociale et leur pouvoir d'agir. Cette enquête se divise en deux étapes : un questionnaire guidé et un questionnaire libre.

Pour croiser les informations recueillies lors du *focus group* et du questionnaire effectué auprès des résidents, nous avons mené une enquête auprès d'une partie des professionnels de l'établissement d'accueil. Il s'agit de professionnels missionnés dans la mise en œuvre de l'accompagnement quotidien, du développement du pouvoir d'agir des résidents, de leur autonomie.

Elle a pour objectif de recueillir le point de vue des professionnels de proximité en matière de déplacements des résidents pour accéder à la ville, et de mettre en lumière les pratiques professionnelles concernant l'accompagnement des résidents dans leur pouvoir d'agir. Enfin, elle se termine sur les attentes ou suggestions des professionnels. Nous recherchons, auprès d'eux, quelles actions peuvent être mises en œuvre pour favoriser la participation sociale des résidents et leur autodétermination.

Que peut-on faire pour supprimer ou réduire les obstacles environnementaux ? Quels sont les facilitateurs et les leviers envisageables ?

Afin de renforcer, confirmer ou infirmer les hypothèses de départ, les questions sont pour certaines identiques dans les questionnaires pour les résidents et dans celles pour les professionnels.

Pour cette enquête, l'utilisation d'un questionnaire guidé et d'un questionnaire libre a permis de recueillir des données à la fois qualitatives et quantitatives apportant plus de précisions

et s'enrichissant mutuellement. Pour la construction du questionnaire guidé (annexe 4) et du questionnaire libre (annexe 5) la méthodologie de réalisation est identique. Chaque questionnaire comporte à la fois des questions ouvertes et fermées. Les questions ouvertes permettent plus de latitude dans les réponses. Ces dernières permettent aux répondants de s'exprimer plus librement sur les différents thèmes abordés. Nous avons opté également pour des questions fermées avec des réponses préétablies à choix multiples. Ces questionnaires comportent plusieurs parties. Leur première partie est identique et correspond au profil de l'équipe. Elle donne une photographie de l'équipe au moment de la réalisation de celui-ci. Les parties suivantes sont un peu différentes d'un questionnaire à l'autre et se complètent. Dans le questionnaire guidé, les enquêtés doivent répondre à des questions en lien avec l'organisation des sorties, le pouvoir d'agir du résident, la liberté d'aller et venir, leurs difficultés lors des sorties et celles des résidents. Dans le questionnaire libre, les questions portent sur les freins aux déplacements des résidents, la fréquence et l'objectif de la sortie, l'accessibilité de la ville et des EPR. Ce questionnaire permet d'explorer la notion de liberté d'aller et venir, de pouvoir d'agir, de la liberté de choix de participation sociale du résident accueilli. Enfin, les deux questionnaires se clôturent par la collecte des suggestions des professionnels pour faire respecter un des droits fondamentaux des résidents : l'accès à la ville.

Pour vérifier la compréhension des questions et la pertinence des questionnaires, ceux-ci ont été testés auprès de deux professionnels : le responsable de proximité de l'établissement et une aide médico-psychologique impliquée dans la participation sociale et la citoyenneté ayant impulsée la mise en œuvre effective du droit de vote des résidents. Sur les sept questionnaires libres distribués, sept sont revenus dont deux hors délai, une limite à quinze jours était posée pour les retours afin d'éviter que les questionnaires soient oubliés dans un coin.

### **2.3.3 Enquêter auprès des élus**

Pour compléter ces recherches, une investigation auprès des élus locaux est nécessaire. Ce choix se justifie par l'identification de facteurs environnementaux problématiques extrinsèques à l'établissement tels que la chaîne de déplacement comprenant la voirie et les transports. Les élus rencontrés ont des fonctions différentes : le maire de la ville, un des adjoints au maire en charge de l'égalité et la participation citoyenne et le directeur général adjoint de la communauté de communes responsable des questions de la mobilité.

Associer les élus à notre recherche permet une première sensibilisation à la situation des résidents de l'EAM. Cette réflexion sur l'accessibilité de la ville et l'adaptation de la voirie permet de faire bouger les « lignes » en les amenant à réfléchir avec les résidents sur le vivre ensemble et s'interroger sur « l'omission » de ne pas les avoir associés au débat

public. Dans ses missions, le maire, en qualité de représentant de l'État, doit appliquer les politiques publiques au sein de sa ville avec notamment l'obligation de mise en accessibilité des établissements recevant du public et rendre accessible sa ville.

Nous nous sommes invités dans un groupe de sept résidents qui participent à l'atelier journal de l'EAM et écrivent un article sur le handicap. Ils ont sollicité un entretien auprès du maire afin de compléter leur article sur sa représentation du handicap et la politique de la ville sur l'inclusion et le vivre ensemble. Aucune question précise n'est préparée à l'avance, mais lorsque l'occasion se présente, la discussion est orientée vers l'accessibilité de la ville, les transports et le cheminement de l'EAM vers le centre de la ville. Lors de cet entretien, des notes sont saisies informatiquement par un professionnel de l'EAM.

Sur proposition du maire de la ville, nous rencontrons une adjointe en charge de l'égalité des chances et la participation citoyenne. L'objectif est de lui faire part de notre démarche et de la faire adhérer à notre réflexion sur le cheminement. Dans ses missions, elle organise et pilote des réunions publiques notamment sur la chaîne de déplacement. Elle participe en collaboration avec le maire de la ville pour mettre en œuvre les obligations des politiques publiques de rendre accessible la ville et les voiries.

Enfin, nous avons interviewé le directeur général adjoint de la communauté de communes. Il s'agit d'un entretien téléphonique. Les conditions sont plus complexes car il est impossible d'observer notre interlocuteur et de constater ses réactions. Les questions sont ouvertes et portent essentiellement sur la politique de mise en accessibilité des villes, les modes de transport collectif ou individuels adaptés à l'échelle de la communauté de communes. Nous recueillons, ici, des éléments d'organisation et de réglementation.

L'objectif est de rassembler des informations sur les moyens mis en œuvre, aujourd'hui, pour améliorer les déplacements de la population au sein de la communauté de communes au niveau de la voirie et des transports et de connaître les projets à venir.

## **2.4 Traitement des données collectées**

Le traitement des données collationnés auprès des résidents a permis d'obtenir des informations quantitatives par le comptage des résultats issus des questionnaires. Ces dernières présentées aux résidents lors des focus group génèrent des commentaires qui sont enregistrés. Les questions posées donnent lieu à des réponses éparées soit répondant directement à la question soit orientant vers d'autres thèmes. A l'issue de ces focus groups, une synthèse est faite et les éléments en lien direct avec ce travail de recherche sont conservés.

En ce qui concerne, le photoreportage, il a permis de collecter une trentaine de photographies et des remarques émises lors du parcours commenté. Sur les photographies, on ne retrouve pas les visages des résidents par souci de confidentialité. Un classement des photographies est effectué et ne sont conservées que celles qui mettent en relief les obstacles de la voirie et les insuffisances d'aménagement. Une compilation est faite entre les résultats des questionnaires, des focus group et des photoreportages sur un seul support (power-point) à des fins de diffusion auprès des membres du CVS, les élus locaux et la direction de l'établissement.

Toutes les informations collectées auprès des professionnels dans les questionnaires guidés sont traitées selon leur pertinence et leur valeur ajoutée. La première étape de l'analyse des questionnaires guidés consiste en la retranscription exhaustive du contenu à partir des enregistrements. Ensuite, vient l'identification des thèmes attendus selon nos hypothèses de départ puis sont listés les thèmes inattendus. Des fragments de discours des personnes enquêtées sont saisis informatiquement afin de les classer par thèmes pour les prioriser en fonction de leur analogie avec le sujet de notre recherche et de leur répétition.

Le traitement des questionnaires libres réalisés auprès de l'équipe ou auprès des résidents est similaire. Dès la réception des questionnaires dûment complétés, nous procédons au dépouillement, les questions fermées sont traitées par comptage des réponses. Pour les questions ouvertes, une lecture préalable a permis une première identification du contenu afin de les classer par catégories et récurrence. Toutes les données sont compilées et traitées puis elles sont analysées et comparées aux autres résultats de notre investigation. En ce qui concerne les éléments recueillis auprès des élus locaux, ils sont saisis informatiquement et ne font pas l'objet d'un traitement particulier car ils viennent conforter un frein existant, apporter une réflexion plus globale, être en complément de notre recherche et porter un éclairage sur la politique en vigueur sur le plan local apportant des explications sur certaines organisations.

Ainsi, l'ensemble est retranscrit sur un document par saisie informatique. Le traitement des données a permis de dégager des informations confortant les hypothèses de départ et d'identifier d'autres pistes de réflexion.

### 3 Partie n°3 – La participation sociale : un problème d'accès ?

Cette troisième partie fait apparaître le fruit de notre collecte de données. Elle propose tout d'abord le point de vue des professionnels puis celui des résidents. Enfin, la présentation des résultats du photoreportage vient objectiver les freins et obstacles décrits tout au long de la recherche.

#### 3.1 Le point de vue des professionnels

Pour plus d'objectivité, les enquêtes guidées sont menées en face à face dans un bureau au sein de l'EAM. Il s'agit d'un bureau situé derrière celui de l'accueil. Il se tient à l'écart et permet d'offrir une neutralité dans les échanges. L'ensemble des professionnels de l'équipe socio-éducative est auditionné.

Les résultats de ces entrevues sont présentés dans l'ordre des thèmes attendus puis dans une seconde partie sont présentés les thèmes inattendus ayant conduit à plus d'échanges.

##### 3.1.1 La participation sociale sous contrainte

Dans ce paragraphe, nous présentons les éléments issus des enquêtes et démontrant une participation sociale sous contrainte. En premier lieu, nous abordons la question des typologies de sorties et leur définition. Puis, nous parlons de la notion de fréquence et d'objectif de la sortie.

###### A) Les sorties des résidents : de quoi parle-t-on ?

Il est important pour bien comprendre de définir et de décrire l'organisation des sorties des résidents de l'établissement toujours selon les personnes enquêtées. Les réponses données par les professionnelles ne sont pas uniformes et tiennent compte des difficultés rencontrées par le résident. Celles-ci peuvent être la résultante de caractéristiques physiques personnelles du résident comme une déformation squelettique diminuant les possibilités de déplacement ou les complexifiant, soit à cause d'une fatigabilité importante. Les professionnelles parlent aussi de facteurs extrinsèques aux résidents comme « *l'éloignement du foyer par rapport à la ville* ».

Selon les personnes enquêtées, il faut distinguer trois types de sorties : « *les sorties en autonomie, les sorties en semi-autonomie et les sorties accompagnées* ».

La sortie dite « *en autonomie* » concerne une dizaine de résidents et se caractérise par l'association de plusieurs critères. Les professionnels citent « *l'obligation d'avoir une autorisation médicale de sortie en dehors de l'enceinte de l'établissement* ». Ils parlent aussi « *de critères personnels comme avoir une autonomie physique dans ses*



*déplacements, des facultés de repérage dans le temps et dans l'espace, avoir un comportement adapté à l'extérieur de l'établissement, enfin avoir des capacités à gérer son argent de vie* ». (Mme P, éducatrice spécialisée). Ce type de sortie tel qu'il est décrit par les professionnelles supposent plusieurs autorisations ou validations de différents professionnels sans que soit abordé le pouvoir d'agir du résident.

La sortie dite « *en semi-autonomie* », compte une vingtaine de résidents, et se définit selon les professionnelles par « *la capacité du résident à se gérer seul mais ayant des difficultés physiques pour se déplacer sur de longues distances* » (Mme J, éducatrice spécialisée). Dans ce cas la sortie est qualifiée de semi-autonome car les résidents ont recours à un professionnel pour assurer le transport, là aussi, la capacité de décision du résident n'est pas annoncée.

La sortie dite « *accompagnée* », en référence aux témoignages des professionnelles, touche la majorité des résidents. Elle est proposée aux résidents manifestant « *des difficultés importantes à se déplacer, à s'orienter, ou bien dont la pathologie est trop envahissante et génère un comportement parfois inadapté, voire l'apparition de troubles psychiques comme une angoisse importante* ». (Mme A, éducatrice spécialisée). Ce troisième type de classement des sorties ne considère pas également la notion de capaciter à décider pour soi.

Dans l'organisation mise en place, chaque professionnel est référent d'un groupe de résidents. Les groupes de quatre à dix résidents sont construits à partir des capacités de ceux-ci à se déplacer et à se « gérer » seuls. La constitution des groupes est basée sur les observations des professionnelles : un comportement inadapté lors des sorties ou inadapté à l'intérieur de l'établissement d'hébergement, une pathologie trop envahissante, ou une fatigabilité du résident. Ainsi le résident n'est plus acteur de sa vie, il devient un maillon dans une organisation collective, il peut avoir des capacités : il est réduit à un état de dépendance organisationnelle.

Un autre point ressort des questionnaires, c'est celui de la fréquence des sorties. Selon l'équipe socio-éducative, la fréquence des sorties n'est pas à mettre en lien uniquement qu'avec la seule volonté du résident de ne pas sortir. Elle est également à mettre en rapport avec un problème de transport, d'autorisation médicale et de disponibilité de professionnels socio-éducatifs comme le souligne deux répondantes. *Mme L. monitrice-éducatrice* : « *Avant la Covid, je faisais deux sorties par mois avec les résidents, mais depuis je fais deux groupes et ils sortent une fois par mois, en dehors des autres activités* ». Ces faits sont confirmés par une autre professionnelle « *Ben oui, certains résidents sortent une fois par mois du foyer s'ils ne font pas de sport à l'extérieur* » (*Mme C. monitrice-éducatrice*).

Un élément caractérisant aussi le mode de sortie des résidents est celui de l'objectif de la sortie. L'équipe socio-éducative connaît les lieux de préférence de sorties choisis par les

résidents. Ils sont identiques aux lieux cités par les résidents, eux-mêmes. On constate qu'ils sont très souvent associés à des lieux de consommation. Voici les propos tenus par Mme J., éducatrice spécialisée : « *Quand on sort avec les résidents, c'est toujours pour aller boire un café au bar ou bien aller dans la zone commerciale, et souvent on va voir les soignants pour savoir s'il manque quelque chose au résident et on l'accompagne faire ses achats, c'est l'aide-soignant qui décide si le résident a besoin d'un vêtement ou des produits de toilette* ». Pour nuancer, une autre professionnelle dira : « *C'est vrai qu'on les incite à consommer mais depuis le Covid, ils sortent moins. Avant, c'était tous les quinze jours maintenant c'est une fois par mois donc ils dépensent moins* » (Mme A. monitrice éducatrice).

#### B) La liberté d'aller et venir pour une participation sociale effective

La liberté d'aller et venir est un des droits fondamentaux souvent remis en question dans les établissements médico-sociaux. L'EAM n'est pas exclu de la pratique de surprotection des résidents au titre du bien-être de ceux-ci. Le règlement intérieur des établissements médico-sociaux aborde souvent ce point de droit fondamental mais souvent il est traité de manière générale laissant la libre appréciation et interprétation de chacun.

La confrontation des résultats des deux questionnaires réalisés auprès de l'équipe montre leur prise de conscience de la portée du droit à la « liberté d'aller et venir ». Au fur et à mesure de nos échanges, plusieurs professionnelles verbalisent des propos identiques à ceux de Mme B. éducatrice spécialisée « *ici, le résident peut faire des choix mais on ne peut pas toujours y répondre et la liberté du résident n'est pas prise en considération dans l'accompagnement des résidents à cause de l'organisation mise en place* ». Au cours des discussions, les professionnelles apportent un éclairage à ce constat en le justifiant par des éléments géographiques et de transport. Elles citent « *l'éloignement de la ville, la voirie non adaptée et insécure, l'absence de transport en commun, l'insuffisance de véhicules appartenant à l'établissement* ».

