



**DIVERSIFIER LES MODES D'ACCOMPAGNEMENT DE
L'HÉBERGEMENT : POUR UNE PROMOTION DE LA
PARTICIPATION À LA VIE SOCIALE DE PERSONNES EN
SITUATION DE HANDICAP MENTAL**

Isabelle CARMILLET-BRIARD

2012

cafdes



Remerciements

Je remercie d'abord toutes les personnes dont j'ai croisé le chemin tout au long de ma carrière professionnelle, qui m'ont toutes fait partager un peu de leurs vies et plus particulièrement les résidants du foyer Henry 4.

Je remercie mon directeur de mémoire.

Je remercie la responsable de la formation CAFDES.

Je remercie mes collègues de formation

Je remercie les professionnels des établissements et l'équipe de direction de l'APEI

Je remercie enfin mon mari, mes filles et tous mes proches qui m'ont soutenue tout au long de cette formation.

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| Introduction | 1 |
| 1 Les résidents du foyer Henry 4 : Des citoyens dans une institution..... | 5 |
| 1.1 Des hommes et des femmes qui souhaitent avoir une vie sociale..... | 5 |
| 1.1.1 Un public qui se diversifie..... | 6 |
| 1.1.2 Des compétences sociales importantes | 11 |
| 1.1.3 Des attentes fortes pour avoir une vie sociale | 13 |
| 1.1.4 La situation de handicap mental est une situation de vulnérabilité..... | 14 |
| 1.2 Le foyer Henry 4 : Un établissement engagé dans une dynamique d'individualisation de l'accompagnement..... | 16 |
| 1.2.1 Une diversification des modes d'hébergement à travers la création des petites structures | 16 |
| 1.2.2 Une individualisation de l'accompagnement à travers les projets personnalisés | 18 |
| 1.2.3 Une équipe pluridisciplinaire polyvalente | 19 |
| 1.2.4 Un réseau de partenaires | 22 |
| 1.3 L'APEI de la Région dieppoise : Une association très investie dans le territoire Dieppois | 22 |
| 1.3.1 L'association L'APEI de la région dieppoise : Une association militante de parents et d'amis..... | 22 |
| 1.3.2 Le foyer d'hébergement et le foyer de vie sont des étapes dans le parcours de vie des usagers de l'association..... | 24 |
| 1.3.3 Une actualité porteuse de projets | 25 |
| 2 . La participation à la vie sociale : un autre modèle d'action sociale..... | 27 |
| 2.1 La participation à la vie sociale : Un autre regard sur le handicap..... | 27 |
| 2.1.1 Participer à la vie sociale c'est être en relation avec d'autres | 27 |
| 2.1.2 La participation à la vie sociale s'inscrit dans une approche systémique du handicap. | 28 |
| 2.1.3 L'APEI de la Région Dieppoise : Une association représentative de la construction du champ du handicap..... | 30 |
| 2.1.4 Le rôle des grandes associations | 32 |
| 2.1.5 Des politiques publiques qui s'orientent vers la participation à la vie sociale | 34 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 2.1.6 | Une politique européenne volontariste | 36 |
| 2.2 | La participation à la vie sociale : Un autre modèle d'accompagnement pour le foyer Henry 4 | 37 |
| 2.2.1 | Des usagers au centre du foyer Henry 4 : De l'intégration à l'inclusion | 37 |
| 2.2.2 | Le Projet personnalisé est la clé de voûte de la participation à la vie sociale | 39 |
| 2.2.3 | Un établissement ouvert à/et sur son environnement..... | 41 |
| 2.2.4 | Des espaces qui facilitent la vie sociale | 44 |
| 2.2.5 | Un lieu d'apprentissage de la citoyenneté..... | 47 |
| 3 | Promouvoir la participation à la vie sociale des usagers..... | 51 |
| 3.1 | Manager par projet pour fédérer et mobiliser | 52 |
| 3.1.1 | Le management par projet..... | 53 |
| 3.1.2 | Développer une communication fédératrice | 53 |
| 3.1.3 | La démarche projet..... | 55 |
| 3.2 | Mettre la Participation à la Vie Sociale au cœur des projets d'établissements..... | 56 |
| 3.2.1 | Réaliser un autodiagnostic partagé grâce à l'évaluation interne..... | 56 |
| 3.2.2 | Recueillir l'avis des résidents, de leurs familles : Enquête de satisfaction | 59 |
| 3.2.3 | Le projet d'établissement : Une obligation réglementaire et un outil de management..... | 60 |
| 3.2.4 | Actualiser les outils | 62 |
| 3.3 | Favoriser la participation à la vie sociale des usagers | 63 |
| 3.3.1 | Concevoir des espaces..... | 63 |
| 3.3.2 | Permettre l'expression des usagers | 65 |
| 3.3.3 | Créer les conditions de rencontres hors de l'institution | 66 |
| 3.3.4 | Médiatiser les relations usagers/ familles : Le projet Famille | 67 |
| 3.4 | Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles | 69 |
| 3.4.1 | Manager le changement | 69 |
| 3.4.2 | Optimiser les compétences..... | 70 |
| 3.4.3 | Instaurer une réflexion éthique partagée..... | 73 |
| 3.5 | Inscrire le projet dans une démarche qualité : Planification et Évaluation .. | 75 |
| 3.5.1 | Le temps de penser et le temps d'agir | 75 |
| 3.5.2 | Évaluation et démarche qualité..... | 75 |
| | Conclusion..... | 81 |

Bibliographie - 83 -
Liste des annexes |

Liste des sigles utilisés

ADAPT : association pour l'insertion, sociale et professionnelle des personnes handicapées

ANESM : l'Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux

APAJH : association pour adultes et jeunes handicapés

APEI : association de parents et d'amis de personnes handicapées de la région Dieppoise

ATJ : Atelier de Jour

CA : Conseil d'Administration

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

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

CREAHI : Centre Régional d'Etudes et d'actions en faveur des personnes Handicapées et Inadaptées

CVS : Conseil à la vie sociale

ESAT : Établissement et Service d'aide par le travail

ETP : Équivalent Temps Plein

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FH : Foyer d'Hébergement

FV : Foyer de Vie

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAUF : Plan Annuel Unique de Formation

PVS : Participation à la vie Sociale

ROCS : Référentiel d'Observation des Compétences Sociales

SAF : Service d'Accueil Familial

UNAPEI : Union Nationale des Associations de Parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis

Introduction

Recevoir sa famille chez soi, inviter un ami à dormir, décider au dernier moment de rentrer plus tard... sont autant de décisions qui nous paraissent très naturelles mais qui ne vont pas de soi pour un homme ou une femme déficient intellectuel hébergé dans un établissement médicosocial.

Les résidents du foyer Henry 4 aspirent pourtant à accéder à ces pratiques sociales. Ils sont en demande de relations familiales, amicales ou amoureuses. Ils se plaignent de leur rareté quand elles existent.

Je suis directrice adjointe du foyer Henry 4 qui regroupe deux établissements : un foyer de vie et un foyer d'hébergement. Ils sont gérés par L'APEI de la région Dieppoise, une association de parents et d'amis de personnes en situation de handicap.

Il est pour moi essentiel d'offrir à ces personnes qui vont passer parfois quarante à cinquante ans de leur vie dans l'établissement, des conditions de vie proches de celles de tout un chacun. Vivre en établissement ne doit pas être un handicap supplémentaire. Mon ambition à travers ce projet de direction est de permettre aux résidents du foyer Henry 4 d'accéder à la vie sociale qu'ils souhaitent avoir et dont ils ont besoin.

Le foyer Henry 4 comme les autres établissements d'hébergement de personnes en situation de handicap mental est soumis à deux mouvements qui interagissent : la diversification de son public d'une part, et d'autre part l'augmentation des attentes d'accès à une vie sociale ordinaire.

Les personnes qui ont besoin d'être accueillies en établissement ont des profils de plus en plus hétérogènes : âge, parcours avant l'admission dans l'établissement, expérience ou non de la vie en collectivité, manifestations du handicap... Cette évolution est en partie induite par les orientations récentes des politiques publiques. La loi 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a donné le signal de départ à l'élargissement de la population porteuse de handicap, en donnant une définition plus large de la notion de handicap. La loi 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires insiste encore sur le décloisonnement du champ du handicap en organisant le parcours de l'utilisateur entre le sanitaire et le médico-social. Les politiques sociales françaises suivent en cela les politiques européennes.

Cette plus grande diversité de la population s'accompagne d'attentes différentes par rapport aux institutions. Les personnes en situation de handicap et les associations qui les représentent revendiquent le droit de vivre comme tout un chacun, de trouver une place dans la société. La société elle-même a modifié son regard et les dispositifs

permettant une vie en milieu ordinaire se sont développés. Le maintien à domicile est devenu prioritaire et lorsque ce n'est pas réalisable, les usagers attendent des institutions qu'elles leur permettent d'y avoir une vie sociale comparable à celle qu'ils pourraient mener à domicile.

L'enjeu des établissements d'hébergement me semble donc être de se préparer à accueillir des personnes avec des problématiques très différentes et donc à diversifier leurs modes d'accompagnement tout en permettant à ce public d'exercer sa citoyenneté, de participer à la vie sociale.

La mission du directeur d'établissement et je me positionnerai en tant que tel pour l'exercice de ce mémoire, est d'aider les établissements (le foyer de vie et le foyer d'hébergement) à s'adapter à l'évolution de leur public, à repositionner leurs actions dans un cadre législatif et sociétal qui a beaucoup évolué ces dernières années et enfin à mettre en œuvre les valeurs associatives.

Ce mémoire a pour objet de présenter les moyens qui vont permettre au foyer Henry 4 de poursuivre l'individualisation de l'accompagnement en favorisant la participation à la vie sociale des résidents.

L'analyse de la situation de l'établissement, de son public, mise en perspective avec le contexte juridique et social m'amène à penser que c'est en réorientant l'action des établissements sur le modèle de la participation à la vie sociale que le foyer pourra répondre aux besoins de ses résidents. Le modèle de participation à la vie sociale propose de penser les liens que l'individu peut entretenir avec son environnement, avec les autres, avec les espaces sociaux afin de réduire la situation de handicap. Le concept de participation à la vie sociale des usagers d'institutions médico-sociales a pris de l'importance au fur et à mesure que le regard porté par la société sur le handicap évoluait vers une plus grande acceptation. Les politiques publiques françaises et européennes en ont fait aujourd'hui un objectif prioritaire et des expériences se mettent en place pour le mettre en œuvre. Il demande une prise en compte de la situation individuelle : chaque individu participe comme il le souhaite, dans la mesure de ses capacités, à la place où il se trouve. En cela il considère l'individu et ses potentialités et participe à l'individualisation de l'accompagnement.

Favoriser la vie sociale exige de réunir les conditions de son existence, comme le définit JR Loubat, *cela nécessite « une accessibilité spatiale et physique,*

professionnelle, culturelle et sociale »¹. L'actualité des établissements va me permettre d'envisager ces différents aspects. En effet, l'établissement est aujourd'hui dans l'obligation de réaliser d'importants et coûteux travaux de mise en conformité. L'immeuble principal du foyer Henry 4 est un petit immeuble de trois étages situé en centre de ville de Dieppe. Son système de désenfumage n'est plus conforme aux normes de sécurité incendie et il n'a pas d'ascenseur. Les travaux nécessaires vont entraîner la fermeture de trois chambres. L'association envisage de construire un nouvel établissement. Cette reconstruction va permettre d'envisager des changements architecturaux et organisationnels.

Les conditions sont donc réunies pour lancer mon projet : faire du foyer Henry 4 un lieu de promotion de la participation à la vie sociale des résidents. J'appuierai ce projet sur l'implication des professionnels. Il s'agit d'un projet global (il concerne tous les aspects de l'accompagnement) et transversal (tous les acteurs sont concernés). Mon approche prendra en compte les équilibres actuels et les systèmes de relation qui existent entre tous les acteurs (professionnels, résidents, proches, partenaires, direction).