Le nombre de professionnels socio-éducatifs pouvant expliquer la fréquence des sorties des résidents accompagnés, comme autre source impactant la liberté d'aller et venir est mentionné par une seule professionnelle. Voici son témoignage « *On n'est pas beaucoup de socio, ici, dix quand l'équipe est au complet pour soixante-quinze résidents et si y'a pas d'aide-soignant absent sinon les monitrices les remplacent. Alors là c'est pire on annule tout, les sorties, les activités et c'est souvent* ». (Mme I. monitrice éducatrice)

L'équipe socio-éducative connaît l'existence de la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées pour l'avoir abordée pendant leur formation. Pourtant, les répondantes me disent ne pas en connaître l'étendue. Ce point a donné lieu à de nombreux échanges

notamment sur leurs responsabilités, en qualité de professionnelles missionnées dans l'accompagnement des résidents et dans l'effectivité de la mise en œuvre des droits du résident. Dans ce cadre, parmi les thèmes abordés par les répondantes, sont cités le droit à la sexualité, le droit de vote, le droit de se déplacer, les droits des résidents, le droit de pouvoir décider pour soi, l'autonomie, la participation sociale et l'accessibilité. Dans le contenu des entretiens, nous retenons uniquement les informations éclairant mon objet d'étude : la question de l'accès à la ville et la participation sociale.

L'équipe verbalise ses craintes dans l'accompagnement du résident vers plus d'autonomie. L'évaluation des capacités des résidents à se rendre seuls en ville revêt une étape importante et incontournable lors de l'accueil et l'intégration d'un nouveau résident. Elle est considérée par l'équipe socio-éducative comme une phase de l'accompagnement même si le résident, dans son lieu de vie antérieur, était autonome dans tous ses déplacements. Cette évaluation porte sur plusieurs domaines : la connaissance du code de la route et sa mise en application, les capacités à se repérer, à communiquer, et à gérer son argent de vie.

### C) L'accompagnement par l'apprentissage

Dans cette partie, nous abordons la dimension de l'apprentissage comme vecteur de développement de l'autonomie. Une démarche réflexive s'amorce dans leur pratique professionnelle en orientant davantage l'apprentissage dans les accompagnements pour renforcer l'autonomie et en dissociant la capacité « à faire » de la capacité « à réaliser » l'activité. Les propos de Mme P (monitrice éducatrice) illustrent ce point : *« un résident peut être seul en ville, il en est capable mais il ne peut pas se rendre seul en ville car il ne peut pas s'y rendre à pied car il se fatigue vite. Il ne sait pas se reposer »*.

Ou encore, la situation évoquée par une professionnelle au sujet d'un résident présentant un diabète et ayant fait à plusieurs reprises des malaises à son retour de ville *« M. X est diabétique et quand il allait en ville, il ne respectait pas son alimentation thérapeutique. Alors le médecin a interdit les sorties seul. Cela fait plus de deux ans, depuis il a développé des tocs, on pourrait le réévaluer maintenant qu'on a changé de médecin »* (Mme N. monitrice éducatrice). On note dans ce témoignage le défaut d'actualisation et de réajustement des situations individuelles.

L'apprentissage comme gage d'autonomisation du résident pour une participation sociale effective nécessite un accompagnement individuel ou en petit groupe. La répétition de gestes associant le sens et la reproduction comme regarder à droite et à gauche avant de traverser une rue et comprendre le risque encouru à ne pas le respecter. L'apprentissage suppose l'incertitude du résultat, l'absence de maîtrise par le professionnel est génératrice de prise de risque par celui-ci. L'apprentissage peut prendre différentes formes selon les

modalités de fonctionnement de l'apprenant. Il s'agit d'une relation entre une personne considérée comme le « sachant » et un groupe d'individus ou une relation duelle selon la singularité de l'apprenant. Les propos de Mme AM illustre ce point : *« avec mon groupe, je passe du temps à leur apprendre. On répète, ils se trompent et on recommence. Parfois, ils oublient parce que l'activité n'est pas régulière par exemple certains ne sortent pas beaucoup donc ils peuvent ne plus savoir. Je fais beaucoup d'humour alors ça passe bien et mieux. »*

### **3.1.2 La participation sociale conditionnée**

Dans cette partie, les points pertinents et inattendus abordés par les professionnelles sont retenus. Les répondantes s'adonnent lors des échanges à des confidences tant sur leurs pratiques professionnelles que sur leurs conditions de travail. Deux éléments dont le retentissement sur la participation sociale du résident ressortent des questionnaires. Il s'agit de l'organisation des sorties « post Covid » et la notion de prise de risque et de responsabilité professionnelle engagée.

#### A) Une situation singulière : la crise sanitaire Covid 19

La crise sanitaire très singulière de la covid 19 traversée par le pays a précipité celui-ci dans un sentiment d'insécurité majeure pendant trois ans. Les décisions prises par les politiques publiques dans l'unique but de protéger la population et surtout les personnes les plus vulnérables a porté une atteinte importante aux libertés fondamentales de circuler librement. Cet empêchement touche non seulement la libre circulation au sein du pays mais pour les résidents, il a été aussi l'empêchement de circuler librement au sein du foyer pendant certaines périodes jugées très longues par ceux-ci. La situation de l'établissement concerné par ce travail de recherche n'est ni plus mauvaise ni meilleure que dans d'autres établissements d'accueil. Les résidents ont été confinés dans l'établissement comme le reste de la population et à d'autres moments confinés dans leur chambre. Mme L. (éducatrice spécialisée) témoigne de cette période : *« les résidents ont été confinés comme nous sauf que nous on sortait pour venir travailler et ensuite on a été déconfiné mais pas eux. Il a fallu attendre l'autorisation du médecin et du directeur. C'est eux qui décident et valident la possibilité de sortir »*. Elle ajoute : *« on leur a appris les gestes barrières avec une chanson, ils les font bien. »*

Les résidents apportent aussi leur point de vue sur cette période. M. F. (résident du foyer) parle de la dureté de ces moments : *« le confinement c'était dur parce qu'on ne sortait pas et on pouvait pas voir nos familles et elles ne pouvaient pas venir. Y a des résidents qui ont craqué. Les socios elles faisaient plein d'activités pour nous occuper, c'était bien mais ici on n'a pas assez de place dehors dans le jardin, on est beaucoup. A la télé on a vu le*

*président, il dit on peut sortir avec le masque mais nous on avait pas le droit. Après on a le droit de sortir mais c'est pas comme avant surtout pour ceux qui marchent pas bien ».*

L'organisation des sorties post COVID a eu un impact sur la fréquence des sorties qui diminuent pour les résidents les plus vulnérables à une sortie tous les mois au lieu de tous les quinze jours. Mme J. (monitrice éducatrice) parle d'amélioration de la qualité des accompagnements par la diminution du nombre de résidents dans les groupes de sortie. Elle exprime ce fait de la façon suivante : *« pendant le confinement, les résidents avaient interdiction de sortir, c'était pour les protéger mais ils l'ont eu quand même. Après il a fallu attendre l'autorisation du directeur et du médecin pour ressortir avec les résidents même si, nous, on était déconfinés. On a fait des plus petits groupes et c'est mieux parce que c'est presque individuel. Bon ils sortent moins mais ils ne se plaignent pas »* (Mme J. monitrice éducatrice).

Une autre professionnelle souligne que dans son groupe de résidents, certains d'entre eux parlent d'enfermement et ne supportent plus cette situation. Ils ont émis le souhait de quitter l'établissement.

#### B) La prise de risque comme frein à la participation sociale

L'ensemble des questionnaires montrent que la prise de risque est exclue dans les prises en charge des résidents. D'ailleurs, cela est illustré par Mme AM qui se remémore des moments compliqués à ce sujet et se confie : *« Je suis responsable d'un groupe de résidents, je ne travaille pas comme mes collègues ... j'ai appris pendant ma formation à rendre la personne la plus autonome possible alors, oui, je prends des risques, ..., mais ils sont mesurés et je suis présente. Je me suis déjà fait reprendre par le médecin avant (silence) qui me l'interdit. Je ne pouvais plus prendre d'initiatives. Mais, je continue, je dis au résident : « tu veux faire ça, tu es sûr ? Bon d'accord ». Et, si cela échoue, je reprends avec lui pourquoi cela n'a pas fonctionné. C'est comme avec un enfant quand tu lui apprends à marcher, au début, il tombe et se relève, et remarche et tombe encore et se relève et ainsi de suite et un jour il marche parfois cela prend beaucoup de temps ... »* (Mme A, éducatrice spécialisée). Cette professionnelle évoque son incompréhension des modalités dans les accompagnements individualisés. Elle utilise des termes très parlants comme *« infantilisation du résident et régression »*. Elle aborde aussi la perte de sens de son travail social.

D'autres professionnelles ont un autre positionnement et partagent un témoignage de résignation comme celui-ci : *« Ça fait longtemps que je travaille ici, avant on pouvait sortir comme on voulait avec les résidents et eux aussi, ils sortaient seuls ou un qui savait avec un qui ne savait pas. Le foyer était ouvert, euh, maintenant la porte est fermée donc ils doivent demander et attendre qu'on soit prêts à leur ouvrir et parfois on dit : « non attends »*

ou « *tu n'as pas le droit de sortir, il manque du monde* ». » (Mme P, éducatrice spécialisée). Certaines professionnelles ne souhaitent pas engager leur responsabilité et appliquent les règles de fonctionnement dictées par l'établissement. C'est le cas de Mme L. (monitrice éducatrice) « *Moi, je ne prends pas la responsabilité de les laisser sortir, je demande à l'infirmière même s'ils ont une autorisation donnée par le médecin* ».

La notion de prise de risque est abordée par les professionnelles comme un enjeu majeur impactant leur responsabilité personnelle. Lors des entretiens, elles ont évoqué leur responsabilité par rapport au résident. La crainte de voir arriver l'insupportable : l'accident sur la voie publique, la chute lors de la sortie ou la fugue d'un résident. Ces craintes génèrent chez elles une incertitude accompagnée d'angoisse les amenant à mettre en place des restrictions au-delà de la nécessité. Certaines craignent un retentissement sur leur carrière professionnelle.

### **3.2 Le reflet des questionnaires des professionnelles**

Cette partie permet d'apprécier le point de vue des professionnelles à partir des résultats d'un questionnaire. Les résultats se répartissent en trois thèmes : les informations concernant le résident lui-même et ses difficultés selon le regard du professionnel. La seconde partie permet d'apprécier la connaissance de l'accessibilité de la ville par les professionnelles. Enfin, la troisième partie répertorie leurs suggestions pour améliorer le quotidien des résidents en matière de sortie et de déplacement pour une participation sociales effective.

#### **3.2.1 Les obstacles aux déplacements en autonomie des résidents selon les professionnelles**

Tout d'abord, les premiers résultats portent sur les déplacements et sorties des résidents, et les difficultés rencontrées par ces derniers.

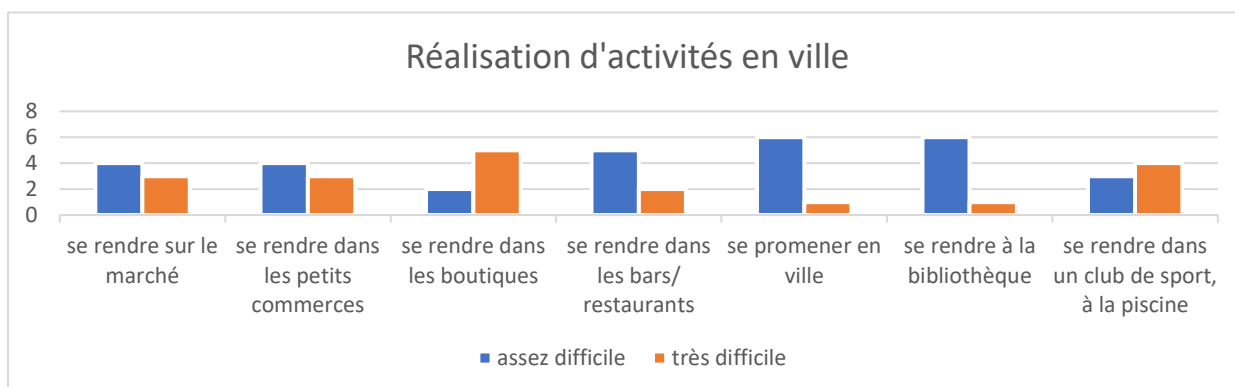
Toutes les répondantes pensent que les résidents de l'établissement rencontrent des difficultés pour se déplacer ou à sortir en ville. Elles les mettent en lien avec des problèmes de sous-effectif à 71,42% et des problèmes environnementaux d'accessibilité à 100%. Les réponses sont affinées par des précisions sur la typologie des freins environnementaux : 100% des professionnelles pensent que les freins sont en lien avec l'éloignement de la ville alors que 71,42% pensent qu'ils sont dus à des problèmes de transport et avec la même proportion à des problèmes d'aménagement de la voirie. Ces premiers résultats confortent deux de nos hypothèses de départ. Ainsi, l'association du manque de transport

et de la distance à parcourir viennent en défaveur d'une participation sociale facilitée. Ce constat est majoré par une voirie non aménagée.

Les problèmes environnementaux ne peuvent à eux seuls être un frein aux déplacements des résidents. Les résultats des questionnaires ont permis d'identifier des facteurs personnels aux résidents. Les singularités liées à la personne elle-même sont précisées dans les réponses suggérées dans les enquêtes et validées par les personnes enquêtées. Ces éléments s'illustrent par des limitations des capacités physiques et cognitives des résidents ou des problèmes en lien avec l'apprentissage comme la lecture, le repérage dans l'espace. Ces affirmations sont démontrées par les réponses des professionnelles de la manière suivante :

- 100 % identifient une fatigabilité chez le résident
- 85,71 soulignent un comportement inadapté du résident
- 71,42 % associent la difficulté à se déplacer à l'illettrisme du résident
- 57,14% notent une incapacité du résident à se repérer

Concernant l'évaluation des capacités à se déplacer pour se rendre dans des destinations précises, les réponses des personnes enquêtées se situent dans les critères « assez difficile ou très difficile ». Les critères « facile » et « assez facile » n'ont pas été retenus car les résultats sont faibles. Le tableau graphique ci-dessous souligne l'importance des difficultés pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne. En abscisse nous devons lire le nombre de personne de l'équipe socio-éducative ayant émis la réponse considérée.



Précédemment, dans la partie concernant les freins à la participation sociale, nous avons évoqué la notion de fréquence des sorties comme éléments d'appréciation de l'effectivité de la participation sociale. Sur ce point, les répondantes se sont exprimées de la façon suivante :

- 100 % répondent que les caractéristiques personnelles des résidents limitent la fréquence des sorties.
- 100% associent la fréquence des sorties au manque de transport en commun.
- 85,71 % pensent que le manque de véhicules mis à disposition est aussi un élément jouant sur la fréquence des sorties
- 71,42 % répondent que la limitation des sorties est motivée par des indications médicales,

Il paraît intéressant de souligner qu'aucune répondante n'a associé la fréquence de la sortie du résident à un choix personnel de ce dernier.

### **3.2.2 L'accès de la ville sous le regard du professionnel**

Dans cette partie, les informations recueillies ciblent la connaissance de l'accessibilité de la ville par les professionnelles. Les professionnelles ont une bonne connaissance des lieux de sorties des résidents puisqu'elles les accompagnent quotidiennement. Elles définissent la question de l'accessibilité comme la possibilité de se déplacer en véhicule ou bien à pied. Elles pratiquent les déplacements pédestres ou motorisés lors des sorties avec les résidents. Elles peuvent donc apprécier l'accessibilité de la ville pour les résidents de manière objective.

Sur la satisfaction de l'accessibilité des bâtiments recevant du public, des commerces de proximité, des transports, 42,85 % des personnes enquêtées ont caractérisé « plutôt satisfaisante » l'accessibilité de la ville contre 71,42% qui pensent que cela n'est pas satisfaisant. Pour justifier leur réponse sur la gêne occasionnée sur la voirie, les répondants ont émis des exemples d'obstacles concrets. Nous allons citer les principaux : « *absence de bateaux pour descendre du trottoir au niveau des passages pour piétons, présence de poteaux supports des lignes électriques ou téléphoniques sur les trottoirs, trottoirs étroits, escaliers ou marches* ». On retrouve également des informations sur des retours de promenade en ville « *compliqués à cause des rues très pentues, le manque de bancs pour se reposer sur le chemin, le trajet non sécurisé par endroit, le chemin non ombragé pour se rendre en ville* » (éléments extraits des questionnaires).

En ce qui concerne les déplacements motorisés à l'intérieur de la ville, les réponses des professionnelles montrent qu'il est tout aussi difficile de stationner en ville que de se



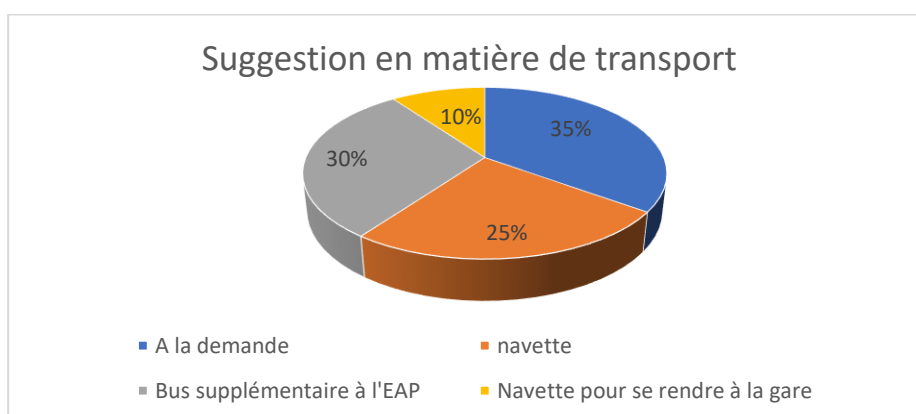
déplacer à pied ou de s'orienter. Ainsi, lors des sorties qu'elles soient à pied ou en bus, les professionnelles voient dans la chaîne de déplacement des complications liées aux défauts d'aménagement de la voirie et au manque de signalétique. Ce point n'encourage pas et est un facteur de démotivation des professionnelles pour la mise en œuvre de certaines sorties. D'ailleurs, certaines activités souhaitées par les résidents ne sont pas réalisables par défaut de transport. Les résidents citent par exemple l'inscription dans un club sportif au-delà de dix kilomètres. Pratiquer le tennis ou le tir à l'arc, aller en discothèque ou bien de se rendre à la gare seul est impossible.

Pourtant, la ville a mis en place avec la communauté de communes un service de transport spécialisé pour faciliter les déplacements. Il est destiné notamment aux personnes à mobilité réduite ou aux personnes en situation de handicap. Les professionnelles en ont eu connaissance récemment et ne disposent pas suffisamment de recul pour évaluer son efficacité. Il s'agit d'un transport à la demande. Les professionnelles précisent que les dossiers déposés sont en cours d'instruction. Cependant ce service ne permet pas aux résidents d'effectuer une activité au-delà des dix kilomètres car ce type de transport est limité dans le nombre de prestation individuelle qu'il propose.

### 3.2.3 Les suggestions des professionnelles

Parmi les suggestions relatives à l'amélioration du respect des droits fondamentaux des résidents accueillis pour une participation sociale effective, les réponses sont classées par thèmes : le transport, l'aménagement de la voirie et les actions éducatives visant l'amélioration de l'autonomie du résident.

Les professionnelles pensent le transport comme facilitateur pour accompagner le résident dans l'exercice de ses droits de participation sociale.

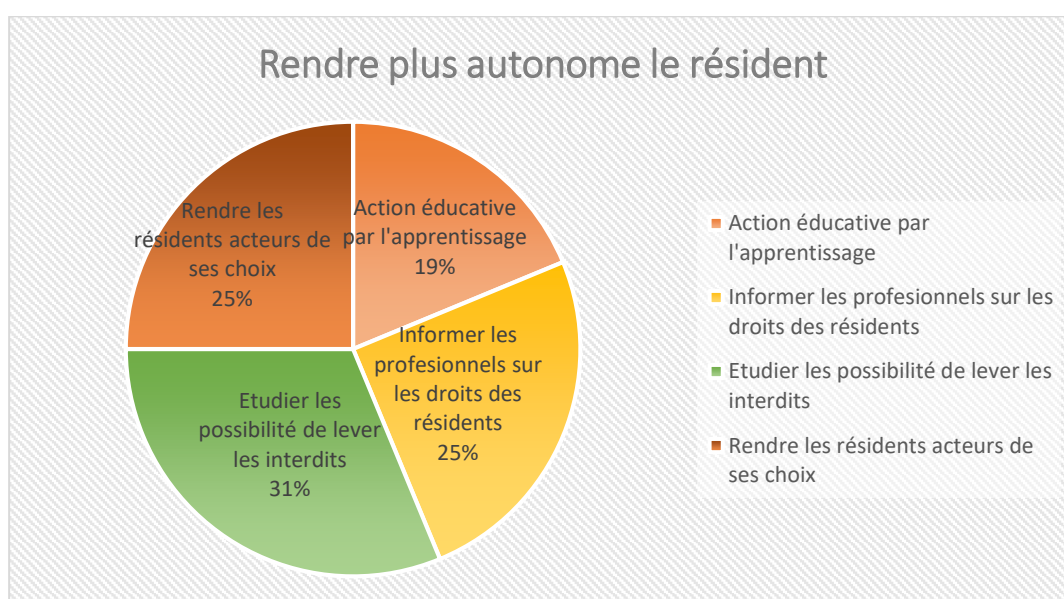


Dans le graphique ci-dessus, les propositions sont orientées vers des moyens de transport individuel ou collectif. Les suggestions reposent sur trois éléments : les transports à la demande, l'acquisition de bus supplémentaire mis à disposition des équipes socio-

éducatives et un système de navette mis à disposition par la ville permettant de se rendre dans différents points de la ville et cela plusieurs fois dans la journée.

Le tableau ci-dessous illustre les réponses en matière de suggestions pour accompagner le résident vers plus autonome. On peut remarquer que les répondantes s'accordent pour la réévaluation des situations afin de lever les interdictions. Avec un résultat identique, elles souhaitent travailler sur des actions éducatives et rendre le résident acteur de ses choix.

Il est à noter également que 25% d'entre elles demandent à être reformées sur les droits des résidents.



Concernant le pouvoir de décider seul de ses déplacements, seulement deux professionnelles ont répondu et apporté des éléments de précisions sur les axes d'amélioration possibles sur la capacité d'agir du résident. Elles suggèrent de « *donner le choix de différents modes de déplacement en proposant une alternative à la voiture ou bien de mutualiser les moyens de transport avec d'autres établissements* ». Enfin, elles proposent « *de programmer des transports à la demande via la plateforme de la CDC.* »

### 3.3 Les résidents s'expriment

Le questionnaire a été distribué à soixante-quinze résidents et soixante-cinq sont revenus complétés. Le résultat, compilé aux éléments recueillis lors des focus group, montre leur insatisfaction, leur velléité pour sortir plus souvent soit seuls ou accompagnés. Ils ont une

attente forte des conclusions de ce travail de recherche et des axes qui pourraient être validés pour faciliter et améliorer leur quotidien.

### **3.3.1 Le profil des résidents**

Les premières informations renseignent sur le profil des résidents. Plus de la moitié sont des hommes. Il faut remarquer la répartition par âge, hommes et femmes confondus : une forte proportion d'entre eux (59%) est âgés de 31 à 40 ans, 18 % entre 41 et 50 ans et 19% dans la fourchette des 51 à 60 ans.

### **3.3.2 Les obstacles dénoncés par les résidents**

Au cours du focus group, les résidents s'expriment de manière spontanée et libre. Ils posent beaucoup de questions et mettent en mots leurs difficultés tout en apportant des suggestions parfois.

Ils s'entraident pour exprimer leurs empêchements à se déplacer, à s'orienter, et à décider par eux-mêmes. En voici quelques exemples : « *Il n'y a pas de passage piétons au niveau du rond-point. Il manque des trottoirs et on marche dans l'herbe quand il pleut nos pieds sont mouillés* » (M. JC, résident de l'établissement). Un autre résident ajoute : « *C'est dangereux ici, avant là où j'étais je sortais seul, je voudrais sortir plus souvent* » (M. F, résident de l'établissement).

Les résidents évoquent la pair-aidance comme facilitateur pour les sorties : « *Moi je veux sortir avec M. X, lui il sort tout seul, moi je peux pas car je sais pas revenir mais lui il sait* ». (M. Z résident de l'établissement)

Les résidents font des suggestions pour améliorer l'environnement et le rendre acceptable à leurs yeux : « *Y'a pas de bancs pour se reposer donc je vais au magasin N... et c'est tout* » (M. C résident de l'établissement) ou alors Mme A qui souhaite un moyen de locomotion « *J'aimerais bien un car pour m'amener en ville, ou à la gare* ». L'ensemble de ces témoignages montrent également la force de proposition des résidents à savoir ce qui est bien pour eux.

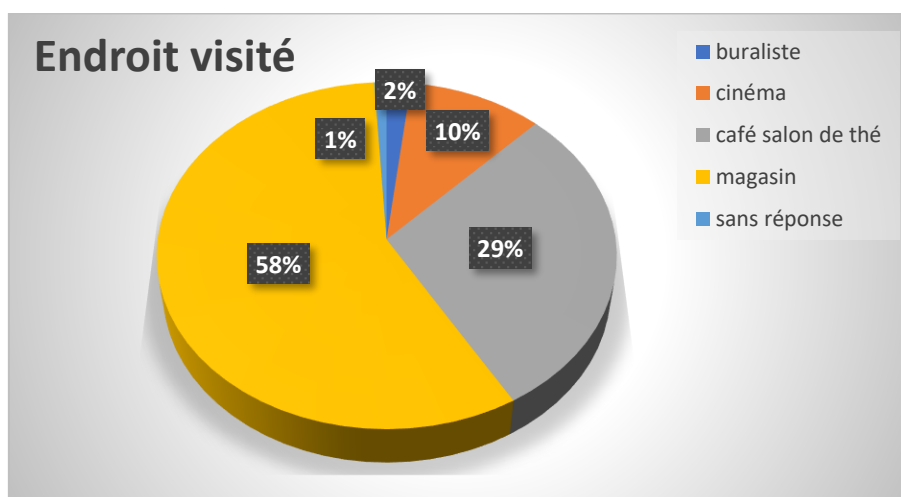
Les résidents sont fortement intéressés par les échanges et témoignent, pour certains, de leur vécu lors de leur arrivée dans l'établissement. L'un d'entre eux exprime l'écart de participation sociale entre son ancien établissement et l'actuel. « *Avant j'avais tout, je pouvais aller partout et aujourd'hui je n'ai plus rien, je dois attendre les socios pour sortir* ». (Mme T. résidente du l'établissement). Elle fait allusion à son ancien établissement implanté en centre-ville qui lui offrait la possibilité de pouvoir se rendre en ville seul au moment de son choix malgré ses caractéristiques personnelles. Un autre résident, ne sachant pas lire l'heure, témoigne de sa vie en appartement thérapeutique et de l'absence de contrainte pour les heures de sortie. Dans ces deux situations, les caractéristiques physiques de ces personnes peuvent être un frein mais cela est vécu de manière différente lorsque

l'environnement est adapté. Aujourd'hui, dans cet espace de vie, ces deux résidents sont dépendants d'un environnement non adapté.

### 3.3.3 Résidents et acteurs de consommation malgré eux

Dans ce paragraphe, nous voulons montrer l'impact du défaut d'accès à la ville en autonomie sur la priorisation des lieux de sorties. Nous abordons, ici, les lieux de visite que les résidents préfèrent. La réponse à cette question est identique à celle des professionnelles, les espaces choisis sont essentiellement des lieux de consommation. Certain résident nous avoue prétexter des besoins d'achats pour pouvoir sortir plus car sinon il ne serait pas prioritaire. L'exemple de M. W. (résident de l'EAM) verbalise cela : « moi, je dis toujours j'ai besoin de cigarettes ou de m'acheter un truc comme ça je sors plus ».

Le tableau ci-après rends compte des endroits les plus visités par les résidents.



La question des espaces culturels et de promenade comme les parcs et la bibliothèque est abordée. Les quelques résidents qui sortent comme bon leur semble répondent qu'ils vont se promener également. D'autres, à l'inverse, affirment qu'ils aimeraient aller dans ces lieux mais ne peuvent pas parce qu'ils n'ont le droit de sortir qu'une à deux fois par mois. Enfin, certains ne savent pas situer la bibliothèque dans la ville ni les jardins publics. La réduction de la fréquence des sorties est également confirmée dans les résultats des questionnaires, 69% des résidents sortent moins de trois fois par mois. Ils ont identifié les freins à leur accès à la ville parmi une liste d'éléments proposés. Parmi les facteurs les plus cités, les résidents ont évoqué en premier lieu « leurs difficultés à se déplacer, puis la fatigabilité et l'absence d'endroits pour se reposer sur le trajet, ensuite une pathologie non équilibrée telle que le

*diabète et enfin nous retiendrons les problèmes liés aux capacités à se repérer dans un environnement nouveau ». (Résultats issus des questionnaires).*

### **3.4 La preuve objectivée par les photoreportages**

Dans cette partie, nous démontrons par les photographies les différents freins limitant les déplacements des résidents ; Nous parlerons dans un premier temps de déplacement, puis d'obstacles physiques et d'obstacles de situation anxiogène.

#### **3.4.1 Le temps du déplacement**

La notion de temps revêt un élément important car il peut conditionner le déplacement du résident. Selon la distance à parcourir, les obstacles sur la chaîne de déplacement et les caractéristiques personnelles des résidents le temps pour réaliser le trajet va être plus ou moins long. Le magasin alimentaire se situe à une distance de huit cents mètres de l'établissement. Pour s'y rendre, la route présente un dénivelé très important. Le café du centre-ville est à plus de deux kilomètres et la médiathèque à plus de trois kilomètres.

Le groupe n°1 s'arrête en centre-ville et ne va pas jusqu'à la médiathèque car des travaux bloquent l'accès direct et le détour est trop long pour un déplacement à pied selon les résidents présents. Pour se rendre en ville, le groupe n°1 a réalisé le trajet aller en vingt minutes. Donc le groupe n°1 a parcouru environ deux kilomètres en vingt minutes sans faire de pause et en prenant le temps d'échanger tout au long du chemin.

Le groupe n°2 se déplace jusqu'au magasin alimentaire soit à huit cents mètres de l'établissement. Le temps pour parcourir cette distance est de quarante minutes et à nécessité des temps de pause. L'absence de zone de repos est un réel problème pour les résidents de ce groupe.

#### **3.4.2 Les obstacles physiques**

Le reportage débute par la photo de l'entrée de l'EAM. Le portail de l'EAM est ouvert dans la journée et fermé la nuit. Dès la sortie de l'EAM, un résident montre le rail du portail. Ce rail au sol est surélevé et engendre un risque de chute pour certains résidents, et notamment pour un des résidents du groupe qui aura besoin d'une aide humaine pour le franchir.



Exemple d'obstacle à la sortie de l'établissement : rail de portail surélevé

Les résidents font remarquer l'absence de trottoir sur un tronçon du cheminement. Sur cette partie, ils doivent se déplacer soit sur la route, soit sur le bas-côté en étant vigilants à ne pas tomber dans le fossé.



L'absence de trottoir sur une partie du parcours

Les résidents apportent des précisions sur les obstacles rencontrés : « parfois, *l'herbe est haute et je ne peux pas marcher sur le bas-côté alors je vais sur la route ou alors c'est mouillé et je peux glisser* ». (M. JC. résident de l'EAM).

Huit cents mètres séparent l'EAM du premier magasin alimentaire. Tout au long du chemin les résidents identifient les points d'empêchement aux déplacements en autonomie qui les concernent ou bien ceux concernant d'autres résidents.





Exemple d'obstacle à l'accès aux trottoirs : absence de bateau facilitant l'accès au trottoir, plaque métallique sur le trottoir

Lorsque le trottoir est présent, d'autres difficultés sont identifiées, par exemple, un revêtement instable, des plaques métalliques pouvant engendrer des glissades ou alors l'absence de bateau pour descendre sur la route.



Exemple d'absence de bateau facilitant l'accès au passage piétons et absence de passage pour piétons

Après avoir parcouru le début de notre périple et constaté l'absence de trottoir sur plusieurs mètres, nous avons trouvé un trottoir très étroit d'environ un mètre de largeur sur lequel il est difficile pour deux personnes de marcher côte à côte. Nous devons traverser une route sans passage pour piétons.

Puis, nous poursuivons sur un trottoir très endommagé et peu praticable si l'on ne maîtrise pas parfaitement la marche et l'équilibre. Par moment, il faut choisir et regarder les obstacles sur le sol mais alors on ne voit plus les obstacles situés en hauteur.