Mon plan d'action se développera selon trois axes :

- Mettre la participation à la vie sociale au cœur des projets d'établissement et ainsi repenser l'organisation et le fonctionnement
- Créer des conditions favorables à la vie sociale des résidents
- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

Dans une première partie je dresserai le portrait des personnes accueillies, des établissements et de leur environnement. La deuxième partie, me permettra de mettre en perspective la position actuelle de l'établissement avec le concept de la participation à la vie sociale. Ceci me permettra de dégager les axes d'amélioration et de construire mon projet, dans la troisième partie.

¹ LOUBAT JR., « *Personnes en situation de handicap : De l'intégration vers l'inclusion* », in DE L'INTEGRATION VERS L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES, p 12

1 Les résidents du foyer Henry 4 : Des citoyens dans une institution

Être citoyen, c'est être apte à exercer l'ensemble des droits politiques (droit de vote accès à la fonction publique, au service public...) liés à cette qualité. Être citoyen c'est un état et une qualité ; un statut juridique lié à la nationalité et en aucun cas à l'état de santé de l'individu. Les personnes qui ont un handicap sont de fait des citoyens (Le retrait du droit de vote dans le cadre de mesure de tutelle ne constitue pas un retrait de l'état de citoyen, puisqu'il ne concerne qu'un élément de cet état².)

Dans les faits, l'accès aux droits que confère la citoyenneté reste extrêmement difficile pour cette population. La citoyenneté implique une identité commune, c'est une composante du lien social. C'est bien là, la dimension la plus difficile d'accès. Obtenir une carte d'identité, l'accès au bureau de vote... peut être une démarche compliquée mais pas impossible, par contre se faire des amis, participer à des associations, des clubs, construire une relation amoureuse sont parfois inaccessibles pour une personne en situation de handicap intellectuel vivant dans une institution. Mon étude des capacités des résidents du foyer Henry 4 met en évidence que ces personnes ont besoin d'être accompagnées pour avoir accès à la vie sociale à laquelle ils aspirent et que cet accompagnement doit être personnalisé parce qu'ils sont tous différents. Cet accompagnement doit se faire dans un cadre rassurant et sécurisant qui prenne en compte leurs vulnérabilités.

1.1 Des hommes et des femmes qui souhaitent avoir une vie sociale

Le foyer d'hébergement et le foyer de vie accompagnent des personnes qui souffrent de déficiences intellectuelles. Les caractéristiques du public se diversifient d'année en année. Ils sont à des moments différents de leur vie. Ils ont des expériences de vie parfois tout à fait opposées. Ils ont cependant, tous des demandes de relations sociales et le besoin d'être accompagné de façon personnalisée pour construire et maintenir leurs relations avec les autres.

² La loi 2007-308 portant réforme de la protection juridique des majeurs a modifié l'article 5 du code électoral : le droit de vote devenant le principe, la radiation des listes électorales est l'exception. Le nombre de majeurs radiés est donc en nette diminution.

1.1.1 Un public qui se diversifie

Les foyers d'hébergement sont des établissements qui accueillent des personnes adultes en situation de handicap qui ont une activité dans la journée (travail en Etablissement et Service d' Aide par le Travail (ESAT) ou activité en atelier de jour(ATJ)). Les foyers de vie quant à eux accueillent des « *personnes handicapées adultes à l'autonomie réduite, ne pouvant pas travailler mais qui pour autant ne nécessitent pas de surveillance ou de soins constants* »³. Les deux types d'établissements peuvent accueillir tous types de handicap, mais en général chaque établissement est spécialisé en direction d'un public précis : handicap physique, handicap intellectuel ou handicap sensoriel. Il n'y a pas de personnel médical dans ces établissements. Les personnes qui ont besoin d'une surveillance médicale sont orientées vers des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) ou des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS).

Le Foyer d'Hébergement (FH) de l'APEI, accueille trente-six résidents. Le Foyer de Vie (FV) en accueille onze. Les usagers du FH travaillent pour l'ESAT de l'association ou un autre ESAT voisin ou fréquentent l'ATJ de l'association. Les usagers du FV sont à la retraite ou sans activité extérieure depuis leur sortie d'un établissement pour enfant. Les foyers de vie peuvent-être des lieux d'activités durant la journée ou associés à un hébergement. C'est le cas du foyer de vie du foyer Henry 4.

Certains résidents vivent au foyer Henry 4 depuis 1989 (date de sa création), d'autres sont arrivés plus récemment (5 personnes ont intégré l'établissement en 2011). Pour être admis, ils ont obtenu de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), une reconnaissance de leur handicap et une notification d'orientation en foyer d'hébergement ou en foyer de vie avec hébergement. Les établissements de l'APEI admettent prioritairement des personnes déficientes intellectuelles avec parfois d'autres troubles associés. Leur handicap initial est lié à des pathologies génétiques, des épilepsies, des handicaps sensoriels et moteur associés (hémiplégie) ou encore à des handicaps psychiques (autisme, psychose infantile, carences affectives et éducatives précoces). La barrière entre le handicap intellectuel et le handicap psychique est très floue. La loi 2005-102 a reconnu le handicap psychique, intégrant ainsi dans le champ du handicap les personnes souffrant de maladie mentale. Philippe Camberlein définit ainsi le handicap psychique : « *une manière de définir les conséquences sociales et relationnelles de la maladie mentale en tant que trouble*

³ JAEGER M.,2007, *Guide du secteur social et médico-social*, Saint-Just-la-Pendue : Dunod, p 156

psychiatrique et inscrire ainsi l'accompagnement de ces personnes dans les dispositifs propres au handicap et non dans le périmètre des seuls soins »⁴.

Si je me réfère aux diagnostics médicaux présents dans les dossiers des résidents : quatre d'entre eux souffrent d'un handicap psychique.

Si je recense le nombre de résident ayant un suivi psychiatrique régulier et un traitement, le nombre est beaucoup plus important : seize.

Leurs capacités sont très différentes, elles sont dysharmoniques et évoluent au cours des années (évolution se traduisant par des gains ou pertes d'autonomie, de repères).

L'établissement répond aux besoins d'hébergement des usagers de l'association : jeunes du secteur enfance, travailleurs ESAT, participants d'ATJ, usagers du Service d'Accueil Familial (SAF) mais aussi aux demandes hors association : Instituts Médico-Éducatifs (IME), personnes venant d'autres établissements, personnes résidant au domicile familial.

Âge des résidents

La répartition des âges est très étalée : le plus jeune a 21 ans et la plus âgée soixante-quatre ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des quarante-cinq ans pour le FH et soixante-soixante-cinq ans pour le FV⁵.

Relations résidents-familles

Les résidents ont des contacts plus ou moins réguliers avec leurs familles. Seulement la moitié (vingt-deux) ont des contacts réguliers, la grande majorité a peu de relations, neuf n'en ont plus du tout. Avec les années, nous constatons que les familles qui vieillissent, ne sont plus aussi présentes et les plus âgés des résidents sont les plus isolés. L'admission en foyer est un moment difficile, le résident et sa famille doivent trouver de nouveaux repères, certaines familles se manifestent de moins en moins. Les relations se détériorent aussi lorsque le comportement de l'utilisateur devient difficile pour la famille, qui ne le comprend pas, ne sait pas comment réagir.

⁴CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Saint-Jean de Braye : Dunod, p15

⁵ Cf. Annexe I

| | Aucune relation | Contacts irréguliers | Relation régulière | TOTAL | Un ou deux parents décédés |
|------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------|----------------------------|
| Usagers FH | 7 | 14 | 15 | 36 | 15 |
| Usagers FV | 2 | 4 | 5 | 11 | 3 |

(Sont comptabilisées dans ce tableau les relations familiales avec les parents, les frères et sœurs, les tantes et oncles.)

Fig. n° 1 : fréquence des relations usagers/familles

Les résidents font presque tous l'objet d'une mesure de protection juridique (tutelle ou curatelle) exercée par un organisme habilité ou un membre de la famille. Lorsqu'aucune mesure n'a été demandée, un membre de la famille gère les affaires administratives et les ressources.

Durée de séjour :

La durée de séjour est très variable. Des jeunes travailleurs en ESAT, sortants d'IME, quitter l'établissement après un ou deux ans de séjour. Ils s'installent en appartement autonome avec suivi du Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS). D'autres vivent au foyer depuis plus de vingt ans et n'envisagent pas de le quitter.

Lorsqu'un résident arrête son activité (départ à la retraite, maladie, fatigue...), il ne peut plus bénéficier du dispositif foyer d'hébergement⁶. Il est possible, avec l'accord de la CDAPH, de changer d'orientation : du foyer d'hébergement au foyer de vie. Ceci se fait sans changer ni de lieu de vie, ni de compagnons, ni de référents professionnels puisque le foyer Henry 4 a choisi d'inclure le foyer de vie dans les mêmes locaux que le foyer d'hébergement et de mutualiser les professionnels.

| Durée de séjour | Moins de cinq ans | Entre cinq et dix ans | Entre dix et vingt ans | Plus de vingt ans | TOTAL |
|-----------------|-------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|-----------|
| Usagers FH | 9 | 18 | 8 | 1 | 36 |
| Usagers FV | 3 | 6 | 1 | 1 | 11 |

fig. n°2 : durée de séjour

⁶ Les foyers d'hébergement assurent l'hébergement et l'entretien des personnes adultes handicapées qui exercent une activité de travail, notamment en ESAT.

Origines des résidents :

Avant d'habiter au foyer, ils vivaient dans d'autres établissements (extérieurs à l'association ou appartenant au secteur enfance de l'APEI), chez leurs parents, dans des familles d'accueil ou pour un plus petit nombre, dans un logement autonome.

| origine | Domicile familial | Etablissements | Famille d'accueil | Logement autonome | TOTAL |
|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Usagers FH | 13 | 12 | 4 | 7 | 36 |
| Usagers FV | 6 | 4 | 1 | 0 | 11 |

Fig. n°3 : origine des résidents

Selon, leur milieu d'origine, ils ont une représentation différente du foyer Henry 4 et des foyers de manière plus générale. Leurs attentes et appréhensions sont déterminées par leurs parcours précédant l'admission.

- Les usagers qui viennent d'un autre établissement sont quelques fois des personnes qui ont souhaité changer d'établissement pour se rapprocher de leur famille, mais le plus souvent, il s'agit de jeunes gens fréquentant un IME. Les deux IME qui se trouvent sur notre territoire, ont des structures d'appartements éducatifs. Ces jeunes sont donc souvent préparés à une certaine autonomie. Ils ont des savoirs faire mais restent vulnérables. Ils savent faire leurs courses, préparer des repas, prendre soin d'eux...mais ne savent pas vivre seuls. Le suivi que peut proposer un SAVS n'est pas suffisant, ils ont encore besoin de l'accompagnement d'un établissement mais n'ont aucun souhait de revenir à une vie en collectivité.

- Les personnes qui vivaient au domicile de leurs parents, ont entre quarante et cinquante ans. Leurs parents ne se sentent plus aussi en forme et demandent un relais. Certains n'ont plus fréquenté d'établissement depuis leur sortie d'un IME (environ vers vingt ans). D'autres fréquentent un ESAT ou un atelier de jour. Il s'agit pour le foyer Henry 4 d'une nouvelle population. Son arrivée est le résultat de l'accroissement de l'espérance de vie des personnes en situation de handicap. Des parents qui pensaient accompagner leurs enfants jusqu'au bout, se voient aujourd'hui dans l'obligation de passer le relais. Cette démarche n'est pas sans éveiller des sentiments contradictoires et douloureux. Ces hommes ou ces femmes ne sont pas habitués à la vie en collectivité. Leurs capacités d'adaptation sont limitées par le handicap, l'âge et l'expérience de vie. Les résidents qui vivaient auparavant en famille d'accueil, ont été admis dans des conditions similaires. Ils vivent depuis de nombreuses années dans une famille, leur

placement s'arrête parce que la famille arrive à l'âge de la retraite et son agrément n'est pas renouvelé.

- Les personnes qui vivaient en logement autonome, ne sont plus en sécurité à leur domicile. Ces personnes ne parviennent plus à faire les efforts que leur demande cette autonomie. Ils ont, à ce moment de leur vie, besoin d'un accompagnement éducatif soutenu et constant. Certains d'entre eux avaient été accueilli au foyer avant d'avoir leur propre logement. Ils n'ont souvent aucune envie de réintégrer une collectivité. Ils ne sont pas en demande d'une admission et leur admission se fait suite à une situation d'urgence, une hospitalisation par exemple.

Pour compléter la description de la population et inscrire ce projet dans la durée, il est nécessaire de s'intéresser aux personnes qui demandent une admission. Les demandes sont adressées par les familles, les représentants légaux, des travailleurs sociaux de secteur, d'autres établissements. Ces personnes sont inscrites sur les listes d'attente mais il existe aussi des usagers de l'association qui sont dans une situation précaire dans leur lieu de vie actuel. J'ai pu en interrogeant les autres directeurs adjoints du secteur adulte, dénombrer environ vingt usagers de l'association, qui n'ont fait aucune demande mais qui vont avoir besoin d'un hébergement dans les cinq ans à venir.⁷

L'examen des listes d'attente confirme la disparité du profil des demandeurs.

Elle révèle aussi, une forte augmentation des demandes émanant de personnes souffrant d'un handicap psychique qui sont hospitalisées parfois depuis plusieurs années. Ceci est un effet de la reconnaissance du handicap psychique par la loi 2005-102. L'observation que je réalise à partir de l'établissement est confirmée à l'échelle du département par l'enquête réalisée par le Conseil Général. Le schéma départemental 2005-2010 (il n'existe pas encore de schéma plus récent dans le département de Seine Maritime) décrit ainsi l'évolution et la disparité de la population des foyers d'hébergement :

- *« Des personnes en grande difficulté sociale, présentant des situations d'exclusion, d'isolement (en ESAT notamment)*
- *Des personnes prises en charge présentant une dépendance de plus en plus grande*
- *Un vieillissement constaté des personnes accueillies*
- *Des personnes avec des besoins de prises en charge diversifiées et alternatives*
- *Des troubles psychiques de plus en plus fréquents*
- *Des personnes accueillies de plus en plus jeunes »*⁸

⁷ Cf. Annexe II

⁸ Schéma départemental du département de Seine Maritime 2005-2010 p59-60

1.1.2 Des compétences sociales importantes

Cette diversification des profils engendre une évolution des besoins et capacités des usagers. Il m'est possible d'en dresser une analyse en étudiant les résultats des évaluations que l'équipe réalise à l'aide du Référentiel d'Observation des Compétences Sociales (ROCS)⁹ pour élaborer les projets personnalisés. Le ROCS est selon Jacques Danancier, son créateur, « *un instrument d'accompagnement du système projet individualisé évaluable* »¹⁰. C'est un outil d'évaluation et un moyen d'accompagner l'évolution des compétences sociales des usagers. Compétences sociales que Jacques Danancier définit ainsi : « *Les compétences sociales recouvrent l'ensemble des capacités qu'un individu peut mettre en œuvre pour s'inscrire de façon complète dans son milieu habituel de vie, sans qu'il y soit reconnu par des caractéristiques particulières de déficiences ou d'échec liées à son histoire, sa vie familiale ou son handicap, mais comme un élément participant à l'ensemble de façon active, assurant sa part de continuité et sa cohérence dans l'ensemble* ». ¹¹

Le ROCS doit être adapté au public concerné, à la culture institutionnelle et à son contexte. J. Danancier conseille à chaque établissement ou service de construire son propre référentiel à partir de la matrice qu'il a imaginé. L'équipe du foyer Henry 4 a donc mené un travail d'adaptation de cet outil avec l'accompagnement d'un formateur extérieur en 2005 et l'utilise depuis.

Le ROCS utilisé par le foyer Henry 4 se décline en six dimensions mesurées par cinq à huit critères¹².

Les six dimensions :

- ▶ I : Vie sociale
- ▶ II : Vie affective
- ▶ III : Vie quotidienne
- ▶ IV : Activités
- ▶ V : Corps et santé
- ▶ VI : Gestion du temps libre

⁹ Cf. Annexe III

¹⁰ DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif ROCS*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, p 71

¹¹ DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif ROCS*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, p 60

¹² Cf. annexe III

Les cinq premières dimensions sont cotées à l'aide de quatre, cinq ou huit critères observables, la sixième concernant la gestion du temps libre, est descriptive.

Un ROCS est réalisé tous les dix-huit mois par le référent qui rédige une courte synthèse de chaque dimension et propose après échange avec le résidant, des projets, des actions à mettre en place. Le ROCS réalisé est ensuite discuté, validé en réunion pluridisciplinaire et va servir à préparer le projet personnalisé.

Les professionnels du foyer Henry 4 utilisent le ROCS depuis plusieurs années.. Il est utilisé également par les autres établissements et services. C'est une photo à un instant précis, mais aussi une mesure de l'évolution : en comparant les ROCS successifs d'une même personne (quatre à cinq évaluations ROCS ont été réalisées pour beaucoup de résidants). C'est au départ un outil qui ne concerne que la personne dont il est l'objet, mais il m'a semblé pertinent de l'utiliser de façon globale pour dresser une image de la population actuelle, cette utilisation est envisagée par J. Danancier qui précise qu'il peut, ainsi, être un outil d'aide à la décision.

L'analyse des évaluations Rocs 2011/:2012¹³ me permet de dégager de grandes tendances¹⁴ :

- A) Les résidants ont des compétences leur permettant de nouer des liens sociaux
- Ils sont en mesure d'échanger, de se faire comprendre (36 résidants s'expriment verbalement ou non de façon adaptée), y compris avec des personnes inconnues (32 résidants établissent des relations adaptées avec des personnes extérieures connues ou inconnues).
 - Ils comprennent les liens qui peuvent exister entre les personnes (32 résidants repèrent et assument leur place et leur rôle dans le système familial).
 - Ils connaissent et appliquent les règles y compris celles qui régissent les rapports humains
- B) Les résidants ont des savoir-faire qui leur permettent de s'intégrer
- Ils savent se déplacer dans la ville de Dieppe, certains utilisent les transports en commun. (39 résidants savent se déplacer au minimum dans un environnement connu et habituel).
 - Ils peuvent lire l'heure ou savoir à peu près l'heure qu'il est. (36 résidants ont des repères temporels ou se repèrent parfaitement dans le temps).
 - Ils gèrent une petite somme d'argent et réalisent des achats.

¹³ Cf. Annexe IV

¹⁴ Cf. Annexe V

- C) Les résidants ont des fragilités qui peuvent les mettre en difficulté dans les rapports humains
- Ils ne savent pas exprimer ce qu'ils ressentent, les émotions ont tendance à les submerger et à leur dicter des comportements inadaptés. (32 résidants n'expriment pas leurs émotions de façon adaptée).
 - Ils n'anticipent pas les conséquences de tel ou tel acte, ni les situations potentiellement dangereuses et ne savent pas réagir. (22 résidants)
 - Ils ont besoin de temps et de répétition pour s'approprier une situation et savoir y réagir (25 résidants ont besoin d'expérimenter pour intégrer de nouveaux apprentissages).

La majorité des résidants du foyer Henry 4 ont des compétences sociales qu'ils peuvent mobiliser pour avoir la vie sociale dont ils ont envie.

1.1.3 Des attentes fortes pour avoir une vie sociale

« C'est quand mon appart ? » C'est la question que Mr D me pose régulièrement. Mr D. a soixante-trois ans, il a toujours vécu en établissement, il réclame la présence des professionnels de façon continue. Il ne se plaint jamais de sa vie dans l'établissement. Par ailleurs, il souffre d'épilepsie et a régulièrement des crises comitiales¹⁵ qui nécessitent une surveillance constante. Il serait facile de se dire qu'il ne se rend pas compte, que sa déficience intellectuelle l'empêche de mesurer les impacts de son projet et de le balayer d'un revers de main. Je pense au contraire nécessaire de m'y arrêter et de comprendre ce que veut Mr D lorsqu'il me demande un appartement. Lorsque je le questionne, Mr D me précise qu'il veut une femme, avoir un appartement c'est pour lui avoir une compagne. Mr D n'est pas le seul à penser qu'il ne pourra avoir une vie affective, amicale que s'il quitte l'établissement. Huit autres personnes ont demandé à travers leur projet personnalisé à quitter l'établissement, certains souhaitent être accueilli dans une famille d'accueil, d'autres avoir son propre logement.

Tous les usagers ne sont pas en mesure d'exprimer clairement qu'ils souhaitent avoir un autre style de vie. Les demandes sont parfois faussées par l'expérience de vie et les représentations que se fait la personne en situation de handicap de ce qui est possible ou pas pour elle. La diversification du public crée là encore des différences. Les personnes qui ont vécu chez leur parents jusqu'à un âge avancé n'ont pas imaginé

¹⁵ Crises d'épilepsie

qu'une vie en dehors du milieu protecteur d'une famille ou d'une institution était possible. Ils sont souvent peu habitués à faire des choix. Même pour des choses simples comme choisir une activité plutôt qu'une autre, ils se tournent vers leurs parents ou le professionnel pour avoir une réponse. Par contre les jeunes qui viennent d'un IME où ils ont fait ou observé des expériences d'autonomie revendiquent leur liberté. Ils savent que c'est possible.

Enfin, les personnes ayant eu leur propre logement ont l'expérience d'un rythme de vie à eux et aimeraient retrouver la même chose dans l'établissement. Ils n'acceptent pas facilement de modifier leurs habitudes, leur façon de vivre.

Lorsque la demande est plus ou moins clairement formulée, elle passe au filtre de l'accompagnement éducatif. Je m'appuierai ici sur la description que fait P. Camberlein du déficit intellectuel pour expliquer le rôle du professionnel qui accompagne ces personnes. Le déficit intellectuel « *est une limitation des performances des fonctions mentales sur le plan de la perception, de l'abstraction, de la conceptualisation, de l'apprentissage cognitif, et plus généralement sur la capacité à élaborer des réponses adaptées aux situations de la vie quotidienne* ». ¹⁶ Les professionnels qui les accompagnent doivent donc les aider à élaborer leur pensée, à conceptualiser la situation, à faire des choix en leur rendant les informations accessibles et enfin être leur porte-parole pour faire avancer le projet. Ainsi certaines demandes ne sont pas comprises tout de suite et d'autres restent lettre morte car jugées trop irréalistes. Les professionnels vont en toute bonne foi, valider ou non une demande, un projet ; dans un souci de protection ou simplement parce qu'ils n'ont pas de réponses : peuvent-ils trouver une compagne à Mr D. ?

En prenant en compte toutes ses limitations à l'expression de la demande des usagers du foyer Henry 4 et du foyer de vie, ceux qui s'expriment le plus clairement disent d'une façon générale leur souhait d'avantage de relations avec leur famille, leurs proches, de retrouver une relation privilégiée et non professionnelle avec une personne (lorsqu'ils n'ont plus aucun contact familial), avoir une vie amoureuse et moins subir le rythme de la collectivité.

1.1.4 La situation de handicap mental est une situation de vulnérabilité

Le handicap mental trouble les relations que la personne qui en souffre, entretient avec les autres. Le handicap perturbe le lien car les capacités de compréhension, de représentation, d'expérimentation sont affaiblies.

¹⁶ Camberlein P. ,2008 *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris : Dunod p 14

Les définitions récentes du handicap mettent l'accent sur cette dimension. Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹⁷, on considère actuellement que *« le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social »*¹⁸

La Loi de 2005-102, dans son article 2 définit ainsi le handicap : *« constitue un handicap au sens de la présente loi, toute limitation ou restriction de la 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 »*¹⁹.

L'Union Nationale des Associations de Parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), quant à elle le définit ainsi : *« le handicap mental c'est d'abord la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle »*²⁰.

L'étude des évaluations ROCS a fait ressortir les éléments de vulnérabilité : La grande majorité des résidants ne sait pas anticiper les situations dangereuses et ils ne savent pas y faire face. Leurs capacités à assumer leur quotidien sont vite prises en défaut si un événement imprévu vient troubler la situation habituelle. Ils ne comprennent pas bien les autres et ne parviennent pas toujours à se faire comprendre.