Exemple de trottoir cumulant plusieurs difficultés : largeur étroite, revêtement instable, et plaque métallique glissante

Malgré l'absence de difficultés dans leur déplacement, les résidents du groupe n°1 font remarquer que le centre-ville est loin et qu'il n'y a pas de bancs pour se reposer ni de transport en commun. A défaut, ils vont se reposer sur le banc de la station de lavage qui se trouve à environ un kilomètre de l'EAM ou bien sur des barrières à proximité de la route. Les résidents sont fiers de montrer ce qu'ils connaissent de la ville. Ils portent un jugement sans filtre sur les choses et le monde qui les entourent.



Exemple du manque d'aménagement d'espaces de repos sur le cheminement

Ils savent parfaitement identifier les points d'écueil et de danger. Ils montrent les trottoirs inaccessibles en pleine ville, les bouches d'égout surélevées, les containers des poubelles sur le milieu des trottoirs, le véhicule de la ville stationné sur le trottoir obligeant à marcher sur la route et bloquant la visibilité, les poteaux électriques situés au milieu du trottoir.



Exemple d'obstacle sur le trottoir et sur une place



L'ensemble de ces constats est un frein à l'autonomie dans les déplacements d'une personne en fauteuil roulant, en déambulateur, ayant besoin d'une canne, ayant un équilibre précaire ou une fatigabilité ne lui permettant pas de marcher plus d'un kilomètre.

### 3.4.3 Les obstacles de situation anxigène

Certains obstacles que l'on va appeler « obstacle de situation anxigène » sont de nature à favoriser les états d'anxiété chez certains résidents. Cet état est difficilement contrôlable par celui-ci. Sur le parcours emprunté, les résidents situent très bien les lieux anxigènes ou les situations génératrices d'angoisse. Il s'agit du ressenti d'un ou de plusieurs résidents à un moment précis du trajet. Tout d'abord, on trouve cette route très passagère, la limitation ne semble pas respectée. Certains résidents présents verbalisent le fait de ressentir la vitesse à chaque passage de voiture. Un peu plus loin sur notre chemin, la présence d'un chien dans une maison sans enclos provoque une angoisse importante chez un des résidents du groupe n°1. Nous le rassurons et constatons comme lui l'absence de ce chien au moment de notre passage. Dans les deux groupes, plusieurs résidents évoquent leur difficulté pour marcher sur les trottoirs étroits à proximité des voitures du fait de l'absence de barrières de sécurité. Ci-après la photographie prise lors du parcours commenté illustre cette situation.



Exemple de la proximité des véhicules par rapport au trottoir

Certaines situations peuvent vite devenir anxigènes pour les résidents et induisent un comportement inadapté en réponse à cette angoisse non contrôlable. Ces situations sont plurielles, on peut lister entre autres la survenue d'un changement de météo, la proximité des voitures, des travaux nécessitant un changement de trottoir. Sur le cheminement aucun espace de repos n'est aménagé pour permettre non seulement de se reposer mais aussi de se recentrer lorsque le sentiment d'angoisse est important.

Ce photoreportage illustre les différents obstacles repérés sur le cheminement. Il reflète un handicap de situation en lien avec un environnement hostile illustré dès la sortie de l'enceinte de l'établissement par : une route dangereuse, la vitesse limitée non respectée, les nombreux passages de véhicule (voiture, moto camion, tracteur), le seul passage

piétons du rond-point trop près de ce dernier et obligeant l'usager à pied à se diriger vers une seule route, un rond-point desservant quatre routes et offrant une visibilité très réduite, l'absence de ralentisseurs aux abords du foyer permettant de limiter la vitesse des véhicules, l'absence de zones de repos pour les « marchants », pas d'éclairage le soir obligeant, en hiver, le retour des résidents à 17h, et l'absence d'une zone piétonnière sur une cinquantaine de mètres. Ce constat est similaire pour les autres établissements médico-sociaux malgré leur éloignement de la ville ou du centre-ville plus réduit.

Les résidents sont interrogés sur leur souhait d'amélioration et leurs propositions pour avoir accès à la ville et participer à la vie de cette ville. Leurs réponses lors du photoreportage sont identiques à celles des questionnaires et des focus group. Les résidents souhaitent : *« des trottoirs plus larges et plats, des passages pour piétons pour traverser certaines rues, des bancs pour se reposer et une navette pour se rendre plus facilement en ville lorsqu'il pleut »* (extrait des échanges lors du parcours commenté).

Ce photoreportage met en exergue les points d'achoppement du parcours pour se rendre en ville. Il souligne par l'image le défaut d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, les personnes en situation de handicap, tout comme il n'est pas aménagé pour les personnes ayant une poussette mais aussi pour les enfants.

### **3.5 Les élus locaux s'engagent dans le vivre ensemble**

Le maire de la ville reçoit une délégation composée de six résidents accompagnés de deux professionnelles. L'une des professionnelles a la charge de saisir informatiquement le contenu des échanges et l'autre de suppléer les résidents si nécessaire. Le maire nous reçoit dans la salle du conseil d'administration, ce qui renforce le côté solennel de cette audience. Les résidents ne sont pas impressionnés mais apprécient cette attention. Le point commun de ces six résidents se situent dans leur implication dans le journal de l'établissement et leur implication dans l'atelier radiophonique avec une radio locale. Actuellement, les résidents font un reportage sur le handicap. Ils témoignent par écrit de leur vécu, du handicap visible et invisible et vont interviewer des personnes en dehors du foyer. Le recueil de la représentation du handicap par le maire de la ville est important pour eux.

Le maire est très sensibilisé par la question du handicap du fait de son métier, professeur de mathématique, et de son implication pour ouvrir les portes du collège aux jeunes en situation de handicap pour un collège plus inclusif. De plus, dans la ville les personnes en situation de handicap ou handicapées sont fortement représentées. Au sein de la ville, on trouve un foyer occupationnel de trente-sept résidents, un établissement et service d'aide

par le travail (ESAT) de soixante-quinze travailleurs, une MAS de quarante-huit résidents, une EEAP de vingt-six enfants à cela s'ajoute un EHPAD de quatre-vingt-huit résidents, une résidence pour personnes âgées (RPA) de soixante-sept résidents ce qui représente 416 personnes pour une population totale de 4437 selon la source de l'INSEE de 2018. Si l'on considère la population par tranche d'âge 12% avait 75 ans et plus en 2018.<sup>35</sup>

Le maire est conscient qu'il reste encore à construire pour rendre la ville accessible à tous. Il est très attentif aux discours des résidents. Il explique la complexité de la gestion de la voirie relevant de la responsabilité de plusieurs administrations. Il prend l'exemple de la portion de route qui s'étale du rond-point pour aller jusqu'à l'EAM dont la gestion appartient à la communauté de communes. Puis, il présente le projet de mise en accessibilité du bas de la ville avec le haut de la ville par l'installation d'un ascenseur desservant plusieurs paliers de la ville et l'aménagement de certains quartiers avec des zones de rencontre favorisant le lien social. Il expose le projet abouti d'un accès élargi de déplacement en train puisqu'il a obtenu que le train s'arrête dix-sept fois dans la journée permettant de relier la ville aux deux grandes métropoles les plus proches.

Puis vient le temps de la rencontre avec l'adjointe du maire en charge des questions sur l'égalité et la participation citoyenne. Elle nous présente les réunions thématiques qu'elle organise pour recueillir les besoins et les demandes de la population. Il s'agit de réunions ouvertes au public. Elle souhaite recueillir les besoins des résidents et se propose d'organiser avec ses collaborateurs de la voirie un nouveau parcours commenté en présence des résidents.

Le directeur général adjoint de la communauté de communes nous renseigne sur la mise en place du transport à la demande. Ce dispositif en place depuis 2019, est porté à la connaissance de l'équipe en mai 2022. Ce transport est limité à une demande par semaine et dans une zone limitée à la zone de la CDC. Il est financé en partie par le Conseil Régional et la CDC, une petite partie reste à la charge du bénéficiaire du transport. La mise en place des transports à la demande par la CDC est une réponse partielle aux problématiques d'accès à la ville.

---

<sup>35</sup> Sources : INSEE, RP 2019 (géographie au 01/01/ 2021) [Dossier complet – Commune de la Réole \(33352\) | Insee](#)

## **4 Partie n°4 - Discussion : Analyse des résultats**

La collecte des données issues de la recherche montre des raisons multifactorielles à la restriction de la participation des résidents de l'EAM. Dans la situation étudiée, on déplore à la fois des facteurs environnementaux et des facteurs personnels. Dans le MDH-PPH tel que défini dans le Modèle du développement humain (Fougeyrollas, 2010) *la réduction ou l'impossibilité de réaliser pleinement ses habitudes de vie est une restriction de la participation sociale donc une situation de handicap*. Le cumul de ces obstacles peut générer pour certains résidents des situations que nous qualifions de sur-handicap.

A partir des résultats de l'enquête de recherche, cette partie présente les trois axes regroupant les principaux freins identifiés et les pistes de réflexion. Parmi les facteurs environnementaux, nous dissociérons, dans un premier temps les facteurs extrinsèque à l'établissement de ceux intrinsèques à celui-ci. Puis, seront abordés les besoins individuels des résidents en fonction de leurs caractéristiques personnelles.

### **4.1 Les caractéristiques environnementales extrinsèques à l'EAM**

Dans cette partie, nous présentons les freins et leviers envisageables dans l'environnement extrinsèque de l'EAM : la topographie des lieux, sa géographie et l'engagement des élus.

#### **4.1.1 La topographie de la ville**

La ville présente une topographie très accidentée. Il s'agit d'une cité millénaire labellisée ville d'art et d'histoire depuis 2014. Elle est la plus petite ville de France reconnue pour son patrimoine historique. A l'origine de cette ville, comme dans toutes les villes, la question de l'accessibilité n'était pas abordée. Elle s'est construite par aménagements successifs et certains bâtiments construits au fil des siècles sont aujourd'hui protégés par les « bâtiments de France ». Les contraintes pour rendre la ville accessible sont nombreuses. Permettre aux résidents d'avoir accès à la ville de façon autonome relève d'un vrai défi. Les obstacles environnementaux sont un frein à l'action citoyenne d'aller en ville et d'user des commerces ou services offerts par la ville ou bien simplement de se promener. Si l'on considère le simple fait d'aller en ville, les résidents se trouvent en restriction de participation pour jouir de cette activité.

Aujourd'hui, pour vivre ensemble, la mobilisation des différents acteurs : constructeurs, ingénieurs, concepteurs et autres professionnels ou usagers intervenants dans l'imagination du monde de demain est essentielle pour la construction et l'adaptation des villes. On retrouve un peu partout en France des initiatives cherchant à améliorer la qualité

de la participation sociale des personnes handicapées : par exemple le projet CAU-mobility, il s'agit d'une innovation à destination de tous les publics. La société Inclusiv'Events par le FabLab You Factory a créé un cheminement amovible et pérenne. Elle a rendu accessible entre autres des zones de travaux, et des sites touristiques accidentés.

Des moyens technologiques innovateurs peuvent contribuer à l'amélioration de la chaîne de déplacement pour permettre d'accéder à certains espaces. On ne pourra pas refaire la topographie de la ville mais en apportant un peu de génie, l'accès en sera facilité. Dans la ville qui nous intéresse, un projet de mise en accessibilité de la gare vers le centre-ville est initié. L'installation d'un ascenseur, reliant le bas de la ville avec le haut, est une solution qui répond aux besoins non seulement de la personne en situation de handicap mais aussi des personnes âgées ou de la maman avec sa poussette. Ce projet correspond et répond à un besoin de la population.

#### **4.1.2 Situation géographique de l'EAM**

Comme nous l'avons vu précédemment, la chaîne de déplacement se définit simplement par la possibilité pour une personne de se rendre d'un point A vers un point B sans rupture dans le déplacement, donc, sans obstacle que cela soit dans la mobilité ou dans l'orientation.

L'équipe socio-éducative souligne l'éloignement de l'établissement par rapport à la ville comme une donnée importante. Effectivement, le centre-ville se trouve à environ deux kilomètres, sans transport en commun ou transport adapté mis en place par la commune. Les déplacements des résidents se font à pied ou avec un des bus de l'établissement. On constate tout d'abord un aménagement de la voirie défaillant. Les points de ruptures dans la chaîne de déplacement sont nombreux et rendent les parcours difficiles et insécures. De plus, la signalétique permettant de s'orienter est inadaptée pour le piéton en situation de handicap ou non.

Par ailleurs, l'équipe socio-éducative explique pourquoi se rendre en ville à pied est dangereux. Elle parle de la dangerosité de la route adjacente au foyer et illustre son propos en insistant sur la vitesse rarement respectée par les véhicules circulant aux abords de l'établissement. Elle cite également les problèmes d'aménagements de voirie soit parce qu'ils sont absents soit parce qu'ils sont inadaptés. Ces éléments ont un retentissement sur les facilités à se déplacer. Ensuite, s'ajoute un chemin accidentogène à parcourir pour se rendre sur le lieu choisi. La politique publique conduite par les élus locaux jouent un rôle important dans la dynamique de mise en accessibilité de la ville. Aujourd'hui, Il existe diverses lois non appliquées ou seulement en partie avec des dérogations dédouanant de cette situation. Les photoreportages réalisés avec deux groupes de résidents confirment et

mettent en image les obstacles environnementaux non aménagés ou non adaptés rendant complexes les déplacements pour une population cible.

Lors des entretiens, les professionnelles confirment que cette problématique est régulièrement discutée lors des réunions du Conseil de la vie sociale. Les difficultés liées à la dangerosité de la route, et à l'absence des transports n'ont pas reçu de réponse des personnes dépositaires des validations de projet et de la politique institutionnelle. De plus, les absences répétées du maire de la ville et de la direction de l'établissement à ces réunions se font remarquer. Aujourd'hui, ces points de cristallisation refont surface par le biais de ce travail de recherche.

On peut en déduire que les résidents sont limités dans leur participation sociale pour réaliser l'activité de se déplacer dans la ville en raison de facteurs environnementaux. Depuis nos différentes rencontres, un collectif résidents – professionnels s'est constitué et a permis de mobiliser les élus locaux. Des solutions pertinentes comme l'installation de bancs sur le parcours emprunté, l'entretien et l'aménagement des trottoirs sont proposés par le maire de la ville représentant la collectivité locale.

Mais cela ne résoudra pas tous les points de difficultés. Une professionnelle évoque la nécessité de mise en place d'un transport en commun accessible pour tous. L'établissement va bientôt fêter ses dix ans d'existence, la solution ne peut se solder par la reconstruction d'un établissement plus proche de la ville. La recherche faite auprès des résidents, des professionnels et des élus locaux a mobilisé chacun vers une réflexion collective : « comment faire pour vivre tous ensemble sans vouloir gommer les caractéristiques de chacun d'entre nous ? » L'absence de transport mis à disposition des résidents est un frein à la participation sociale. Il en résulte qu'ils sont tributaires de la disponibilité non seulement de l'équipe socio-éducative et mais également celle d'un véhicule appartenant à l'établissement.

La question des transports se pose. La mise en place des transports à la demande par la CDC est une réponse, même si comme nous l'avons vu auparavant, elle n'est pas optimale car ce transport est limité à une demande par semaine et dans une zone limitée à la zone de la CDC. Ce dispositif, en place depuis plus de trois ans, est financé en partie par le Conseil Régional et la CDC, mais une partie reste à la charge du bénéficiaire du transport. Celle-ci qualifiée de « dérisoire » par l'équipe du foyer a pourtant un impact notable sur l'argent de vie des résidents. Les résidents perçoivent l'allocation adulte handicapé (AAH). Elle est une compensation du handicap et ne peut pas être considérée comme un salaire. Avec cette allocation, les résidents doivent payer une indemnité journalière, leur complémentaire d'assurance maladie, leur assurance de responsabilité civile, leur vestiaire, leurs déplacements et leurs loisirs s'il reste quelques euros.

L'avantage du transport à la demande, outre son coût réduit, est qu'il s'agit d'un transport dit « de porte à porte » puisqu'il vient chercher la personne à son domicile et le ramène à celui-ci. La mobilisation de l'équipe socio-éducative aura permis d'informer l'ensemble de l'équipe de l'EAM du dispositif. La méconnaissance de ce dispositif par plus d'un professionnel sur deux dénote un fonctionnement autocentré. Ce travail de recherche a occasionné la constitution d'une vingtaine de dossiers de demande pour ce dispositif. Ces demandes ont toutes été recevables par la commission.