Protégés par leur famille et les institutions qu'ils ont fréquentées, ils ont tendance à attendre qu'on décide pour eux et n'osent pas exprimer leurs choix. Ils ont peu eu l'occasion d'expérimenter c'est-à-dire, d'apprendre en faisant des essais, des erreurs.

Tous ces éléments les placent dans une situation de vulnérabilité.

Être vulnérable c'est être susceptible d'être victime d'exploitation, de coercition, de situations violentes physiquement, psychologiquement, socialement ou culturellement. Un état de vulnérabilité est le résultat de la présence de risques dans l'environnement mais aussi

¹⁷ OMS, site de l'organisation mondiale de la santé (visité le 19/09/2012) disponible sur internet : www.who.int/fr/

¹⁸ Site OMS : www.who.int/fr/

¹⁹ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel du 12 février 2005.

²⁰ Site UNAPEI : www.unapei.org

de la capacité de l'individu à comprendre et agir sur son environnement, à défendre ses intérêts.

Certains usagers de l'association ont pu ainsi se retrouver en grande difficulté quand ils se sont installés dans un logement autonome. Ils savaient se faire à manger, faire leur ménage, leur courses... mais ne parvenaient pas à faire face à la solitude, avoir un rythme de vie équilibré, à se protéger des éléments agressifs de leur environnement. Privés de réseaux, de repères dans leur mode de communication au monde, leur situation est parfois devenue catastrophique.

1.2 Le foyer Henry 4 : Un établissement engagé dans une dynamique d'individualisation de l'accompagnement.

Pour se mettre en conformité avec la loi du 2 janvier 2002, le foyer Henry 4 s'est inscrit dans une démarche de prise en compte des besoins individuels des usagers. La création de petites structures a permis de diversifier les modes d'hébergement et la mise en place des projets personnalisés a contribué à individualiser l'accompagnement. Les professionnels ont commencé à adapter leurs pratiques.

1.2.1 Une diversification des modes d'hébergement à travers la création des petites structures

En 2005, l'association a reçu l'autorisation du Conseil général de créer onze places de foyer de vie avec hébergement et huit places de foyer d'hébergement supplémentaires. Les places de FV sont dédiées à des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes. Elles ont été créées à l'intérieur du petit immeuble occupé par le foyer d'hébergement (foyer principal), ceci afin de ne pas multiplier les ruptures pour ces personnes qui quittent leur lieu de travail ou d'activité en raison de leur âge (60 ans) ou de leur état de santé.

Le foyer d'hébergement a été restructuré en quatre sites: le foyer principal rue Jean Ribault et trois sites : « les petites structures ».

Le foyer Henry 4 actuel :

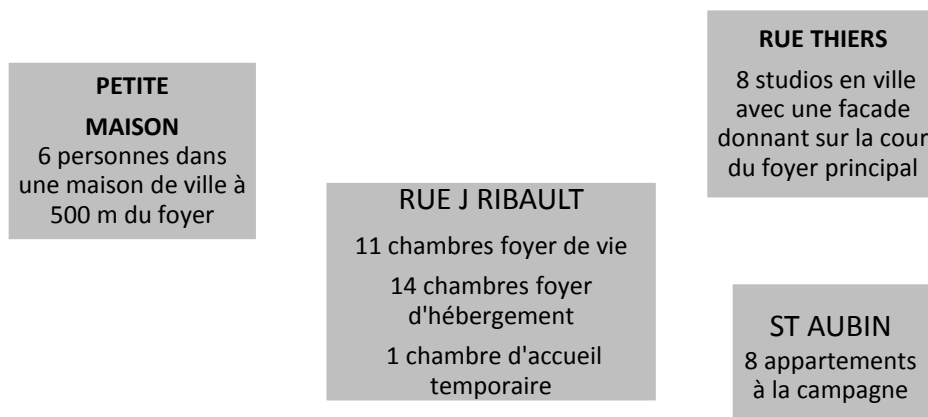


Fig. n° 4 : présentation des sites du foyer Henry 4

La création de ces petites structures a permis de diversifier les modes d'hébergement et par conséquent de répondre aux projets personnalisés d'un plus grand nombre. Ces structures s'adressent à des personnes en capacité de vivre seules et d'acquérir les savoirs faire nécessaires à la vie quotidienne. La Rue Thiers se trouve dans le même îlot d'immeuble que le foyer principal. C'est un outil efficace pour préparer la sortie de l'établissement vers le milieu ordinaire. Les studios de St Aubin à la campagne, permettent à certaines personnes de s'éloigner de situations difficiles. La petite maison, est une structure intermédiaire : les personnes qui y vivent ne sont pas forcément en capacité de prendre en main leur vie quotidienne, mais ils peuvent être seuls à certains moments.

Les résidents peuvent passer d'une structure à l'autre en fonction de leurs souhaits et leurs besoins. D'abord hébergée au foyer principal, la personne intègre un appartement des petites structures du foyer pour ensuite accéder à un logement autonome avec suivi du SAVS. Ce parcours peut se faire à l'inverse : l'utilisateur en perte d'autonomie peut trouver une place dans les structures plus protectrices du foyer principal. Ce parcours d'hébergement a pour effet de créer une certaine mobilité des places d'hébergement.

Les petites structures sont une alternative à la vie collective. Les structures d'appartements ont aussi pour objectif de préparer les personnes à avoir un logement autonome avec ou sans suivi éducatif (SAVS). Elles sont des outils d'intégration et d'accès au droit commun.

Les personnes qui vivent dans les petites structures sont des travailleurs ESAT ou des participants ateliers de jour. Un professionnel est présent de 17h à 21h en semaine et de 10h à 21h le week-end, les jours fériés et pendant les vacances. Une veilleuse de nuit prend le relais pour la structure la plus éloignée (St Aubin). La surveillance nocturne de

la Rue Thiers et la Petite maison, est assurée par les deux veilleuses de nuit présentes au foyer rue J Ribault. Les petites structures sont chacune dotées d'un équivalent temps plein et demi. Deux professionnels sont rattachés à chaque petite structure.

Le foyer principal reste le point central pour toutes les structures, y compris pour les usagers de l'association qui ont un logement autonome et qui viennent y rendre une visite ou y demander un conseil.

Il n'existe pas sur notre territoire de structures similaires. Les établissements qui accueillent des personnes en situation de handicap ont centralisé les hébergements. L'établissement le plus proche vient très récemment de reconstruire un foyer collectif.

Les appartements individuels, la taille des groupes sont des éléments qui favorisent la vie sociale des usagers : il est possible de recevoir ses amis, sa famille chez soi sans gêner les autres résidents. Les petites structures représentent des contextes favorables à la vie sociale des usagers. Le foyer principal est comparativement beaucoup moins adapté.

1.2.2 Une individualisation de l'accompagnement à travers les projets personnalisés

Chaque résident est accompagné par un référent c'est-à-dire un professionnel de l'équipe qui va se proposer comme interlocuteur privilégié du résident, de sa famille, de son mandataire judiciaire, des professionnels de santé... Les résidents du foyer d'hébergement ont un référent parmi les professionnels de leur lieu de travail ou d'activité. Les résidents du foyer de vie ont deux référents parmi l'équipe du foyer Henry 4. Le référent participe à la rédaction des rapports de comportements destinés à la CDAPH. Le référent prépare le projet à l'aide du ROCS et d'un entretien guidé avec l'usager. L'élaboration est poursuivie en réunion d'équipe pluridisciplinaire à laquelle est invité le professionnel référent de l'établissement de journée. Le projet est ensuite finalisé avec le résident et communiqué à son représentant légal et à sa famille. Ces projets présentent donc des plans d'action qui peuvent contenir des démarches vers l'extérieur : aider Mme P à intégrer un cours de natation, permettre à Mr D de rendre visite à sa mère chaque fois qu'il le souhaite, organiser la venue dans l'établissement d'une joueuse d'accordéon qui va donner des cours particuliers à Mr C, recevoir quelques jours la sœur de Mme L..... Ainsi les projets personnalisés ont initié l'ouverture de l'établissement à et sur l'extérieur. Cette ouverture est souhaitée par tous mais elle n'est pas sans bousculer, interroger le fonctionnement, les pratiques professionnelles.

1.2.3 Une équipe pluridisciplinaire polyvalente

L'équipe est composée de vingt-quatre professionnels : 12,14 équivalents temps plein (ETP) sont alloués au FH et 6,5 ETP au FV. L'association applique la convention nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées du quinze mars 1966. Les postes sont répartis ainsi :

Les postes désignés par la convention collective peuvent recouvrir des formations initiales diverses. Ainsi dans les établissements :

- ✓ Les postes d'animateur 1^{er} catégorie sont occupés par des personnes possédant le diplôme d'État de conseillère en économie sociale, le diplôme d'État d'éducateur spécialisé, une maîtrise de psychosociologie.
- ✓ Les postes d'animateurs 2e catégorie sont occupés par des personnes possédant le diplôme d'État de moniteur éducateur.
- ✓ Le reste des professionnels possèdent le diplôme d'État d'A.M.P

| | Foyer d'hébergement | Foyer de vie |
|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Directeur établissement | 0,25 | |
| Directeur adjoint établissement | 1 | |
| Agent administratif | 0,5 | |
| Psychologue | 0,06 | |
| Agent technique | 1 | |
| Ouvrier qualifié | 0,58 | 0,5 |
| Ouvrier d'entretien | 0,25 | |
| Animateur 1re catégorie | 3 | 2 |
| Animateur 2e catégorie | 2,5 | 1 |
| Aide Médico Psychologique (A.M.P) | 3 | 3 |
| TOTAUX | 12,14 | 6,5 |

Fig. n°5 : Tableau prévisionnel des effectifs

Les professionnels participent régulièrement a des actions de formation continue. En 2011, les actions suivantes ont été réalisées.

- Formation qualifiante au diplôme d'AMP : 3 veilleuses de nuit
- Colloque : intervention à domicile : 4 personnes de l'équipe éducative
- Sécurité incendie : totalité de l'équipe
- Formation secourisme du travail : 5

- Formation sur site « les pratiques d'accompagnement au foyer Henry 4 » : 14 personnel éducatif, veilleuse de nuit, maîtresse de maisons
- Formation qualifiante au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS) : 1 éducateur spécialisé
- Validation des acquis de l'expérience pour le diplôme d'éducateur spécialisé : 1 AMP et 1 animateur 1^{ère} Catégorie (maîtrise de psychosociologie)
- Colloque « hébergement des personnes en situation de handicap » : 1 éducateur spécialisé
- Groupes de travail associatif Vie affective et sexuelle : l'ensemble du personnel

Les postes de veilleuses de nuit, créés récemment et dans un premier temps acceptés par le Conseil Général, n'ont pas été inscrits au budget. Ils sont pour l'instant financés sur d'autres postes non pourvus ou sur les économies d'échelon (l'ancienneté attribuée à un poste ne correspondant pas au niveau d'ancienneté de la personne qui l'occupe). La plupart sont recrutées sous forme de contrats aidés. Le département assure que la situation devrait être régularisée en 2013.

L'équipe est stable depuis quelques années. Il existe un équilibre avec des « anciens » présents depuis l'ouverture et des plus jeunes : huit professionnels sont présents depuis plus de dix ans (vingt-trois ans pour le plus ancien), neuf sont présents depuis cinq à dix ans et cinq depuis moins de cinq ans. Les femmes y sont majoritaires.

La restructuration de l'équipe lors la création des petites structures a été l'occasion pour des personnels avec de l'ancienneté de changer de cadre de travail. Les professionnels qui travaillent dans les petites structures interviennent aussi dans les locaux du foyer principal. Ainsi, la création des petites structures n'a pas entraîné de cloisonnement. Des activités éducatives ou de loisirs transversales se sont spontanément mises en place, ainsi que des invitations de résidents dans l'un ou l'autre site. Dans chaque structure, il y a un éducateur spécialisé ou équivalent. Les professionnels qui volontairement sont allés travailler sur ces structures ont dû reconsidérer leur façon de travailler. La relation avec l'utilisateur est différente, l'institution est beaucoup moins matérialisée. Les professionnels sont seuls sur leur temps de travail. Les appartements sont investis par les résidents et considérés par les professionnels comme des espaces privés. L'intervention des professionnels s'y situe à mi-chemin entre l'intervention en institution et l'intervention à domicile. Cette expérience est partagée avec leurs collègues et leur permet d'interroger les pratiques du foyer principal.

Afin, de contribuer à la cohérence de notre dispositif, j'ai mis en place une réunion de coordination qui réunit une fois par mois, l'ensemble du personnel : maîtresse de maison, veilleuses de nuit, personnel éducatif de tous les sites, psychologue,

directrice adjointe. La directrice du secteur adulte y assiste ponctuellement selon l'ordre du jour.

Tous les quinze jours j'anime :

- une réunion foyer/foyer de vie qui réunit tous les personnels éducatifs
- une réunion Petites Structures qui réunit les personnels éducatifs intervenant sur les Petites Structures

Elles sont consacrées pour moitié à des préparations de projets personnalisés et pour l'autre moitié à des suivis de projets (points réguliers sur l'avancée des actions inscrites dans les projets) et à des questions de fonctionnement diverses.

Les professionnels travailleurs sociaux, quelle que soit leur formation, ont les mêmes tâches : accompagnement à la toilette, animation d'activité, accompagnement du quotidien, rédaction de rapport de comportement, relations avec les familles ... Il n'existe pas de fiches de poste. L'établissement s'est construit ainsi à une époque où la polyvalence était plutôt revendiquée. Les évolutions du foyer henry 4 n'ont pas remis en cause cet état de fait. L'équipe montre de l'inquiétude à l'idée de se voir attribuer des fiches de poste. Ils revendiquent cette polyvalence. Les AMP ne veulent pas être mis à l'écart de tâches qu'ils effectuent parfois depuis plusieurs années et qu'ils font bien. Certains AMP qui travaillent dans les petites structures, craignent de se voir attribuer des tâches qui relèvent de leur diplôme et qu'ils ne font plus : l'accompagnement des toilettes par exemple. Le fonctionnement du foyer est basé sur cette polyvalence.

J'ai commencé à modifier cette organisation, en revoyant les plannings pour que les AMP travaillent aux moments de la vie quotidienne : toilettes, repas..., en confiant des missions correspondant aux formations initiales : un éducateur spécialisé est par exemple chargé de recevoir les personnes qui demandent une admission. J'ai établi avec les personnes concernées des délégations écrites.

Les postes alloués au budget n'étaient pas toujours pourvu au niveau de qualification prévu : un AMP sur un poste d'ES par exemple. A l'occasion de départs, j'ai orienté le recrutement et la situation est aujourd'hui plus claire. J'ai également positionné un animateur 1^{ère} catégorie sur chaque structure.

Les personnels des différents établissements ou services du secteur adulte ne se retrouvent ensemble régulièrement que dans les instances de représentation du personnel : CHSCT et Délégation unique CE/DP. Cependant, le foyer étant un élément central puisque les usagers du foyer sont aussi usagers des ATJ, de l'ESAT, de l'accueil de jour du foyer médicalisé, les professionnels se retrouvent à l'occasion des projets personnalisés. Ils ont aussi des contacts non formalisés au quotidien pour les besoins de tel ou tel usagers.

Je suis, en qualité de directrice adjointe, sous la responsabilité de la directrice du secteur adulte. Nous avons récemment confié des missions de coordination à un éducateur spécialisé de l'équipe qui suit actuellement une formation CAFERUIS. Il y consacre un mi-temps. Je participe à un comité de direction mensuel avec les autres directeurs adjoints et les chefs de service.

Les compétences des salariés sont donc très diverses en fonction de leur formation initiale, des formations qu'ils ont pu suivre dans le cadre de la formation continue et des activités ou spécificités qu'ils ont développées dans l'établissement Cette diversité est une grande richesse.

1.2.4 Un réseau de partenaires

L'implantation de l'établissement principal et de deux Petites Structures » dans le centre de ville de Dieppe nous a permis de développer un réseau de partenaires assez important. Nous avons facilement accès aux services médicaux, culturels, sportifs de la ville.

Le foyer participe aux différents événements organisés par l'association, c'est aussi l'occasion de nouer des liens avec des personnes extérieures à l'association.

Les résidents fréquentent diverses installations sportives, culturelles : la piscine, la bibliothèque, une ferme pédagogique, un club équestre.

J'ai favorisé l'intervention de partenaires dans l'établissement : un musicien accompagne le groupe de musique du foyer, une personne vient donner des cours d'accordéon à un résident...

1.3 L'APEI de la Région dieppoise : Une association très investie dans le territoire Dieppois

1.3.1 L'association L'APEI de la région dieppoise : Une association militante de parents et d'amis

L'APEI de la région Dieppoise a pour mission de proposer un soutien aux parents, de concevoir, gérer des établissements et services médico-sociaux destinés à accompagner les personnes en situation de handicap. Un de ses objectifs est d'accueillir toutes les personnes orientées vers ses établissements quelles que soient leurs difficultés.

Elle s'engage à « être au plus près des besoins des usagers, à favoriser leur épanouissement et leur expression, respecter leur choix, veiller à l'exercice de leurs droits, garantir et promouvoir leurs fonctions sociales dans des projets de citoyenneté »²¹.

L'association gère aujourd'hui dix établissements et services :

- ▶ un ESAT, une Entreprise Adaptée (EA),
- ▶ un ATJ,
- ▶ un FH, un Foyer de Vie,
- ▶ un SAVS, un Service d'Accueil Familial (SAF),
- ▶ un IME,
- ▶ un FAM, un Atelier de jour médicalisé (ATJM).

Les établissements se trouvent en majorité sur la commune de Dieppe, les plus éloignés se trouvent dans un rayon de quinze kilomètres.

L'association est organisée en deux secteurs : le secteur enfance et le secteur adulte, avec un vice-président du Conseil d'administration (CA) et un directeur à la tête de chaque secteur.²² Elle accompagne deux cent soixante-seize adultes et quatre-vingt-six enfants et adolescents²³. Cet accompagnement peut être soutenu puisqu'il peut concerner tous les aspects de la vie : travail, hébergement, loisirs... L'association à travers ses établissements et services est reconnue et impliquée dans la vie locale. L'ATJ gère un restaurant « l' Art café » en centre-ville et un parc floral ouvert au public. Tous les deux ans, l'ATJ organise un festival d'arts (théâtre, danse, arts graphiques..) pendant une semaine dans les différents lieux culturels de la ville.

Les projets des établissements mettent en œuvre les volontés associatives de permettre aux usagers de choisir librement leur mode de vie et de favoriser leur accès à la citoyenneté, leur intégration dans le milieu ordinaire : « *d'être responsables et acteurs de leur vie ; de choisir leur mode de vie, de révéler et utiliser leurs potentialités* »²⁴. Cette volonté est souvent modérée par le besoin de protéger ce public vulnérable. Beaucoup d'usagers vivent en famille (chez leurs parents ou frères et sœurs) même s'ils ont parfois le souhait de vivre ailleurs. Certains parents tissent une relation particulière avec leur

²¹ Projet associatif 2011 p.5

²² Cf. Annexe VII

²³ Chiffre au 1 février 2011

²⁴ Projet associatif 2011 p 3.

enfant, scellée par le handicap et s'ils disent souhaiter l'indépendance de leurs enfants, leur vulnérabilité les amène à les protéger et les maintenir dans un statut d'enfant.

1.3.2 Le foyer d'hébergement et le foyer de vie sont des étapes dans le parcours de vie des usagers de l'association

L'hébergement au foyer Henry 4 et au foyer de vie représente une partie des prestations en matière d'habitat, que l'association peut offrir. Le SAVS accompagne les personnes qui vivent en logement autonome. L'association a également constitué un service logement : deux maisons de ville (divisées en appartements) et deux appartements sont loués à des usagers de l'association.

L'avancée en âge des usagers et de leurs familles oblige l'association à mettre en œuvre tout un parcours d'habitat. L'APEI de la région Dieppoise a plus de quarante ans d'existence, les premiers enfants accueillis ont aujourd'hui cinquante-soixante ans, leurs parents en ont quatre-vingt. Au fur et à mesure l'association a développé des réponses en matière d'habitat. Ces réponses ont été conjoncturelles mais elles se pérennisent. L'association a la volonté d'accompagner les usagers tout au long de leur vie : « *L'APEI désire maintenir les enfants et les adultes accueillis sur le territoire de Dieppe, sans rupture dû à l'âge, de l'admission à la fin de vie. Ceci pour favoriser le rapprochement familial et sécuriser les parents*²⁵. Un parcours d'habitat se construit donc au cas par cas selon les places disponibles.

Les établissements et services de journée sont également dépendants des places en hébergement. La région Dieppoise est une région rurale (en dehors de l'agglomération dieppoise bien sûr), les transports en commun ne sont pas très développés. Avant d'admettre une personne en ESAT ou ATJ, il est souvent nécessaire de trouver un lieu de vie plus proche.

Le secteur enfance est également en recherche de places en hébergement dans les structures adultes. Certains jeunes devenus adultes sont maintenus dans les IME sous le régime des amendements Creton en attendant une place.

Les dispositifs concernant le lieu de vie sont séparés dans l'association : l'hébergement dont je suis directrice adjointe ; le service logement et le SAVS sont sous la responsabilité de la directrice du secteur adulte et gérés par une chef de service. Les caractéristiques et les objectifs de chaque dispositif ne sont pas lisibles ni pour les usagers ni pour les équipes ou les directions. Le comité de direction a la volonté de se doter d'un d'outil

²⁵ Projet associatif 2011 p.2.

associatif pour évaluer le nombre de demandes d'hébergement dans les années à venir et la nature de ces demandes. Les demandes d'admission sont examinées en comité de direction, depuis quelques mois, afin d'éviter que la gestion des admissions se fasse en fonction de l'urgence des situations et des places disponibles.

1.3.3 Une actualité porteuse de projets

Le foyer principal doit réaliser d'importants travaux de mises aux normes. Son système de désenfumage doit être entièrement refait. La commission de sécurité a émis un avis défavorable. Les obligations d'accessibilité de la loi 2005-102, impliquent des travaux dont le plus coûteux sera l'installation d'un ascenseur. Cet ascenseur provoquera la fermeture de trois chambres et réduira donc la capacité d'accueil de l'établissement. L'association a choisi de ne pas rénover cet immeuble, mais d'envisager une reconstruction.

La situation financière des deux établissements est favorable à ce projet :

Les emprunts contractés pour l'achat de l'immeuble principal arrivent à terme. Le foyer principal serait revendu pour contribuer au financement du projet. L'établissement a une capacité d'autofinancement.

Le foyer d'hébergement Henry 4 et le foyer de vie dépendent administrativement et budgétairement du conseil général de Seine Maritime. Leurs financements se font sous forme de prix de journée, leurs prix de journée actuels sont relativement faibles comparés aux autres établissements du département. Au 1/05/2011 :

| | |
|------------------|--------------------------------------|
| FH : 63,13 euros | moyenne départementale : 74,80 euros |
| FV : 86,64 euros | moyenne départementale : 97,16 euros |

Le foyer d'hébergement Henry 4 est le seul établissement de ce type dans un rayon de 30 kms.²⁶ Le taux d'équipement global de la région dieppoise est de 0,65, taux à comparer à celui du département : 0,98. La région dieppoise manque de places. L'établissement a une liste d'attente importante. Les établissements les plus proches sont des foyers de vie ou des FAM. Sur le territoire, se trouvent deux IME et deux ESAT qui nous sollicitent régulièrement pour l'accueil de leurs usagers.