Un autre point à considérer est le nombre de véhicules appartenant à l'établissement et mis à disposition de l'équipe. Ce dernier dispose de trois véhicules : deux minibus de neuf places et une voiture familiale de sept places. Si l'on considère les possibilités en nombre de places, seulement vingt-deux résidents peuvent sortir en même temps sur soixante-quinze. Le nombre de bus est sous dimensionné par rapport au nombre de résidents.

Enfin, un autre débat porte sur le nombre de professionnels socio-éducatifs. Comme vu précédemment, il paraît très insuffisant eu égard au nombre de résidents accueillis et à la nécessité de la présence de ces professionnels le week-end. L'équipe socio-éducative se trouve devant un dilemme de choix professionnel soit opter pour un accompagnement collectif au détriment d'un accompagnement individuel soit inversement choisir un accompagnement individuel et laisser un grand nombre de résidents chaque jour sans accompagnement.

#### **4.1.3 L'engagement des élus locaux**

Les élus locaux remplissent un rôle important dans la mise en application des lois en matière d'accessibilité. La consultation des personnes impliquées dans l'usage de la ville et l'usage piéton de l'environnement urbain est nécessaire pour adapter le cadre de vie à tous.

Dans l'exemple fourni par Marina CARLOS (2020), dans son livre, « Je vais m'arranger » elle met en opposition le manque d'accessibilité de la ville de Paris, notamment dans le cadre des transports en commun et les recommandations sur l'accélération « *des travaux sur l'accessibilité ... pour les jeux Olympiques et paralympiques de Paris en 2024, comme si le fait que la ville ne soit pas adaptée aux parisiens en situation de handicap n'était pas un argument assez convaincant pour les entreprendre* »<sup>36</sup>. Une telle manifestation avec une envergure internationale n'entre pas dans l'actualité de la petite ville qui nous intéresse pour ce travail de recherche. Mais, en accord avec ce point de vue, on peut considérer que l'évaluation de l'environnement ne peut être réalisée de manière objective uniquement si les usagers en situation de restriction y participent avec leurs expertises d'utilisateurs.

---

<sup>36</sup> CARLOS M., Je vais m'arranger, ISBN, 2020, p 23.

Les politiques publiques de la ville où se situe l'EAM sont sensibilisées à la question du handicap compte tenu des différents établissements médico-sociaux installés sur le territoire. Pourtant, les résidents du foyer n'ont pas été associés aux différentes réunions publiques sur l'accessibilité de la ville.

Le temps d'écoute accordé par le maire de la ville lors de l'entretien avec les résidents marque une réelle volonté de son engagement à améliorer les conditions de déplacements des résidents pour une participation citoyenne. Il affirme son souhait d'associer les résidents et les professionnels de l'EAM aux commissions thématiques organisées par le conseil municipal. Cet échange a permis de mobiliser les responsables municipaux chargés de l'égalité et la citoyenneté, et de l'aménagement des voiries.

On peut voir dans cette démarche un pas vers la concrétisation de la prise en considération de la parole du résident. Ne pas légitimer l'expertise des résidents sur la connaissance de leur besoin génère des situations de sur-handicap. L'exemple de l'absence de zones de repos sur le parcours illustre ce fait car cette situation ne permet pas à l'utilisateur de se reposer et restreint sa participation en limitant la distance de déplacement.

Lors de la rencontre avec le maire, les résidents décrivent dans les détails les problématiques rencontrées sur la route. Ils énumèrent des situations très factuelles comme la route très passagère, la vitesse des véhicules, la réglementation peu respectée, l'absence de ralentisseurs ou de « coussins berlinois ». Le maire explique qu'une partie relève de la compétence de la communauté de communes, et qu'une autre partie relève du département. Cette gestion complexe de la voirie rend encore plus floue la part de responsabilité des uns et des autres. Pourtant, il convient de relayer les problématiques d'aménagement de la voirie à un autre niveau : le conseil départemental et le conseil régional. Le maire de la ville endosse la place de vecteur de communication auprès des politiques publiques plus distantes.

Enfin comme nous l'avons dit précédemment, le maire de la ville et aussi professeur de mathématique au sein du collège de la ville. Il est très sensible à la question du handicap. Il est un acteur très impliqué dans l'insertion scolaire des enfants en situation de handicap. Il porte un intérêt à la participation citoyenne et est intéressé par les résultats du photoreportage. Le support (annexe n°6) lui est transmis par mail. Le maire de la ville est conscient qu'agir sur les points d'obstacles répond à l'ensemble des usagers de la ville et particulièrement sur ce territoire où la population handicapée et la population vieillissante sont fortement représentées.



## **4.2 Les caractéristiques environnementales intrinsèques à l'EAM**

Cette partie s'articule en trois sous-parties, tout d'abord nous abordons les règles de fonctionnement de l'établissement, puis la surprotection des résidents et l'apprentissage dans les accompagnements comme levier à l'autonomisation du résident.

### **4.2.1 La collectivité et le mode d'organisation de l'établissement**

Les restrictions de participation s'expriment par les difficultés ou les empêchements pour s'inscrire dans la vie réelle. Dans la situation des résidents concernés, les restrictions sont conditionnées par la vie en collectivité, la vie au sein d'un établissement ouvert mais qui ne l'est pas concrètement. En effet, son mode de fonctionnement est basé sur la protection des résidents « quoi qu'il en coûte » risque de les priver d'un droit fondamental d'aller et venir librement et de participer à une vie sociale effective. La porte pour accéder à l'extérieur de l'établissement est fermée et pour l'ouvrir il faut être muni d'un badge. Même, un résident autorisé à sortir librement doit solliciter un membre de l'équipe pour lui ouvrir la porte. Tous les portillons permettant d'accéder à l'extérieur de l'enceinte du bâtiment sont fermés à clé. La question du choix de sortir en ville librement est sensible. Les professionnelles mettent en relation leur réponse en rapport avec la procédure dictée par un mode de fonctionnement de l'établissement. Les résidents ne peuvent pas sortir seuls car ils doivent avoir l'autorisation médicale malgré une autonomie dans leurs déplacements.

La participation sociale ne peut pas se dissocier de la liberté d'aller et venir et de celle de décider pour soi. C'est choisir le moment de sa sortie, l'heure, le jour, le mode de transport, le lieu de destination ainsi que le parcours emprunté pour s'y rendre. Ce point questionne le pouvoir de décision et le pouvoir d'agir du résident dans le domaine de ses déplacements. Les réponses des professionnelles montrent leur représentation sur les capacités du résident. On constate lors des entretiens qu'elles restent dans « faire à la place de, penser à la place de et décider à la place de ». L'exemple du choix des sorties illustre ce point. Pourtant, leur réponse liée à la liberté d'aller et venir du résident montre bien qu'elles sont conscientes que celle-ci est freinée par un établissement fermé à clé. Dans les réponses apportées par les différents professionnels, on constate l'entrave au simple droit de choisir. Les témoignages décrivent un établissement fermé et dont l'ouverture est soumise à autorisation qu'il s'agisse de la porte d'entrée de l'établissement, de la porte de l'unité à certains moments de la journée ou bien de la porte de la chambre. En fonction du lieu, les autorisations sont données par différentes personnes. L'ouverture de la porte de la chambre est soumise à la validation du soignant ou de l'agent de bionettoyage, celle de la porte de l'unité est relayée aux soignants comme aux socio-éducateurs.

Les professionnelles enquêtées sont conscientes du paradoxe entre la liberté d'aller et venir et la fermeture systématique des portes de tous les espaces personnels ou collectifs. Ce

mode de fonctionnement se décline également pour les sorties à l'extérieur de l'établissement. Le résident autonome est soumis également à cette règle d'ouverture et de fermeture de porte et à la durée des sorties dictée par les horaires des repas.

Toutefois, force est de constater qu'à la suite de nos interventions dans le cadre de notre recherche et les rencontres successives avec les résidents, les équipes éducative et soignante se remettent en question sur leur façon de faire. Les témoignages mettent en relief la mise en réflexion de l'organisation des sorties, et des droits des résidents. Cette démarche réflexive s'invite dans les échanges lors des transmissions pluridisciplinaires.

#### **4.2.2 La surprotection comme barrage à la prise de risque**

Une autre dimension dans les restrictions est partagée par les professionnelles : celle de la prise de risque. Sous couvert de ne pas engager sa responsabilité, une professionnelle soulève le problème des restrictions médicales qui ôtent toutes formes de prise de risque et enferment le résident dans un fonctionnement qu'il n'a pas choisi. En effet, selon Calvez (2004) cité par Andrien et Sarrazin (2022) « *utiliser l'argument de la réalité du risque ou du handicap s'inscrit dans un processus d'établissement et de légitimation d'un certain ordre social, en maintenant la catégorisation des personnes dans des cadres institutionnels* ». Pour confirmer ce point de vue, les propos de M. Y. résident de l'EAM illustrent l'autonomie dont il pouvait jouir avant son admission dans cet établissement. Il vivait, auparavant, et cela depuis de nombreuses années dans un centre spécialisé. La caractéristique de ce centre hospitalier, datant de 1617, est son implantation au cœur de la ville. L'aménagement de la ville a permis aux habitants de vivre ensemble avec des lieux de socialisation très proches. Ce résident a vécu son arrivée à l'EAM comme un vrai renversement dans sa vie. Outre le changement de lieu de vie, il perd une partie importante de son autonomie. Les mots qu'il utilise sont forts « *avant, j'avais tout et je pouvais aller partout, maintenant je suis enfermé* ».

Lors d'échanges plus informels, certaines professionnelles s'expriment sur le paradoxe de leurs pratiques professionnelles. Elles se confient sur leurs craintes, leurs incertitudes, et disent ne pas vouloir prendre de risques. Elles ont le sentiment d'être partagées entre la volonté d'accompagner vers l'autonomie, de protéger le résident et la crainte de le mettre en danger. Mme A éducatrice spécialisée affirme que : « *certaines collègues ont peur de l'accident et veulent tout gérer pour eux, en fait avant d'arriver certains résidents étaient très autonomes aujourd'hui ils ont régressé* ».

Certaines ont ajouté qu'elles ont le sentiment de s'être éloignées de leur mission de départ de travailler l'autonomie avec le résident. Mme I. dira « *travailler la prise de décision avec le résident prend beaucoup de temps, et nous n'en avons pas assez ... travailler la participation sociale du résident c'est bien, on le fait un peu mais on est trop loin de la ville*

*et il n'y a pas de transport en commun, il faudrait une navette. Le résident est handicapé et chez nous il est encore plus handicapé à cause de ça* ». Ce témoignage confirme la situation de handicap générée par l'environnement. Il s'agit d'une production de handicap défini comme « *l'interaction entre les caractéristiques de la personne et l'accès à son environnement et ses choix de vie*<sup>37</sup> ». L'origine est double, les facteurs macro représentés par l'environnement géographique non adapté et les facteurs méso représentés par la politique institutionnelle de l'accompagnement mise en œuvre dominée par une logique de protection. De plus le témoignage de Mme I. ne ferme pas la possibilité de modifier les pratiques professionnelles et n'est pas opaque aux changements. Dans leur livre L. Andrien et C. Sarrazin parlent d'*immobilisme organisationnel*<sup>38</sup>.

Les professionnelles dénoncent cette surprotection des résidents leur faisant perdre leur autonomie dès l'admission dans l'établissement. Dans les modalités d'accompagnement, la notion de responsabilité engagée est partagée par un grand nombre de professionnelles de l'équipe socio-éducative. Elles constatent la perte d'autonomie des résidents pourtant, elles restent sur un mode d'organisation restrictif en termes de prise de risque. La nécessité de reformer l'ensemble des professionnelles, soignant comme socio-éducatif, sur les droits des personnes handicapées accueillies en établissement devient un élément fondateur pour enclencher une réflexion en profondeur sur la dimension de l'accompagnement. La connaissance des droits va permettre à l'équipe de construire et développer avec les résidents la participation sociale de ceux-ci en fonction de ce qu'eux entendent par participation sociale. Un axe pour améliorer et soutenir l'autonomie du résident pour qu'il décide de sa vie est la contribution de l'apprentissage.

#### **4.2.3 L'apprentissage comme allié de la participation sociale**

Dans la situation qui nous intéresse, si l'on rapporte le nombre de professionnels au nombre de résidents, on peut penser que le ratio d'encadrement est d'un professionnel socio-éducatif pour huit résidents environ. Actuellement, ce n'est pas le cas puisque les dix professionnels ne sont pas présents. Chaque jour, le ratio diminue à un professionnel pour douze à quinze résidents. Lors des entretiens, les éducatrices spécialisées ont confirmé une orientation des accompagnements majoritairement collectifs au détriment des accompagnements individuels. Le grand nombre de résidents accueillis comparé à l'effectif de l'équipe socio-éducative n'est pas favorable à un accompagnement individualisé et personnalisé. Néanmoins, l'équipe en poste use de stratégie pour accompagner au mieux

---

<sup>37</sup> P. Fougeyrollas. et coll., 2018. Classification internationale : modèle de développement humain. Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH).

<sup>38</sup> ANDRIEN, L., SARRAZIN, C. (2022). Handicap, pour une révolution participative, Toulouse, France : Edition érès, p 91.

les résidents. Le projet de recrutement d'un nouveau moniteur éducateur ne permettra pas de répondre à tous les besoins mais cette information est très bien accueillie par l'équipe en poste.

L'arrivée dans un nouvel établissement, une nouvelle ville est ressentie par le résident comme une perte à évaluer par les professionnelles. Ces pertes reposent sur trois dimensions principales. Tout d'abord, la perte de repères à l'intérieur d'un établissement inconnu. Le résident doit réapprendre les règles de fonctionnement de cette collectivité. En second lieu, la perte s'inscrit dans le changement de professionnels qui l'accompagnent. Enfin, le résident doit apprendre à connaître sa nouvelle ville au sein de laquelle il va évoluer. Dans ce cadre précis, l'équipe joue un rôle fondamental dans l'accueil, la mise en confiance et l'accompagnement dans les apprentissages de la vie quotidienne et pour les activités.

En découpant l'activité à réaliser en actions pour chaque étape, l'équipe peut mieux évaluer l'acquisition faite par le résident. Lorsque l'on change d'environnement tout comme lorsque l'on présente une déficience intellectuelle, il faut se donner du temps pour les apprentissages. Le temps dans l'acquisition est personnel à chacun en fonction de ses facultés à comprendre, à retenir, à reproduire. Il faut savoir prendre le temps nécessaire, la répétition des étapes est pédagogique. Mme L., monitrice éducatrice, me confiera lors d'une discussion « *depuis notre entretien, j'ai repensé à mon travail et je pense que l'on devrait refaire des évaluations pour certains résidents, ... on pourrait leur faire plus confiance* ». L'équipe doit laisser une place pour l'évolution du résident en intégrant des périodes de régression et d'évolution qui vont ponctuer sa vie. L'apprentissage doit se construire en fonction de la personne et être considéré comme un mode de développement et une construction de soi. Il laisse la possibilité d'évolution du résident, dans un établissement d'accueil, la notion de temps dans les apprentissages est très relative. Avant de comprendre la raison de l'action pour réaliser l'activité, certains résidents vont agir par mimétisme au départ. D'autres vont avoir besoin de comprendre pour réaliser ensuite l'action. Dans les situations d'apprentissage, le temps est notre allié. Il permet de donner au résident la possibilité d'apprendre, de répéter pour mieux intégrer les étapes nécessaires à la réalisation d'une activité. Selon B. DONNADIEU et al. (1998) <sup>39</sup>« *L'apprentissage est un processus qui accompagne et construit l'histoire des sujets individuels et des organisations. Ce processus est spécifique à chacun tout en inscrivant le sujet dans l'histoire des espèces vivantes, des groupes, des sociétés, des institutions.* » Donc, les limitations d'activité des résidents s'illustrent par des difficultés que ceux-ci rencontrent pour

---

<sup>39</sup> DONNADIEU, B., GENTHON M., VIAL M., (1998). Les théories de l'apprentissage, Quel usage pour les cadre de santé ?, Paris, France : ED InterEditions, p 5.

effectuer certaines activités. Dans les situations rencontrées fréquemment par les résidents du EAM, la limitation peut être en lien avec la méconnaissance du code de la route, ou les difficultés à décomposer une action. Pour chaque apprentissage d'une activité, celle-ci doit être disséquée en étapes pour être déclinée ensuite en actions. Il ne faut pas négliger la pair-émulation comme procédé dans les apprentissages.