Des contacts ont d'ores et déjà été pris avec le Conseil Général de Seine Maritime, qui est favorable au projet. En septembre 2012, nous avons envoyé une

²⁶ Chiffres extraits du schéma départemental en faveur des personnes en situation de handicap 2005-2010

première proposition au Conseil Général. Le projet est chiffré dans les conditions fixées par le conseil général. Il a fixé une limite maximum d'augmentation du prix de journée des établissements de l'ordre de sept euros et proposé une augmentation de notre capacité d'accueil à moyen en personnel constant. Il convient cependant de rester prudent quant à cette augmentation : le taux d'encadrement des établissements est peu élevé, l'augmentation du nombre de places ne doit pas se faire au détriment de la qualité de l'accueil et de la sécurité. Un projet de plan de financement a été établi, il sera révisé en fonction des échanges que nous continuons à avoir avec le conseil général.²⁷

Conclusion de la première partie :

Les hommes et les femmes qui viennent vivre au foyer Henry 4 ont des profils très divers, ils ont besoin de l'accompagnement qu'une institution peut leur offrir mais ils aimeraient avoir une vie sociale plus importante.

L'APEI de la région dieppoise milite pour l'intégration des usagers et la pleine réalisation de leur projet de vie.

Les établissements à travers le travail de leurs équipes tentent de répondre à ces nouveaux besoins qui s'expriment, sans pour autant que cette démarche soit élaborée et formalisée dans les projets d'établissements.

Le moment me semble donc venu de proposer une adaptation des établissements aux attentes et besoins des usagers, aux valeurs de l'association et au travail des professionnels. Cette adaptation peut trouver ses fondements dans le concept de participation à la vie sociale.

Je fais l'hypothèse que c'est en examinant l'architecture, l'organisation, les projets d'établissements, les pratiques professionnelles à l'éclairage du modèle de participation à la vie sociale que le foyer pourra répondre à la question des moyens à développer pour permettre aux résidents d'avoir la vie sociale à laquelle ils aspirent.

Le concept de participation à la vie sociale est développé depuis quelques années par des auteurs, en grande partie québécois. Il est construit sur une réflexion théorique mais aussi sur des expériences concrètes et une analyse empirique de la situation des personnes handicapées.

²⁷ Cf Annexe XI et XII

2 . La participation à la vie sociale : un autre modèle d'action sociale

La participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap n'est pas une préoccupation nouvelle, mais elle s'est imposée au fur et à mesure que le regard porté par la société sur le handicap s'est modifié. Ce concept inspire aujourd'hui les politiques publiques et vient questionner les acteurs historiques du champ du handicap.

L'histoire de l'APEI de la région Dieppoise se confond avec l'histoire de la constitution du champ du handicap : l'association a répondu aux besoins de ses usagers en créant des établissements spécialisés, rééducatifs et protecteurs. Le foyer Henry 4 s'est structuré sur l'idée de rééduquer les résidants afin de permettre leur intégration dans le milieu ordinaire. Favoriser la vie sociale des résidants exige de changer de modèle d'accompagnement et par conséquent de repenser tous les éléments qui vont participer à ce nouvel axe de travail.

2.1 La participation à la vie sociale : Un autre regard sur le handicap

2.1.1 Participer à la vie sociale c'est être en relation avec d'autres

La participation à la vie sociale est un concept difficile à définir de façon uniforme. J.C. Sournia la définit ainsi dans le dictionnaire des personnes âgées, de la retraite et du vieillissement : « *La participation à la vie sociale c'est l'action de prendre part à la vie du groupe ou de la société* »²⁸. J'ai relevé d'autres définitions, différentes selon les publics auxquels elles font référence (personnes âgées, jeunes en difficulté d'insertion). Quelques auteurs définissent la participation à la vie sociale selon ses champs d'action. Pour Durkheim, la participation à la vie sociale c'est être inscrit dans les instances d'intégration que sont le travail, la famille, l'école et la citoyenneté²⁹. Pour d'autres auteurs

²⁸ PROULX J., 2008, « qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, p 14

²⁹ LEBIGUE T., 2009, *La participation sociale des personnes en situation de handicap : En quoi les activités proposées en foyer de vie permettent une participation sociale des usagers considérés inaptés au travail?*, mémoire de DEFA Disponible sur internet : <http://www.arfatsema.fr/uploads/documents/Memoires/120H/120-Lebigue.pdf>, p 24

plus contemporains, elle se mesure par l'accès à l'emploi, l'occupation d'une place dans le système économique (Dérissé, Dumont) ou à l'exercice des droits politiques et citoyens (Tremblay et la Chapelle). Pour Fougeyrollas elle se définit par » *la pleine réalisation des habitudes de vie* »³⁰. C'est-à-dire la réalisation d'activités courantes : se nourrir, s'habiller, se déplacer...

Quant à la loi 2005-102 qui la met en œuvre en France, elle énonce que pouvoir participer à la vie sociale c'est la possibilité d'avoir accès à tous les espaces de citoyeneté.

La participation à la vie sociale ne se mesure pas à des aspects quantitatifs. Il ne suffit pas d'aller travailler dans un ESAT... pour avoir une vie sociale, certains usagers traversent les lieux pendant des années sans y avoir de réels échanges, sans nouer de relation. Elle est aussi soumise à la subjectivité : telle personne sera satisfaite de quelques sorties à l'extérieur dans l'année, alors que telle autre aura le sentiment qu'elle est isolée quoiqu'elle fasse.

Le concept de participation à la vie sociale ne peut être défini de façon monolithique, il s'exprimera de façon différente selon la personne, selon l'environnement dans lequel elle vit. Je retiens cependant que participer à la vie sociale c'est avoir des relations avec d'autres, qui peuvent prendre autant de formes qu'il y a d'individus et de situations de vie. Les personnes déficientes intellectuelles rencontrent des difficultés dans leurs relations avec les autres. Il est indispensable de les accompagner dans la réalisation de cette dimension de leur vie : promouvoir la vie sociale va participer à la réduction du handicap

2.1.2 La participation à la vie sociale s'inscrit dans une approche systémique du handicap.

Le handicap est, depuis les années quatre-vingt, défini au regard de ses conséquences sur la personne qui en souffre, dans sa situation de vie habituelle. Ains être handicapé n'est pas l'état d'une personne, mais le résultat d'une situation. La même incapacité va constituer un handicap pour une personne dans son cadre de vie habituel et ne le sera pas pour une autre qui vit dans un contexte plus favorable.

³⁰ PROULX J., 2008, « qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, p 14

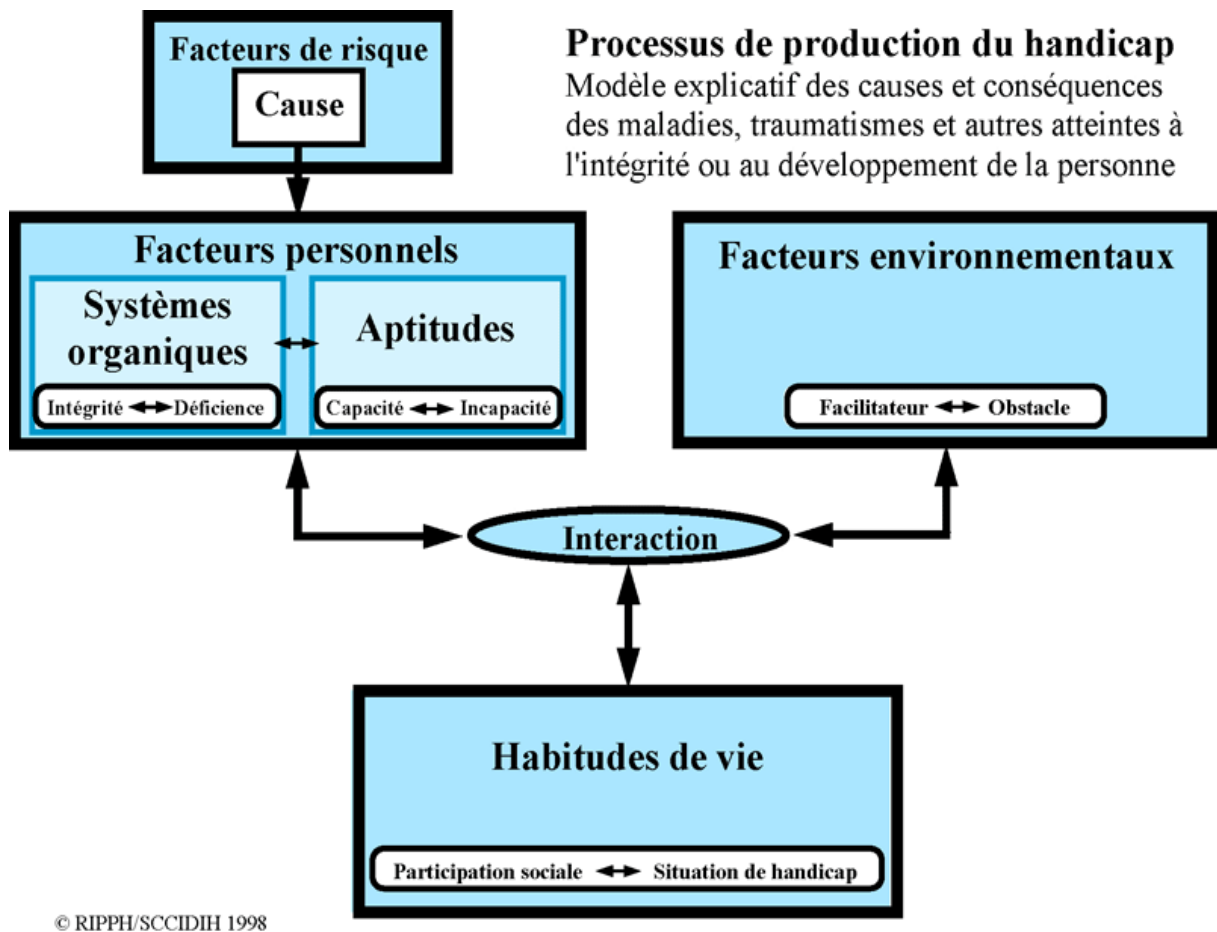


Fig. n° 6 : processus de production du handicap³¹

Les qualités de la personne sont en interaction avec les facteurs environnementaux évalués en termes de facilitateurs ou d'obstacles : le handicap va avoir des effets sur le degré de participation à la vie sociale et réciproquement : ne plus pouvoir sortir de chez soi, se sentir seul peut aggraver l'état de santé.

La situation de handicap n'est pas figée, elle peut évoluer. Si l'on peut modifier le contexte, le handicap peut s'en trouver atténué voir disparaître.

La situation de handicap devient un problème d'organisation de la société : l'accessibilité des transports en commun par exemple. La société se doit donc de compenser la situation de handicap par des moyens techniques, humains ou financiers.

³¹ FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ, G. ST MICHEL (1998). Classification québécoise Processus de production du handicap, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap, disponible sur Internet : www.ripph.qc.ca/

Le concept de participation à la vie sociale s'inscrit dans cette approche systémique du handicap. Le niveau de participation à la vie sociale est le résultat des interactions entre l'état de santé d'une personne et son milieu de vie. L'accompagnement va se situer à cette intersection, il agit sur la personne et sur son environnement

La participation à la vie sociale est une façon de penser la place des personnes en situation de handicap dans la société.

2.1.3 L'APEI de la Région Dieppoise : Une association représentative de la construction du champ du handicap

En France, les politiques publiques en faveur du handicap se sont construites à travers un réseau d'établissements et de services qui maillent le territoire. Ce choix de réponses institutionnelles trouve son origine dans l'histoire de la place des personnes handicapées dans la société française.

Les personnes handicapées ont longtemps étaient confondues avec les pauvres, les victimes d'accidents de la vie, sans faire l'objet d'un traitement différent. Les hospices accueillait sans distinction : orphelins, indigents, handicapés...

Au début du vingtième siècle, les accidents du travail qui se multiplient avec les débuts de l'ère industrielle, les traumatismes de la guerre de 1914 et les ravages de la tuberculose vont pousser l'État français à mettre en place un système d'aide et d'assistance basé sur l'idée de réparation. Les personnes handicapées sont accueillies dans des hôpitaux psychiatriques (à l'exception de quelques expériences d'hébergement hors les murs: colonie familiale de Dun sur Auron par exemple)³². Ce système d'assistance classe ses bénéficiaires selon de grandes catégories : les sourds, les aveugles, les incurables...La médecine s'intéresse alors au handicap et développe une approche ré-adaptative : le handicap est rééduqué dans des centres spécialisés. C'est à ce moment que la notion de handicap fait son apparition : « *d'invalides, d'infirmités incurables et incapables, inadaptés à la société, relégués dans des institutions d'enfermement ou confinés à leur domicile, les personnes « handicapés » deviennent rééducables, possèdent des aptitudes qu'il convient de développer par des techniques*

³² BARRAL, Catherine et al. (dir.), 2000, *L'institution du handicap : le rôle des associations*, Rennes : PUR, p.74.

*appropriées, permettant davantage d'autonomie et leur intégration dans une société qui tend à les exclure ».*³³

Cette vision remet en cause l'enfermement. En 1971, l'assemblée générale de L'ONU affirmera dans l'article 4 de la déclaration des droits du déficient mental : « *Le déficient mental a le droit de vivre au sein de sa famille... si son placement en milieu spécialisé est nécessaire, le milieu et les conditions de vie devront être aussi proches que possible de ceux de la vie normale* »³⁴. Des institutions voient le jour sur tout le territoire souvent à l'initiative d'associations. L'APEI de la région Dieppoise est créé à cette époque (1966), par des parents qui refusaient l'hospitalisation de leurs enfants en milieu psychiatrique. Progressivement, les associations diversifient leurs actions en direction cependant d'un même type de public. Les intervenants se professionnalisent (création du diplôme d'état d'éducateur spécialisé en 1967). La loi n°75-535 du 30 juin 1975³⁵ vient structurer ce champ, elle vise à unifier l'ensemble des institutions, à les rendre repérables et à clarifier les règles qui régissent les rapports entre l'État et les associations gestionnaires.

Les associations ont classiquement commencé par créer des écoles : Le premier établissement créé par l'APEI, est un institut médico éducatif où les enfants reçoivent une éducation spécialisée et les rééducations dont ils ont besoin. Les enfants grandissant, l'association crée un centre d'aide par le travail, premier établissement répondant aux besoins des adultes. L'association envisage alors l'intégration par la scolarité et l'accès au travail. L'hébergement des personnes en situation de handicap est alors soit l'affaire des familles soit la mission des institutions. L'ouverture du foyer Henry 4 suit de peu l'ouverture du CAT. Le foyer Henry 4 accueille à son ouverture des personnes qui n'ont plus de famille ou dont le milieu familial est jugé défaillant et qu'il faut protéger. Les autres restent dans leurs familles.

Quarante-six ans plus tard, la situation a évolué. L'association a multipliée les types de réponses au fur et à mesure que des problématiques individuelles se présentaient : formation de couples, naissances d'enfants, départs à la retraite... Aujourd'hui quarante-six usagers vivent en famille et soixante-neuf en logement autonome. L'institution n'est plus la seule alternative à la vie en famille.

³³ BARRAL C, PATERSON F, STIKER HJ CHAUVIERE, M, 2000 « *L'institution du handicap. Le rôle des associations* » PUR p.267.

³⁴ ONU, Déclaration des droits du déficient mental, disponible sur internet : www.org/fr

³⁵ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JO du 1/07/1975

2.1.4 Le rôle des grandes associations

La création d'institutions est d'abord apparue comme une alternative salvatrice à la relégation en milieu asilaire. Elle était revendiquée, initiée et soutenue par les associations de personnes en situation de handicap et de leurs représentants. Dès les années cinquante, les grandes associations comme l'Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (UNAPEI), l'association pour l'insertion, sociale et professionnelle des personnes handicapées (ADAPT), l'association pour adultes et jeunes handicapés (APAJH), les Papillons blancs, ont créé des établissements et des services. Les associations avaient alors tout intérêt à rendre visibles les personnes handicapées pour affirmer leur légitimité et leurs revendications. Elles ont fortement contribué par leurs actions de lobbying à construire le champ du handicap. Ainsi elles ont participé activement à l'élaboration de la loi d'orientation n°75-535 du 30 juin 1975 en créant le groupe de vingt et un.³⁶

Aujourd'hui, ces associations sont gestionnaires d'établissements, elles emploient et forment des professionnels. Elles sont des interlocuteurs privilégiés de l'état.

L'UNAPEI³⁷, fédération à laquelle est affiliée l'APEI de la région Dieppoise, rassemble six cents associations de bénévoles de parents ou d'amis. Ainsi elle représente les gestionnaires de trois cents établissements et services et quatre-vingt-six associations tutélaires, soixante-quinze mille professionnels, cent quatre-vingt mille personnes handicapées.

L'UNAPEI a été créée en 1960. Ses missions sont d'accompagner les associations dans les réalisations de leurs actions, d'informer et d'accompagner les personnes handicapées mentales et leurs familles et de les représenter auprès des pouvoirs publics et de la société toute entière. L'UNAPEI est très active en matière d'insertion par le travail.

Les grandes associations ont un poids certain auprès des décideurs, ce qui fait dire à certains auteurs qu'elles sont une force d'inertie face à l'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire. Ainsi, J. Priou affirme que le dispositif français développé à partir d'institutions, ne permet pas la participation sociale des usagers. « *Les revendications portent ainsi sur la possibilité de toute personne à bénéficier du droit commun, sans discrimination. Ce que ne permet pas une politique d'intégration fondée sur des structures spécialisées dont l'action est détachée du reste du fonctionnement de la société. C'est en ce sens que l'action des institutions au cours des trente dernières années en France peut être critiquée : c'est davantage leur isolement et leur*

³⁶BARRAL C., et al., 2000, *L'institution du handicap : le rôle des associations*, Rennes : PUR,p.253.

fonctionnement en filière, dans une société qui s'est peu ouverte et qui a peu cherché à s'adapter aux personnes qu'elles accompagnent, qui posent problème que les seules réponses qu'elles apportent »³⁸.

Depuis les années soixante-dix, des personnes en situation de handicap revendiquent le droit de décider pour elles même : « *rien pour nous sans nous* »³⁹ et un grand nombre d'entre elles défend la possibilité de vivre en dehors des institutions. « *Aujourd'hui des personnes handicapées, des familles, des professionnels exerçant en institut médicosocial semblent souhaiter plus d'intégration en milieu ordinaire. Ils portent de ce fait un regard critique sur les formules institutionnelles traditionnelles et parfois sur les associations qui les ont créées et qui les gèrent. Si ce changement se confirme, les grandes associations que nous avons étudiées sauront-elles négocier ce virage ?* »⁴⁰

Un mouvement de désinstitutionnalisation qui est d'abord apparu dans les pays scandinaves s'étend: « *Vivre debout* » en Belgique, « *Independant Living Movement* » aux Etats Unis. En Angleterre, aux USA, la grande majorité des personnes en situation de handicap vit à domicile⁴¹.

En France, l'idée du maintien à domicile des personnes handicapées apparaît déjà en 1967, dans le rapport Bloch-Laîné⁴² qui a servi à préparer la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Elle ne cesse d'être développée dans les préconisations des politiques publiques. Un ensemble de dispositions législatives et réglementaires a été adopté pour soutenir le maintien dans le milieu ordinaire de vie : financements d'aides techniques ou humaines par la prestation de compensation du handicap, développement des services d'aides à domicile...Le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie PRIAC 2011 2013 élaboré par l'Agence Régional de Santé de Haute Normandie l'annonce comme une action prioritaire : » *favoriser le maintien en milieu de*

³⁸ PRIOU J, « *La participation sociale sans l'égalité des chances : le mirage des politiques d'action sociale* » in Colloque International ÉTAT ET REGULATION SOCIALE COMMENT PENSER LA COHÉRENCE DE L'INTERVENTION PUBLIQUE Paris, 11, 12 et 13 septembre 2006, p10.

³⁹ Devise du mouvement international des handicaps

⁴⁰ BARRAL C. et al, 2000, *L'institution du handicap : le rôle des associations*, Rennes : PUR, p. 275.

⁴¹ COHUE S. et al, 2005, « Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens » *La documentation française revue française des affaires sociales* n°2, p.96.

⁴² BLOCH-LAINE F., "Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées", 1967, disponible en ligne : <http://www.archivesnationales.culture.gouv.fr>

vie ordinaire par le développement des services et de l'accueil temporaire ». Le maintien à domicile est souvent perçu comme le meilleur moyen pour les personnes de conserver une vie sociale. Certains auteurs et personnes handicapées vont jusqu'à affirmer que les institutions représentent un « *sur-handicap* ». « *Aujourd'hui, le point faible de la vie institutionnelle, c'est qu'elle peut être impropre, voire incompatible avec la participation sociale et une vie normale ; bref, l'établissement peut représenter un sur-handicap* »⁴³. L'institution n'est pas seulement un lieu, des murs c'est avant tout un ensemble de règles qui régissent une collectivité. La place de l'individu dans la collectivité est fragile. La particularité, l'inattendu, l'exceptionnel ont du mal à trouver une place dans une organisation importante et souvent peu réactive. Jean René Loubat dresse une liste plutôt sévère des effets négatifs que peut avoir l'institution : « *une infantilisation condescendante, un certain déni de la citoyenneté et du statut d'adulte, un refus de la responsabilité et de l'autodétermination, par une coupure avec l'environnement, un enfermement dans le pathos, une mise sous tutelle économique...* »⁴⁴.

Cette opposition entre établissement et domicile n'est à mon avis pas fondée. Certaines personnes sont totalement privées de vie sociale à leur domicile et d'autres découvrent les loisirs, l'implication dans des groupes, des réseaux en intégrant un établissement médico-social. Le foyer Henry 4 a déjà mis en place un accompagnement respectueux des droits des usagers que JR. Loubat nous rappelle ici. Les établissements peuvent mettre au service des personnes en situation de handicap leurs compétences professionnelles et leurs savoirs-faire.

2.1.5 Des politiques publiques qui s'orientent vers la participation à la vie sociale

La participation à la vie sociale devient un débat de société : La frontière entre les personnes vulnérables et le reste de la population s'estompe peu à peu sous les effets du vieillissement des populations, de l'apparition massive de maladies dégénératives, de la montée des précarités... La situation de handicap ne nous semble plus aussi éloignée de nous. La question de notre participation à la société si nous étions à un moment dans cette situation, devient alors un enjeu important.

⁴³ LOUBAT JR., « *Personnes en situation de handicap : De l'intégration vers l'inclusion* », in DE L'INTEGRATION VERS L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES, 18 oct 2012, Tours, Mode H, p 10

⁴⁴ LOUBAT JR., « *Personnes en situation de handicap : De l'intégration vers l'inclusion* », in DE L'INTEGRATION VERS L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES, 18 oct 2012, Tours, Mode H, p 10

Les politiques publiques françaises axent de plus en plus l'action sociale sur cette question de la participation à la vie sociale : La loi du 30 juin 1975 prévoyait des mesures permettant de favoriser la vie sociale des personnes handicapées en matière de dispositions architecturales, d'aménagements des locaux et de transports collectifs. La loi de 2005-102 annonce la participation à la vie sociale dans son titre même. La participation à la vie sociale devient une finalité des politiques sociales.

Les représentations sociales des personnes en situation de handicap se sont modifiées. De l'infirmes que l'on maintenait loin de la vie sociale, au patient qu'il faut d'abord rééduquer avant qu'il ne puisse vivre dans la société, nous voulons aujourd'hui considérer la personne en situation de handicap comme un citoyen à part entière et demander à la société de faire l'effort de se rendre accessible.