### **4.3 Les besoins individuels selon les caractéristiques personnelles**

Notre enquête a mis en évidence les situations de restriction de participation sociale des résidents accueillis à l'EAM. Cette partie s'attache à montrer l'importance d'identifier les besoins individuels des résidents et leur volonté de faire valoir leurs droits.

#### **4.3.1 Les besoins individuels des résidents**

Les résidents ont verbalisé leur désir de participation sociale au travers des questionnaires, des focus groups et des photoreportages. Ils ont manifesté leur mécontentement par rapport aux obstacles impactant plusieurs aspects de leur vie quotidienne : les déplacements, le pouvoir d'agir, la liberté d'aller et venir.

Pour diminuer voire remédier aux limitations de participation des résidents, chaque situation doit être étudiée individuellement. Chaque résident est unique avec des envies et des besoins à satisfaire qui lui sont personnels. On remarque une variation des restrictions à la vie inclusive pour chacun d'entre eux. Comme nous l'avons dit auparavant, les résidents sont porteurs d'une pathologie psychiatrique associée ou non à des déficiences à laquelle s'ajoutent ou non des problèmes physiques limitant leur déplacement. Pour une participation sociale effective, il faut prendre en compte la singularité de chacun des résidents et effectuer une analyse de leurs besoins. Cette analyse réalisée par une équipe de professionnels est individuelle et personnalisée. Elle doit être menée en concertation avec le résident concerné afin de prendre des mesures appropriées.

Donc, l'accompagnement d'un résident suppose quelques préalables. Il faut étudier et identifier certaines composantes de leurs caractéristiques personnelles pour adapter l'accompagnement à leurs besoins individuels. Il est essentiel de les écouter pour entendre leurs besoins. L'évaluation des besoins n'est pas figée dans le temps, elle est soumise à réévaluation autant de fois que nécessaire. Elle est tracée dans le projet de vie individualisé du résident. Si le besoin identifié nécessite un apprentissage celui-ci devra être adapté et personnalisé pour permettre de réduire les facteurs limitants. Prenons l'exemple de l'arrivée d'un résident à l'EAM. Elle est vécue comme un bouleversement dans la vie d'un résident. Cette perception est similaire à la nôtre si nous devons changer de pays et devoir

évoluer dans une autre culture dont nous ne maîtriserions pas les codes. Ce changement a des répercussions plus ou moins grandes selon le mode de vie antérieure. Il faut réapprendre chaque geste, chaque pas.

En ce qui concerne la participation sociale des résidents l'équipe pluridisciplinaire de l'EAM devra faire une évaluation sur les besoins de chaque résident pour satisfaire ce droit ? Les réponses seront différentes d'un résident à l'autre, c'est ce qui fait la diversité et la richesse d'une société.

#### **4.3.2 La mobilisation des résidents pour leur besoins individuels**

Depuis le début de ce travail de recherche, nous rencontrons régulièrement les résidents. Force est de constater une attente forte et grandissante de ceux-ci concernant l'amélioration de leur quotidien. Ils montrent leur impatience de voir l'organisation et les possibilités des sorties s'améliorer. Ils verbalisent leur souhait de sortir plus souvent seuls ou accompagnés. Les propos lors des focus group et les réponses aux questionnaires sont des éléments de preuve de leurs demandes et de leur désir de changement. Leur mobilisation se constate dans l'augmentation des demandes faites auprès de l'équipe socio-éducative ou auprès du responsable du service. La prise d'initiative du président du CVS d'écrire au maire de la ville est aussi une forme de manifestation pour être entendu. Selon EBERSOLD, (1997) cité par CUENOT M.<sup>40</sup>. « *L'estimation de la valeur d'une activité sociale est largement dépendante de la signification sociale que donnent les parties en présence de cette activité* ». Il est indispensable de prendre en considération le point de vue du résident lui-même. Le questionnaire, les focus group et le photoreportage sont des clés pour relever le challenge de se distancier d'une interprétation des besoins de la personne handicapée. La parole du résident est restée longtemps en sommeil, elle se réveille aujourd'hui. Les questions posées et demandes faites au maire de la ville lors de l'entrevue est le reflet d'un mouvement des résidents pour faire valoir leurs droits. La prise en considération de leurs paroles est importante pour eux comme pour l'équipe car elle signe une intention d'améliorer leur accès à la ville. Le maire verbalise son engagement en verbalisant des propositions d'action avec des échéances à court, moyen et à long terme. Afin de sensibiliser les représentants du CVS, un montage associant les résultats du questionnaire et le photoreportage leur sera présenté lors de la prochaine réunion du mois d'octobre 2022 (annexe n°6). Cette instance peut être mobilisée comme un levier pour être entendue par la direction de l'établissement restée très silencieuse dans la politique d'amélioration de la qualité des prestations et services rendus à la population accueillie. Le

---

<sup>40</sup> CUENOT, M. (2022), CoRHASI, GIFFOCH, centre de collaborateur de l'OMS français pour la CIF en langue française, EHESP, janvier 2022.

CVS peut être utilisé comme facilitateur par les résidents et l'équipe pour contraindre les décideurs institutionnels.

## **5 Partie n°5 - Les limites de la recherche et les difficultés rencontrées**

Ce mémoire résonne comme une symphonie inachevée : il est la première pierre de la construction d'un projet d'amélioration de la participation sociale des résidents de l'EAM mais ce dernier ne devra cesser d'évoluer et de s'adapter au fil des années.

La méthode de recherche choisie repose sur une association d'outils qui ont permis une exploration mixte c'est-à-dire à la fois qualitative et quantitative. Le quantitatif nous a aidés à confirmer les informations qualitatives recueillies. Les résultats de cette enquête de recherche ne permettent pas d'extraire des généralités mais de dresser un constat à un moment précis.

La collecte de données est riche et ouvre de nombreuses possibilités pour son exploitation. Par conséquent, le risque est de se perdre dans celle-ci, de s'éloigner de la question de départ et de faire prendre une autre direction au travail de recherche. De plus, la nature des informations recueillies permet de mettre en évidence l'ampleur du travail à réaliser et l'écart entre les attendus dictés par les lois et la réalité du terrain. Les chemins pour répondre à la question de départ peuvent être abordés différemment de ceux que nous avons choisis.

Il est important et indispensable de travailler et de construire avec les personnes concernées tout en prenant en considération les singularités de chacun. La présence de professionnels de l'établissement lors du photoreportage et du focus group réalisés auprès des résidents peut être considérée comme un frein à leur expression. Cependant, cette hypothèse ne peut être retenue car les résidents ont régulièrement des espaces d'expression, soit lors des groupes de parole animés par la psychologue, soit lors des réunions avec l'équipe socio-éducative. Par ailleurs, les résidents sont très spontanés dans leur manière de communiquer et abordent de nombreux sujets.

Ce travail de recherche a mobilisé toutes les personnes de l'EAM, qu'elles soient résidentes ou professionnelles. Notre observation de ce qui se joue nous permet d'affirmer l'insatisfaction des résidents dans différents domaines de leur vie quotidienne. Les réactions des résidents sont vives et immédiates appelant des réponses rapides. Nous sommes à la fois acteur de cette recherche mais aussi générateur d'un mouvement qui parfois nous échappe.

Les attentes des résidents sont importantes, elles sont similaires sur certains points à celles de l'équipe socio-éducative. La notion de temps est incontestablement l'élément sur lequel les résidents et l'équipe n'ont pas de contrôle. Comment expliquer à un résident que tout ne se fera pas dans l'instant ? Que certains projets se réaliseront sur le long terme, si



seulement un relais est pris pour porter ce combat celui de faire valoir leurs droits ? L'équipe socio-éducative est partie prenante dans ce projet et laisse apparaître une volonté de changement dans les pratiques d'accompagnement des résidents.

La direction apparaît comme un frein potentiel pour améliorer l'accès à la ville des résidents. Cela montre à quel point l'implication des porteurs de décisions est parfois complexe. Cet établissement, terrain de notre recherche, est adossé à un établissement de santé au sein duquel on retrouve d'autres établissements médico-sociaux. Ces établissements pour adultes handicapés, enfants polyhandicapés et personnes âgées rencontrent les mêmes problématiques d'accès à la ville par défaut de moyens transports et d'aménagement des voiries.

Bien que l'analyse des résultats de la recherche conforte les hypothèses de départ, il aurait été intéressant de confronter ces résultats aux ressentis des résidents des autres établissements médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap, qu'elles soient handicapées ou personnes âgées. De plus, associer les familles à cette recherche aurait permis de connaître leur point de vue et très certainement conduit vers d'autres débats. La mutualisation des moyens techniques et d'informations est un levier sous exploité dans ce travail de recherche. En effet, communiquer plus largement auprès des établissements d'accueil de la ville aurait peut-être été l'occasion de renforcer les liens existants et de confronter les difficultés de chacun.

La notion de temporalité pour la réalisation de ce travail de recherche est également à prendre en considération en tenant compte du changement de lieu de stage à la dernière minute, et au temps accordé pour ce travail du fait des différentes missions menées de concert par la rédactrice de ce mémoire.

Enfin, voici le point de vue de la rédactrice de ce mémoire, très impliquée dans ce lieu de vie, en référence aux nombreuses années d'exercice professionnel en son sein, ainsi que son attachement à l'équipe, aux résidents et à leurs familles. Il lui a fallu faire preuve d'agilité pour gérer ses émotions ; ces mêmes émotions qui peuvent envahir la réflexion et empêchent de creuser toutes les hypothèses. Il y a eu la nécessité de prendre du recul et faire « ce pas de côté », pour mieux comprendre les enjeux des organisations, la distribution des rôles de chacun, la place accordée aux résidents, et le crédit donné à leur parole. Il s'agit d'une gymnastique intellectuelle à laquelle elle est peu aguerrie.

## Conclusion

Aujourd'hui, nous constatons l'écart de participation sociale entre les résidents de l'EAM et le reste de la population de la ville. Cela se manifeste par une faible participation aux activités de la ville. L'autodétermination occupe une place importante dans l'accès à la participation sociale. Mais, elle est directement reliée à la notion d'accès. Au départ de notre investigation, les modes de déplacement utilisés par les résidents se limitaient à des déplacements pédestres ou bien avec le véhicule de l'établissement conduit par un professionnel de l'établissement. Pourtant, lorsque l'on échange avec les résidents, ils sont demandeurs de sorties et d'activités à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement.

La pluralité des facteurs générateurs de restriction de participation n'est pas seulement en lien avec les déficiences ou incapacités des résidents. Nous retrouvons des obstacles physiques directement liés à la conception de la ville et des obstacles dus aux modes de déplacement proposés.

Ce travail de recherche nous a conduit à nous interroger sur plusieurs notions pour objectiver l'impact du niveau d'accès à la ville sur la participation sociale des résidents accueillis en établissement médico-social. Notre démarche veut également montrer l'interaction entre le pouvoir d'agir et la participation sociale des résidents accueillis dans l'établissement concerné par cette recherche.

Les principaux concepts étudiés sont la clé de voûte de ce travail car ils ont permis l'approfondissement de notions parfois vulgarisées et utilisées à mauvais escient. Cette partie pose le cadre de l'objet de notre recherche. Elle met en évidence des textes réglementaires aux injonctions antithétiques comme la limite de la mise en accessibilité des ERP fixée à dix ans après la promulgation de la loi de 2005. On ne peut que déplorer dix-sept ans après le peu d'avancée dans certaines villes. Dans certaines grandes métropoles, citons par exemple Grenoble, les élus locaux ont misé leur politique d'inclusion en améliorant la chaîne de déplacement. En revanche, dans de nombreuses autres villes ou zones plus rurales, l'accessibilité reste une question encore très sensible. C'est le constat dans la ville qui nous intéresse. Il serait facile de se résigner et de se dire : que cette question a fait l'objet de nombreux écrits : thèses, livres, études. Alors, pourquoi nous en reparlons ? Les lois ont conduit de nombreux changements mais il reste encore beaucoup à améliorer, à construire, à transformer, en conséquence n'arrêtons pas d'écrire et de dénoncer les situations à problèmes. La coordination des différents acteurs du changement est rendue très complexe par la réglementation. Les élus locaux se heurtent, souvent, à la léthargie de certaines administrations. Les projets avancent très lentement et sont parfois

abandonnés au nom d'une nouvelle norme. L'usager de la ville devient alors otage de cette nouvelle norme.

La description de l'établissement, et de la population accueillie et actrice de notre investigation permet de mieux situer le contexte : elle aide à la compréhension de l'insatisfaction des résidents et de l'importance d'associer les acteurs concernés par le projet pour mieux en comprendre les enjeux. Rendre accessible une ville ne peut pas se limiter à l'installation de quelques bancs et zones ombragées. La mise en accessibilité, aussi complexe qu'elle peut être, est un maillon d'une chaîne guidant une société « obstacle » vers une société plus inclusive dans le respect des particularités de chacun. Dans la ville où vivent les résidents, plusieurs établissements médico-sociaux sont représentés ce qui donne à cette ville un rôle incontournable en matière de défense des droits des personnes en situation de handicap. L'engagement politique pour défendre les droits des personnes handicapées est fort et s'illustre par : l'école inclusive dès l'école primaire jusqu'au collège, les réunions publiques thématiques, les associations d'entraide. Les élus locaux ont encore montré leur implication récemment. En effet, le maire a verbalisé son opposition à la construction, à la sortie de la ville, d'un nouveau bâtiment pour accueillir les nouveaux locaux du foyer occupationnel, au motif de l'éloignement du centre de la ville. En retour, de sa décision et des nombreux échanges avec les porteurs du dit-projet, il a proposé un terrain au cœur de la ville.

Les études statistiques montrent l'évolution de la population française et soulignent un vieillissement de celle-ci. Selon une étude de l'INSEE, menée en 2018, « *les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 19,6% de la population totale*<sup>41</sup>. De plus, d'après une étude de l'INED, « *en 2036, la population française âgée de plus de 65 ans représentera 25% de la population française et 12,2 % pour les plus de 75 ans*<sup>42</sup> ». La ville impliquée dans ce travail de recherche ne sera pas exclue de ces prévisions. Comme nous l'avons écrit auparavant, selon les chiffres de l'étude réalisée par l'INSEE en 2018 dans cette commune de 2018, près de 10 % de la population de cette ville est âgée ou handicapée. Si, des améliorations significatives ne sont pas mises en œuvre pour améliorer les déplacements et la chaîne de déplacement des citoyens de cette ville, beaucoup d'entre eux se retrouveront en restriction de participation par défaut d'aménagement. Les élus

---

<sup>41</sup>Tableau de l'économie française, population par âge, édition 2018,  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>

<sup>42</sup> <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/evolution-population/projections/>

locaux ne pourront pas se satisfaire de l'amélioration d'un quartier ou de la mise en place d'un ascenseur pour relier la ville basse à la ville haute.

Après avoir évoqué la nécessité d'avoir accès à la ville pour jouir de sa participation sociale, d'autres dimensions émergent et dirigent la réflexion vers des thèmes enclins avec l'orientation des politiques publiques actuelles : l'accès aux droits, le pouvoir d'agir et la liberté d'aller et venir. Ces dimensions à prendre en considération pour améliorer l'effectivité des droits des résidents ont un impact sur le quotidien de celui-ci. Effectivement, être accueillis dans un établissement n'est pas synonyme de perte du pouvoir de décider seul de ce qui est bon pour soi. En revanche, il est opportun d'accompagner le résident dans ses choix en lui apportant des explications ou informations claires et simplifiées pour l'aider dans sa décision. L'autodétermination nécessite un apprentissage des gestes à effectuer, des outils à utiliser, des chemins à emprunter indispensable à l'autonomie et à la liberté d'action. L'amélioration de la participation sociale par un accompagnement axé sur l'apprentissage des activités à réaliser favorise donc l'autonomie. Elle ne peut pas exclure la prise de risque car celle-ci est omniprésente à l'intérieur comme à l'extérieur de l'établissement mais à des degrés différents.

Considérer la parole du résident comme la reconnaissance de son expérience de situation valorise son estime de soi des résidents. La contribution des résidents aux questionnaires, et les informations issues des focus group et des photoreportages ont permis d'objectiver la recherche et montrer les obstacles à la participation sociale. Il faut noter que leur participation a concouru à apporter des réponses aux questions publiques sur l'adaptation de la voirie pour une chaîne de déplacement sans rupture de parcours permettant un cheminement en toute sécurité, une signalétique compréhensible, et proposant des espaces de repos. Développer la participation des résidents aux débats des politiques publiques est un domaine dans lequel les élus locaux peuvent encourager les résidents en les questionnant sur les thèmes relatifs aux renouvellements du mobilier urbain afin de décrire leurs besoins.

Ce travail de recherche porte le débat sur l'urgence de travailler et d'avancer collectivement à l'amélioration de l'accès aux villes pour une effectivité des droits pour tous les usagers de la ville. Que l'on soit handicapé ou non, une personne âgée, une femme enceinte ou porteur d'un handicap temporaire, nous avons tous été ou seront tous un jour confronté à des situations de handicap par un environnement non accessible. On peut citer de nombreux exemples mais la liste ne sera jamais exhaustive. Aujourd'hui, dans bien des situations, la personne doit s'adapter ou modifier son mode de vie. Depuis de nombreuses années,

maintenant, le législateur, par des lois successives, a voulu mettre des mesures incitatives de mises aux normes des ERP, des voiries pour toutes les collectivités locales et autres directives d'amélioration. Paradoxalement, de nombreuses demandes de dérogation sont déposées laissant au bord de la route tout un pan de la population nécessitant l'adaptation de la société pour pouvoir y évoluer normalement. Le fait de penser que toutes les villes ou zones urbaines peuvent devenir accessible pour tous relève de l'utopie, pourtant les recherches se multiplient et les concepteurs redoublent d'ingéniosité. La réduction des altérités personnelles par les aménagements environnementaux est une orientation à ne pas négliger.

Associer l'ensemble des citoyens d'une ville à l'évaluation de l'accessibilité, c'est donner de la voix à tous y compris aux résidents et éviter les postures discriminantes. Le regard porté par la société sur les personnes ayant un fonctionnement singulier doit permettre de considérer les caractéristiques personnelles comme des différences naturelles d'une société inclusive vers un environnement capacitant.









---

## Bibliographie

---

### Livres :

ANDRIEN, L., SARRAZIN, C. (2022). Handicap, pour une révolution participative, Toulouse, France : Edition érès, 116 p.

BAUDOT, P-Y., FILLION E., (2021). Le handicap cause politique, Paris, France : puf, 103 p.

CARLOS, M., (2020). Je vais m'arranger, ISBN 979-10-699-4974-4. Ed à compte d'auteur, 80 p.

CAUSSE, D., ARFEUX-VAUCHER, G., BRETON, M., DEPARCY, D., GAMBLIN-SRECKI, A., HEMERY, Y., LUBEIGT, R., ROBINEAU, I., (2006) LIBERTE D'ALLER et VENIR dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ET OBLIGATION DE SOINS ET DE SECURITE, Rennes, France : Ed ENSP, 320 p.

DONNADIEU, B., GENTHON M., VIAL M., (1998). Les théories de l'apprentissage, Quel usage pour les cadre de santé ?, Paris, France : ED InterEditions, 128 p.

FOUGEYROLLAS, P., (2010). La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap, Québec, Les presses de l'Université Laval, 315p.

JACOB, P., (2020). Le droit à la vraie vie. Les personnes vivant avec un handicap prennent la parole, Malakoff, France : DUNOD, 307 p.

KERROUMI, B., FORGERON, S., (2021), Handicap : l'amnésie collective, La France est-elle encore le pays des droits de l'Homme ? Malakoff, édition Dunod, 303 p.

REICHHART, F., (2021). Du handicap à l'accessibilité : vers un nouveau paradigme, Nîmes, France : INSHEA, CHAMP SOCIAL éditions, 123 p.

REVILLARD, A. (2020). *Des droits vulnérables : Handicap, action publique et changement social*. Paris, France : Presses de Sciences Po. 234 p.

ZAFFRAN, J., (2015). Accessibilité et handicap, Grenoble, France : presses universitaires de Grenoble, collection handicap vieillissement société, 321p.

ZASK, J., (2011). *Participer. Essai sur les formes démocratiques de la participation*, Paris, France : ed. Le bord de l'eau, 328 p.

### **Articles :**

BENEZECH, M., (2011). Deux curiosités historiques : l'hôpital civil et les cellules de Compostelle de l'asile d'aliénés de Cadillac. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (8), pp.540. [ff10.1016/j.amp.2011.07.003](https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.003). [ffhal-00801435](https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.003) [Deux curiosités historiques: l'hôpital civil et les cellules de Compostelle de l'asile d'aliénés de Cadillac \(archives-ouvertes.fr\)](https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.07.003)

DELEPLACE, E., (2020). Les droits des personnes handicapées en France ne sont pas encore tous effectifs,

FOUGEYROLLAS, P., et NOREAU, L., (avril 2015). *Revue développement humain, handicap et changement social*, numéros hors-série, RIPPH, p3, [www.ripph.gc.ca](http://www.ripph.gc.ca)

FOUGEYROLLAS, P., et coll., 2018. Classification internationale : modèle de développement humain. Processus de production du handicap, Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH).

KITZINGER J., MARKOVA I., KALAMPALIKIS N., (2004). Qu'est-ce que les focus groups ? . *Bulletin de psychologie*, Groupe d'étude de psychologie, pp.237-243. [halshs-00533472](https://doi.org/10.1016/j.halshs-00533472) [Qu'est-ce que les focus groups ? - HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société \(archives-ouvertes.fr\)](https://doi.org/10.1016/j.halshs-00533472)

SANCHEZ, J., (1989). L'accessibilité, support concret et symbolique de l'intégration ; apports et développement, Vanves, publication du Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI), 159 p

### **Sources juridiques :**

Décret n°2006-1957 relatif à l'accessibilité de la voirie et des espaces publics.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006054989/>

[Directive 2000/78/CE du Conseil du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006054989/)

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

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000333976/>

Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, [LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/2002-2)

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

Loi n°2019-1428 du 24 décembre 2019 d'orientation des mobilités

### **Sources internet :**

Comité interministériel du handicap : <https://handicap.gouv.fr/le-comite-interministeriel-du-handicap-cih>

DESSAULLE, M.S., La personne en situation de handicap : usager ou citoyen ?, Gérontologie et Société 2005/4 (vol.28/n°115), p 63-74 <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2005-4-page-63.htm>

LARROUY, M., (2007). L'invention de l'accessibilité. Des politiques de transports des personnes handicapées aux politiques d'accessibilité des transports urbains de voyageurs en France de 1975 à 2005, Phdthesis, Université Panthéon-Sorbonne - Paris I, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00165138>.

PERON, E., Dr en sciences politiques, Encyclopedia Universalis, <http://www.universalis.fr/encyclopedie/autodetermination/>

RAVAUD, J.F., (2014). Leçon inaugurale de la chaire « participation sociale et situations de handicap » dans Handicap et perte d'autonomie : des défis pour la recherche en sciences sociales p41-72 <https://www.cairn.info/handicap-et-perde-d-autonomie-des-defis--9782810901432-page-41.htm>

Rapport de la rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées, (septembre 2021). <https://www.ohchr.org/fr/documents/reports/ahrc4627-rights-persons-disabilities-report-special-rapporteur-rights-persons>, consulté le 13 juillet 2022.

SANCHEZ, J., Accessibilité, accompagnement, conditions de vie autonome, [http://www.anpihm.fr/wa\\_files/5\\_jesus\\_sanchez.pdf](http://www.anpihm.fr/wa_files/5_jesus_sanchez.pdf)

SANCHEZ, J., Accessibilités, mobilités et handicaps : La construction sociale du champ du handicap, Persée, 1992, p 127-134 [https://www.persee.fr/doc/aru\\_0180-930x\\_1992\\_num\\_57\\_1\\_1707](https://www.persee.fr/doc/aru_0180-930x_1992_num_57_1_1707)

[Présentation des revendications du Collectif Handicaps - YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=YtSNwwbLjy0)  
<https://www.youtube.com/watch?v=YtSNwwbLjy0>

### **Données statistiques :**

Accessibilité en France toutes et tous concerné, <http://accessibilite-universelle.apf.asso.fr/media/00/02/2249725209.pdf>

Accessibilité en France, résultats d'ensembles et classement des métropoles, <https://www.ifop.com/wpcontent/uploads/2020/01/Pr%C3%A9sentationIfopR%C3%A9sultatsConsultationAccessibilit%C3%A9.pdf>

Accessibilité en France : toutes et tous concerné.e.s [Accessibilité en France : toutes et tous concerné.e.s - IFOP](#)

### **Diverses sources :**

COBIGO, V., (2022). Université d'Ottawa, La recherche inclusive avec des personnes ayant une déficience intellectuelle, EHESP, Rennes, cours M2 SHPS, janvier 2022.

CUENOT, M. (2022), CoRHASI, GIFFOCH, centre de collaborateur de l'OMS français pour la CIF en langue française, EHESP, cours M2 SHPS, janvier 2022.

GONGUET, S., (2021). Participation sociale et relations interindividuelles. Méthode d'analyse des espaces partagés et leur accessibilité, Présentation dans le cadre du Master Situations de handicap et participation sociale, EHESP, Rennes, cours M2 SHPS janvier 2022.

LEMOINE, L. (2022). Autodétermination et inclusion des personnes avec déficience intellectuelle. EHESP, Rennes, cours M2 SHPS janvier 2022.



---

## Liste des annexes

---

**Annexe n°1** : Modèle de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

**Annexe n°2** : Modèle de développement humain et Processus de production du Handicap.

**Annexe n°3** : Grille du questionnaire à destination des résidents

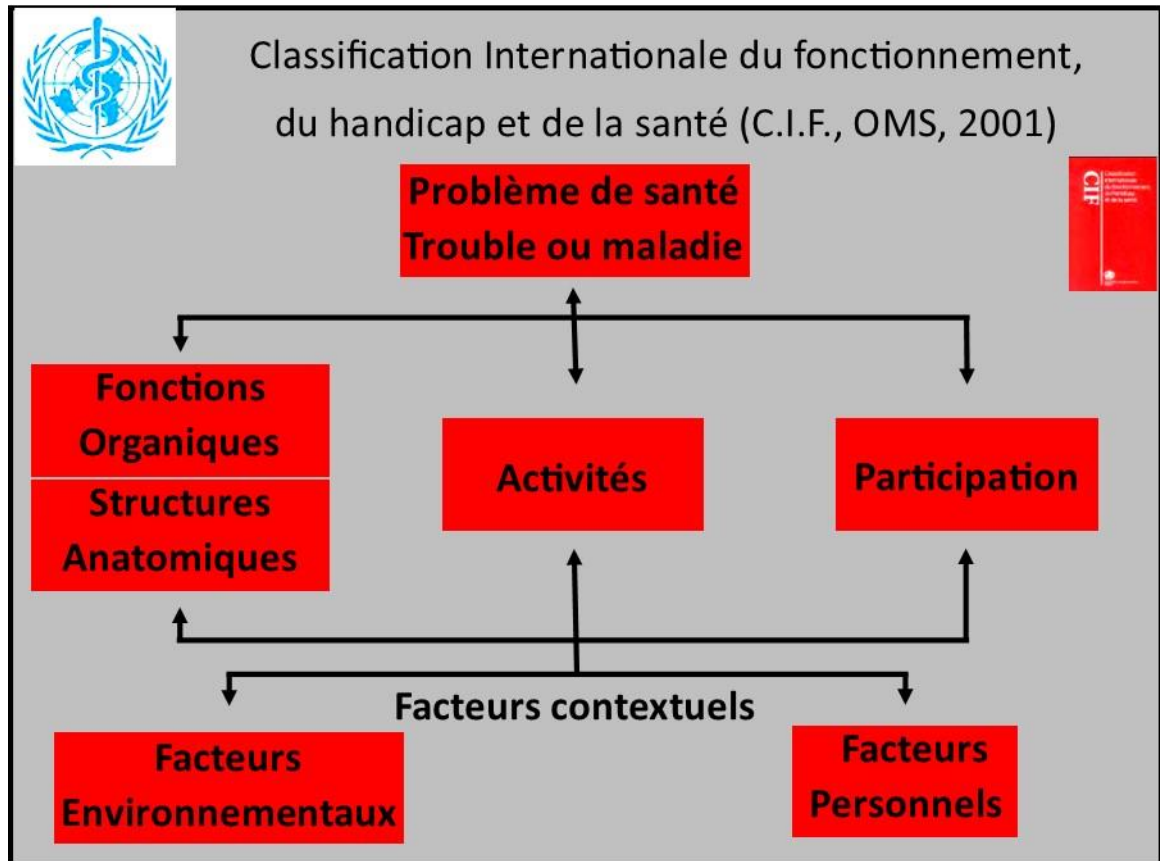
**Annexe n° 4** : Grille du questionnaire guidé à destination des professionnels

**Annexe n°5** : Grille du questionnaire libre à destination des professionnels

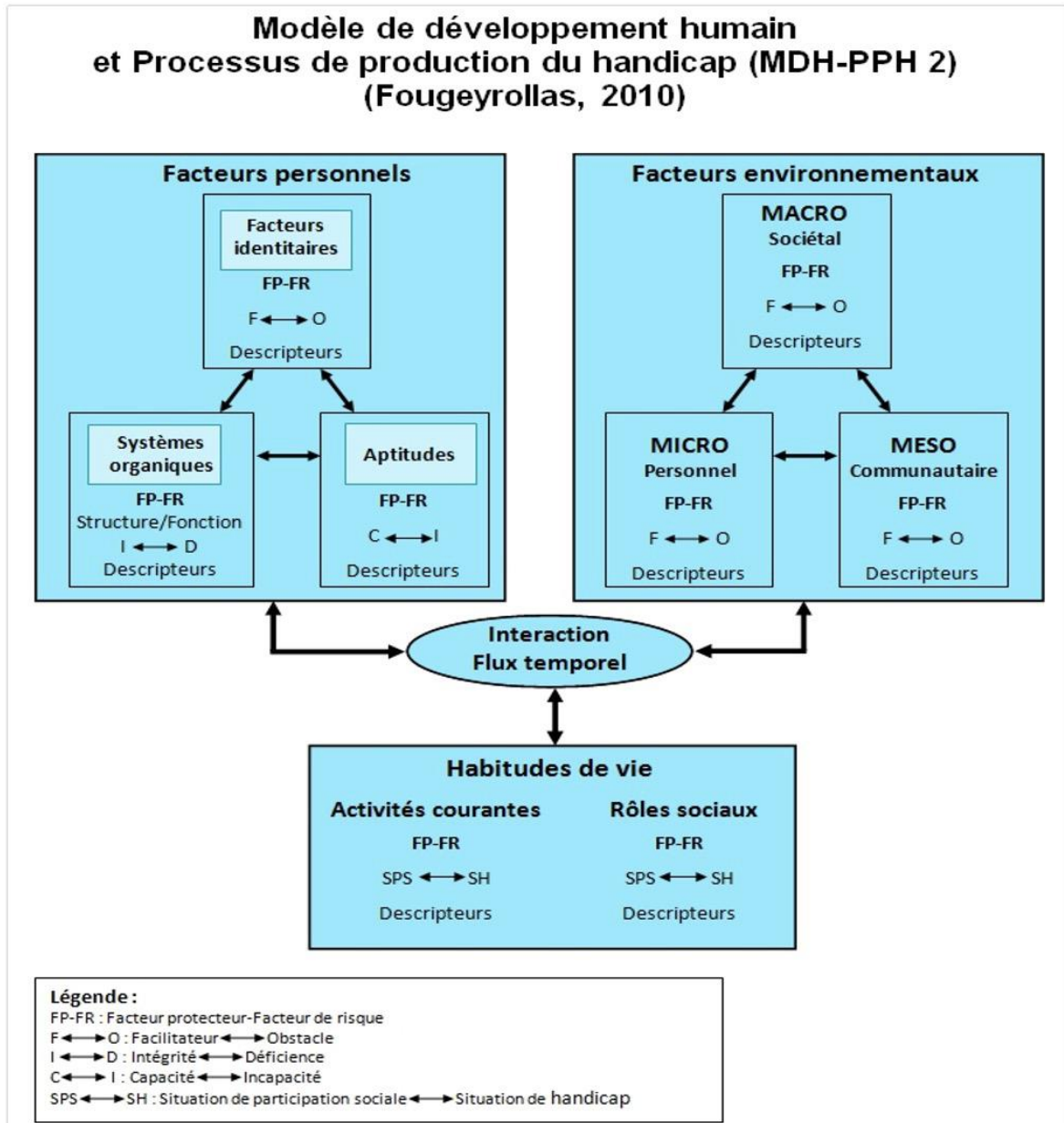
**Annexe n°6** : Reportage photo cheminement (Powerpoint)

Modèle de la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Extrait du cours de Mme CUENOT du 31 janvier 2022



Modèle de développement humain et Processus de production du Handicap







## Enquête de satisfaction auprès des résidents

Bonjour,

Je suis étudiante en Master 2 situation de Handicap et participation sociale à Rennes.

Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la participation sociale des résidents de l'EAM avec l'objectif de proposer des aménagements urbains et/ou des actions destinées à faciliter les déplacements vers le centre-ville des personnes en situation de handicap.

J'ai réalisé ce questionnaire afin d'évaluer votre satisfaction dans l'accès à la ville.

Je vous remercie de votre participation.

(Mars 2022)

---

### 1 -Vous êtes :



Un homme



Une femme

### 2 - Quel est votre tranche d'âge :

20-30 ans

31-40 ans

41- 50 ans

51-60ans

61 ans et +

### 3 - Vous vous déplacer :



Facilement



Avec une aide (cane, déambulateur)



En fauteuil roulant



### 4- Sortez-vous en ville ?



Oui

Oui, alors allez à la question suivante



Non

Non, alors passez à la question n°6

## 5 – A quelle fréquence sortez-vous ?

1

1 fois par jour

2

Plus d'une fois par jour



1 fois par semaine

Entre 2 à 3 fois par semaine



Moins de 3 fois par mois

## 6 – Cette situation vous convient-elle ?

Très satisfaisant

Assez satisfaisant

Peu satisfaisant

Pas satisfaisant



## 7 - Rencontrez-vous des difficultés lors de vos sorties pour vous rendre sur le lieu de votre choix ?



Oui



Non

## 8 – Si vous rencontrez des difficultés, selon vous, elles sont liées à ?



Peine à marcher



Fatigué par un long parcours



Pas d'aménagement pour se rendre au centre-ville



Problème de repérage dans l'espace



Problème visuel



Problème d'audition

V

Autre : .....9

**9 - Vous vous rendez en ville :**



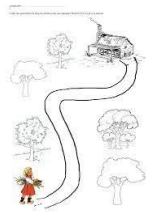
Seul



Accompagné



**10 - Pourquoi ne sortez-vous pas seul :**



Trajet trop long



Problème pour reconnaître les lieux



Problème pour me souvenir du chemin pour rentrer

Autres : .....

**11 – Si vous êtes accompagné, qui vous accompagne en ville ?**



Ma famille ou un proche





Un professionnel de l'établissement



12 - Lorsque vous allez en ville, vous utiliser quel moyen ?



La marche



Un transport



13 – Quel endroit visitez-vous le plus en ville ?



Buraliste



Cinéma



www.shutterstock.com - 100502056



Café –salon de thé





Magasin

Autre : .....

**14 – Lors de vos déplacements, rencontrez-vous des difficultés ?**



Connaissez-vous le chemin à prendre pour vous rendre dans vos destinations ?



Oui



Non



Trouvez-vous qu'il y a beaucoup de circulation ?



Oui



Non

Pourquoi :

.....  
.....



Le trajet vous paraît-il dangereux ?



Oui



Non



Connaissez-vous la sécurité routière ?



Oui



Non

**15 – Avez-vous une proposition à faire pour améliorer vos déplacements vers la ville ?**

.....  
.....  
.....  
.....

*Merci d'avoir participé à ce questionnaire.*



## Questionnaire guidé auprès de l'équipe socio-éducative

---

### **1 –Présentation profil de l'audité**

Métier :                      Age :

### **2 – Les sorties des résidents**

- A. Pouvez-vous me dire comment sont organisés les sorties des résidents et pourquoi cette organisation ?
- B. La fréquence des sorties est liée à :
  - a. Leur choix
  - b. Une indication médicale
  - c. Une limitation dans les déplacements
  - d. Un manque de véhicule mis à disposition
  - e. Un manque de moyen de transport mis à disposition qui les rendrait plus autonome
- C. Rencontrez-vous des difficultés lors d déplacement avec les résidents pour les rendre citoyen de la ville ?
- D. Toujours selon vous la liberté d'aller et venir est-elle prise en compte dans l'accompagnement du résident ?
- E. D'après-vous les résidents ont-ils des difficultés à se déplacer ?
- F. Selon vous les résidents sont –ils freiner dans leur déplacement et pourquoi ?
- G. Quels sont les lieux préférés des résidents et les destinations préférentielles des résidents,

### **3 – les droits des résidents**

- A. Pour vous que signifie accessibilité universelle ?
- B. Selon vous les résidents jouissent –ils de leur pouvoir de décision ?
- C. Comment définiriez-vous :
  - L'autonomie
  - La participation sociale
- D. Les résidents peuvent-ils avoir accès à tous leurs droits ? Si, non pourquoi ?
- E. Selon vous que faut-il pour améliorer la participation sociale des résidents ?

### **4 - Avez-vous une proposition à faire pour améliorer vos déplacements vers la ville ?**

*Merci d'avoir participer à cet entretien.*



### Enquête auprès de l'équipe socio-éducative

Bonjour,

Je suis étudiante en Master 2 situation de Handicap et participation sociale à Rennes. Dans le cadre d'un projet d'amélioration de la participation sociale des résidents de l'EAM avec l'objectif de proposer des aménagements urbains et/ou des actions destinées à faciliter les déplacements vers le centre-ville des personnes en situation de handicap.

J'ai réalisé ce questionnaire afin d'évaluer l'accessibilité de la ville.

Je vous remercie de votre participation.

Graziella LANDREAU

(Mai 2022)

---

#### 1 -Vous êtes :

Éducateur spécialisé

Moniteur-éducateur

Age :

#### 2 – D'après-vous les résidents ont-ils des difficultés à se déplacer à l'extérieur de l'établissement ?

Oui

Non

Si oui, de quel type de difficulté s'agit-il ? .....

#### 3- Les résidents sortent-ils en ville seul quand ils le souhaitent ?



Oui



Non

#### 4 - La fréquence des sorties est liée à :



Leur choix



Une indication médicale



Une limitation dans les déplacements



Un manque de véhicule mis à disposition

XI



Un manque de moyen de transport mis à disposition qui les rendrait plus autonome

**5 - Rencontrez-vous des difficultés lors déplacement avec les résidents pour les rendre citoyen de la ville ?**



Oui



Non

**6 – Selon vous les difficultés de déplacements des résidents pour se rendre sur le lieu de leur choix sont liées à ?**



Peine à marcher



Fatigué par un long parcours



Pas d'aménagement pour se rendre au centre-ville



Problème de repérage dans l'espace



Problème visuel



Problème d'audition

Autre : .....

**7 – Selon vous que faut-il pour améliorer la participation sociale des résidents ?**

.....  
.....  
.....

**8 - Selon vous qu'est ce qui conditionne l'accompagnement des résidents dans leurs déplacements pour se rendre en ville ?**

Trajet trop long

Problème d'orientation spatiale

Problème lié au handicap

Problème de connaissance de la sécurité routière

Problème de repérage dans le temps

Autre déficience, ou problématique identifiée : .....

.....

.....

**9 - Diriez-vous que dans votre ville, l'accessibilité des bâtiments publics, des services de proximité (commerces, club sportif...), des transports est tout à fait**

- Satisfaisante,
- Plutôt satisfaisante,
- Plutôt pas satisfaisante
- Pas du tout satisfaisante

**10 - Concernant les résidents, arrive-t-il dans leur vie quotidienne lors de leurs déplacements d'être gêné(e) par des difficultés d'accessibilité (par exemple : des escaliers dans des lieux publics, des trottoirs trop hauts, des pavés, des obstacles sur les trottoirs...) ?**

.....

.....

.....

.....

.....

**11 - En matière de déplacements dans la ville, diriez-vous concernant chacun des aspects suivants qu'il est facile ou non de... ?**

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
Se stationner en centre-ville				
Se déplacer en transport en commun				
Se déplacer à pied (sur les trottoirs, passage pour piétons)				
S'orienter (signalétique)				

**12 - En matière d'équipements, y a-t-il dans la ville des transports spécialisés destinés notamment aux personnes à mobilité réduite ou aux personnes en situation de handicap, personnes âgées) ? (Entourez votre réponse)**

Oui      Non

- Précisez de quel type de transport il s'agit :  
.....
- Depuis combien de temps est-il mis en place ? .....

**13- Si cette offre de transports spécialisés existe dans votre ville diriez-vous qu'elle est adaptée ou non, en termes ... ?**

	Très adapté	Assez adapté	Pas adapté
De tarifs			
De qualité de service			
De prise en compte de votre demande			
D'amplitude horaire			
De délais de réservation			

**14 - Lorsqu'il s'agit de se promener, d'aller boire un verre ou dîner, de faire des courses, du shopping en ville, diriez-vous que pour les résidents il est facile ou non de ... ?**

	Très facile	Assez facile	Assez difficile	Très difficile
Se rendre sur le marché				
Se rendre dans les petits commerces de bouche				
Se rendre dans des boutiques (ex. habits, coiffeurs)				
Se rendre dans des bars / restaurants				
Se promener en ville				
Se rendre à la bibliothèque				
Se rendre dans un club de sport, à la piscine				

**15 - En pensant à l'accessibilité dans la ville, souhaitez-vous nous faire part d'une expérience positive ou négative pour un résident dont vous avez été témoin ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**16 – Y a-t-il une activité à l'extérieur du FAM que les résidents ne peuvent pas pratiquer car ils ne peuvent pas y aller seul ou au contraire quelle activité à l'extérieur du FAM peuvent-ils pratiquer sans soucis d'accès ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**17 - Pour vous que signifie l'accessibilité universelle ?**

.....  
.....  
.....

**18 – Pour vous en quoi consiste le pouvoir d'agir en matière de déplacement ?**

**19 -Selon la liberté d'aller et venir est –elle prise en compte dans l'accompagnement du résident ? justifiez votre réponse par un exemple,**

**20 - Comment définissez-vous autonomie ? la participation sociale ?**

**21 - A votre avis est-ce que les résidents sont freinés dans leur déplacement ?**

**22 - Quels sont les lieux de choix des résidents lors de leur sortie en ville ?**

**23 - Quelle serait vos suggestions pour respecter les droits fondamentaux des résidents accueillis ?**

# Reportage photos cheminement

L'accessibilité de la ville : le cheminement pour se rendre de l'EAM vers le centre ville

1

### Méthodologie de recherche

- Les données de ce document sont issues d'une enquête menée auprès des résidents de l'EAM
  - Cette enquête s'est déroulée en avril 2022 au moyen d'un questionnaire comprenant 15 questions (questions ouvertes et fermées).
  - Certains résidents ont eu recours à une aide pour renseigner le questionnaire.
- Le photoreportage a été réalisé en 2 étapes :
  - un groupe de résidents ne présentant pas de difficulté physique majeure lors des déplacements à pied
  - un 2<sup>e</sup> groupe comprenant des résidents présentant un empêchement lors des déplacements

2

### Objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche est de 2 ordres :

- Démontrer comment la question de l'accessibilité peut interférer sur le pouvoir d'agir, l'autodétermination et la citoyenneté,
- Réfléchir ensemble aux axes d'amélioration pour rendre effectif les droits des personnes en situation de handicap

3

### L'accessibilité de la ville : le cheminement pour se rendre de l'EAM vers le centre ville

- La question de l'accessibilité de la ville pour un résident d'un EAM se pense dès la sortie de l'établissement :
  - Peut-il sortir quand il le souhaite ?
  - A quelle fréquence ?
  - Est-il empêché et par quoi ?
  - Des moyens sont-ils mis en œuvre lorsqu'il est empêché ?
  - quelle(s) solution (s) ?

4

### Profil des participants à cette consultation

5

### A quelle fréquence les résidents sortent de l'établissement ?

Il est à noter que 69% des résidents sortent moins de 3 fois par mois.

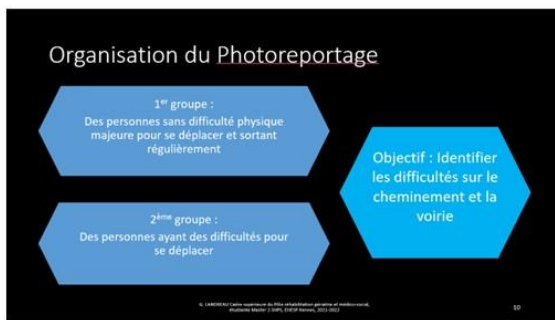
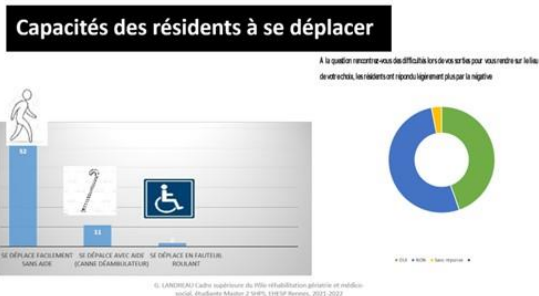
NB : on entend par sortie l'action de sortir de l'établissement quelque soit la destination.

6

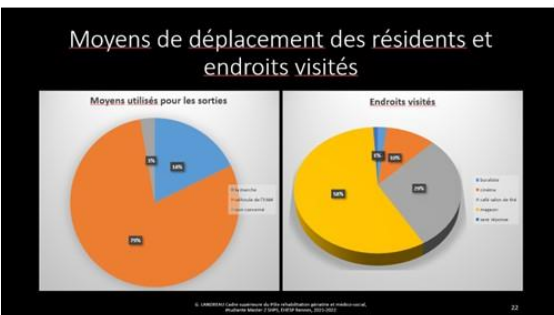
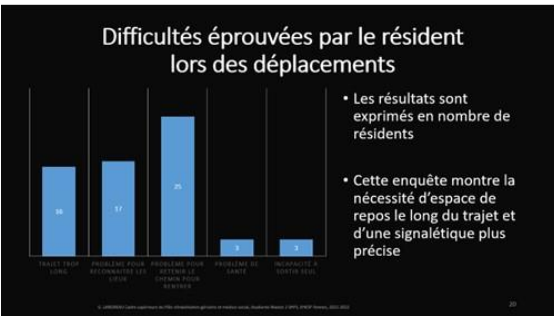
### Satisfaction de la fréquence des sorties

Des résultats plutôt mitigés

7







---

# NOTE D'OBSERVATION

---



---

## Liste des annexes

---

LANDREAU	Graziella	23 septembre 2022
<b>Master 2</b>		
<b>Situations de handicap et participation sociale</b>		
<b>La participation sociale contrainte des usagers d'un établissement : Un problème d'accès à la ville ?</b>		
<b>Promotion 2021-2022</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Quelle place est donnée aux personnes handicapées dans nos villes ? En dépit des lois successives en faveur des droits des personnes handicapées, nous avons voulu montrer dans ce mémoire, les freins à la participation sociale des résidents accueillis dans un établissement médico-social. Cette étude se base sur un territoire donné, lorsque la chaîne de déplacement ne permet pas l'accès à la ville. Toutefois, notre investigation mettra en lumière d'autres facteurs limitants. Être résident dans un établissement médico-social, c'est subir un règlement de fonctionnement et des règles de vie en collectivité. C'est parfois, devenir malgré soi dépendant d'une équipe et des moyens techniques et financiers alloués à celle-ci.</p> <p>Which place is given to people with disabilities in our cities? Despite the successive laws in favor of the rights of disabled people, we intended to present barriers to the social participation of the residents welcomed in a medical-social establishment. This study is based on a local area where the displacement chain doesn't allow the access to the city. However, our investigation will bring to light others limiting's factors to light. To be a resident in an institution to deal operating rules and rules of community life. Sometimes, it's to become dependent on a team with limited technical and financial means.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Handicap - Participation sociale – Autodétermination - Accès – Accessibilité – Chaîne de déplacement - Pouvoir d'agir – Liberté d'aller et venir – Apprentissage -</p>		
<p><i>L'Université de Rennes 1, l'École des Hautes Etudes en Santé Publique et l'Université Rennes 2 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire: Ces opinions doivent être considérées comme propres à son auteur.</i></p>		