L'action de l'État en faveur des publics handicapés et plus largement de tous les publics précaires s'est réorientée sur ce modèle. Ce sont d'abord les principes de « l'économie du bien-être » qui ont guidé son intervention. Cette approche définissait l'assistance sociale comme la garantie d'un minimum de subsistance ou d'aide à des populations vulnérables, clairement identifiées. Elle mesurait l'efficacité des moyens déployés en termes de bien-être individuel sans s'interroger sur la répartition de l'effort de solidarité entre les membres de la société. Un autre modèle s'impose depuis une vingtaine d'années en France et dans les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) : Les théories de la justice. Ce modèle a été théorisé par deux auteurs : un économiste indien Amartya Sen et un philosophe politique américain : John Rawls. Ils proposent un modèle de société fondée sur la coopération sociale de l'ensemble des citoyens : le modèle de participation sociale. L'objectif principal est la participation sociale des membres de la société et la liberté offerte à chacun d'accomplir son projet de vie. Cet objectif est la condition essentielle de l'expression de la citoyenneté. Ce modèle est fondé sur deux principes : la non-discrimination et la compensation des conséquences du handicap. Les politiques publiques françaises les plus récentes en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées sont fortement inspirées de ce modèle de participation sociale. Dès les années 1990, les politiques publiques françaises annoncent leur volonté de renforcer la liberté effective de choisir un projet de vie et affichent la participation sociale comme un objectif principal.

Le concept de participation à la vie sociale s'inscrit dans cette logique. Il fait son apparition dans le champ du handicap en proposant une approche très pragmatique qui consiste à penser qu'il serait moins coûteux d'investir dans la prise en charge des communautés et des personnes par elles même comme le précisent les travaux de

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) inspirés du rapport Lalonde⁴⁵. Cette approche trouve sa justification idéologique quand elle s'associe au concept de normalisation développé dans les années soixante-dix par Karl Grunewald (psychiatre) et Neils Bank-Mikkelsen (haut fonctionnaire des affaires sociales du Danemark) : La normalisation revendique l'accès pour les déficients intellectuels à une existence la plus proche de la normalité possible.

2.1.6 Une politique européenne volontariste

L'Europe soutient la participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap. Elle mène une politique dynamique à travers différents textes et programmes qui encadrent l'action des états membres.

Le traité d'Amsterdam de 1997 affirmait le principe de non-discrimination en raison des handicaps. La charte des droits fondamentaux, adoptée le 7 décembre 2000, reconnaît leur droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et professionnelle et à la participation à la vie de la communauté. Le conseil de Lisbonne (2009) introduit une nouvelle méthode de coopération entre les Etats membres pour lutter contre les discriminations entre autre celles fondées sur un handicap, méthode qui agit pour la protection et l'inclusion sociale. La déclaration de Madrid (qui a regroupé six-cents participants venus de trente-quatre pays) a donné le coup d'envoi de l'année européenne des personnes handicapées (2003). La conférence de Saint Pétersbourg organisée par le conseil de l'Europe en 2006, propose ses réflexions pour « *Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe à travers la participation pour tous, l'innovation, l'efficacité* »⁴⁶.

Un plan d'action « la stratégie handicap 2010-2020 » et des programmes (HELIOS⁴⁷ et EQUAL⁴⁸) soutiennent les actions favorisant l'intégration, l'inclusion et l'égalité des chances des personnes handicapées.

⁴⁵LALONDE P., 1974 *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, disponible sur internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca>

⁴⁶ Direction Générale de la cohésion sociale du conseil de l'Europe, « *Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe à travers la participation pour tous, l'innovation, l'efficacité* », Saint Pétersbourg 21-22 septembre 2006, Nordem,

⁴⁷ Programme qui a pour objectifs de stimuler et promouvoir un échange d'informations et d'expériences pratiques dans les domaines de la réadaptation fonctionnelle, de l'éducation et de la formation professionnelle, afin d'accroître l'intégration économique et sociale des personnes en situation de handicap. Un accent particulier est mis sur le rôle des technologies.

⁴⁸ Programme qui a pour objectif de soutenir les initiatives qui luttent contre les discriminations sur le marché du travail

En 2011, l'Europe se rapproche des positions internationales en ratifiant la convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées, texte qui affirme la pleine citoyenneté des personnes handicapées :

« Les États Parties à la présente Convention reconnaissent à toutes les personnes handicapées le droit de vivre dans la société, avec la même liberté de choix que les autres personnes, et prennent des mesures efficaces et appropriées pour faciliter aux personnes handicapées la pleine jouissance de ce droit ainsi que leur pleine intégration et participation à la société... »⁴⁹

Pour les instances européennes, la participation à la vie sociale se traduit donc par la possibilité pour chacun de réaliser son projet de vie et de bénéficier de l'accès au droit commun sans discrimination.

2.2 La participation à la vie sociale : Un autre modèle d'accompagnement pour le foyer Henry 4

2.2.1 Des usagers au centre du foyer Henry 4 : De l'intégration à l'inclusion

Le concept de participation à la vie sociale fait référence au concept d'inclusion. L'inclusion propose une société qui s'adapte, module son fonctionnement, son organisation pour permettre à tous de vivre ensemble ; et qui permet ainsi la participation à la vie sociale de chacun.

L'accompagnement des personnes en situation de handicap réalisé par le foyer Henry 4 est basé sur la notion d'intégration dans le milieu ordinaire. L'intégration est une approche normative, il s'agit pour la personne en situation de handicap de se glisser dans les règles communes et donc de se conformer à minima au modèle dominant au risque de rester sur le bord de la route si elle n'y parvient pas. L'intégration peut se faire à différents niveaux : intégration dans des clubs sportifs, intégration par le travail... Au regard de l'hébergement, l'accès à un logement autonome en ville est considéré comme le niveau le plus élevé d'intégration. J'ai par ailleurs observé que ce critère devenait aussi le critère référent des personnes en situation de handicap et de leurs familles. L'accès à un logement remplace ainsi l'accès à l'emploi qui est devenu plus difficile.

⁴⁹ ONU, Déclaration des droits du déficient mental, article 19 disponible sur internet, (: www.org/fr).

Le foyer Henry 4 aide donc la personne en situation de handicap à se préparer au milieu ordinaire. L'établissement représentant le cœur de ce dispositif.

Pour les professionnels, l'intégration est subordonnée à l'acquisition d'un certain niveau d'autonomie. La notion d'autonomie est déclinée de façon très fonctionnelle à travers le parcours d'hébergement mis en place, les gestes de la vie quotidienne et enfin les activités proposées : « *Nos actions s'appuient sur les compétences, les capacités de chacun. Nous les encourageons à développer leurs aptitudes afin qu'ils évoluent à leur rythme et progressent en autonomie* »⁵⁰. Il s'agit donc d'aider les usagers à acquérir des compétences : savoir être et savoir-faire qui vont leur permettre de dépendre le moins possible des autres.

Les techniques développées à travers les activités visent à permettre l'expression, acquérir des savoirs faire, à se sentir bien (théâtre, piscine, musculation, ateliers cuisine, réalisation d'achats dans les magasins...). Indirectement elles ont un effet sur les capacités sociales des usagers, il faut en effet s'habiller correctement pour sortir, avoir un comportement adapté, mais il n'existe pas dans l'établissement d'activités ayant comme finalité le développement de compétences relationnelles : avoir conscience de son image, savoir entrer en relation, se présenter, tenir une conversation.

L'outil utilisé actuellement par l'équipe : le ROCS évalue ces compétences : la personne sait-elle de laver seule, choisir une tenue adaptée à la météo, entretenir son espace privé ? Lors de l'accompagnement quotidien les professionnels sollicitent, valorisent les personnes pour qu'elles parviennent à accomplir seules ces gestes. Les activités proposées en dehors des activités de loisirs ont également cet objectif : l'atelier cuisine par exemple. Il convient de rééduquer par un apprentissage qui ne s'est pas fait faute de motivation ou de stimulation adaptée.

Cette représentation a été mise à mal avec la création du foyer de vie pour personnes âgées vieillissantes pour lesquelles l'acquisition d'autonomie n'est pas une évolution possible. Les professionnels qui étaient présents à la création du foyer d'hébergement et qui accompagnaient des jeunes travailleurs en CAT vers de plus en plus d'autonomie ont dû remettre en cause leurs pratiques. Un certain nombre d'actions d'accompagnement des professionnels avaient été alors mises en place. Finalement, l'autonomie est restée également l'axe principal de travail auprès des usagers du FV : conserver, maintenir l'autonomie afin que les personnes vieillissent bien, reculer l'heure de la dépendance.

Cette conception rencontre pour moi deux limites :

⁵⁰ Projet d'établissement du foyer HENRY 4 2008 P 9 « valeurs et objectifs du foyer »

- Les résidents qui ne souhaitent pas ou ne sont pas en capacité de progresser vers plus d'autonomie, sont aussi limités dans leur vie sociale. Le risque serait qu'ils restent dans une sorte d'impasse, incapables de progresser vers plus d'autonomie donc supposés inaptes à accéder à une vie sociale plus importante que celle qu'ils ont de façon naturelle : famille, travail.... Le lien entre autonomie et participation à la vie sociale doit être remis en cause comme le conseille JR Loubat : » *La participation à la vie sociale est une démarche individuelle, dynamique, elle est modulable, elle ne nécessite pas d'acquisition de moyens d'autonomie particuliers* »⁵¹. Est-il nécessaire de savoir se déplacer seul en ville pour aller au cinéma ? Est-ce que ne pas savoir s'habiller seul empêche d'aborder une fille ? La réponse est non et les usagers nous en font la démonstration tous les jours.
- Elle présente un accompagnement centré sur l'établissement lui-même. L'établissement est le lieu de l'apprentissage, de l'expérimentation et les relations avec l'extérieur se font à partir de l'établissement. La Loi 2002-2 incite les établissements médico-sociaux à mettre l'utilisateur au centre du dispositif, le dispositif ne peut se limiter au foyer Henry 4, il convient d'en avoir une vision plus large et de considérer l'accompagnement proposé par l'hébergement comme un lieu de « pilotage » de ce dispositif.

2.2.2 Le Projet personnalisé est la clé de voûte de la participation à la vie sociale

La participation à la vie sociale est une dimension personnelle du projet de vie des usagers.

Le projet de vie des résidents est abordé à travers le projet personnalisé. C'est à travers ce projet que l'équipe apprécie les potentialités de la personne, les ressources de son environnement, recueille ses souhaits et va élaborer les moyens de réaliser ce projet de vie.

Il est nécessaire de disposer d'indicateurs du niveau et de la qualité de la participation à la vie sociale plus précis que ceux qui sont contenus dans le ROCS qui est utilisé.

Les théoriciens de la participation à la vie sociale nous en proposent :

⁵¹ LOUBAT JR., « *Personnes en situation de handicap : De l'intégration vers l'inclusion* », in DE L'INTEGRATION VERS L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES, 18 oct 2012, Tours, Mode H, disponible sur internet : www.modeh.fr/ActesColloque.pdf,p.12.

Tremblay et Tellier proposent une échelle d'«évaluation du niveau de participation sociale ». Soixante ITEMS, onze catégories mesurent essentiellement l'utilisation des différents services de la communauté.⁵²

Le Centre Régional d'Etudes et d'actions en faveur des personnes Handicapées et Inadaptées (CREAHI) Champagne Ardennes a réalisé une étude sur la participation à la vie sociale des usagers en foyers de vie. Cette étude réalisée dans trois régions, a concerné 1427 usagers. Ils ont fixés des indicateurs concrets et quotidiens tels que la fréquentation des services de proximité, le nombre de sorties, le budget consacré aux loisirs...⁵³

Jean René LOUBAT propose une grille de questionnement à destination des usagers des établissements médico-sociaux. Questions allant de l'accès aux soins, à la participation à des relations affectives, l'accès à la communication, l'accès à la dimension économique...⁵⁴

Fougeyrollas mesure les habitudes de vie incluant les activités courantes et rôles sociaux valorisés et faisant sens pour une personne ou une population donnée, à travers un outil de mesure des habitudes de vie : le M.HA.VIE⁵⁵

Ces indicateurs pourront servir à construire un outil d'évaluation adapté au foyer Henry 4 et à ses résidents.

Le référent éducatif est le référent du projet personnalisé. Il le prépare, coordonne les actions du projet, prépare les écrits professionnels. Au quotidien, c'est lui qui est le plus en contact avec les familles, le mandataire judiciaire, le médecin traitant, les spécialistes... Ce rôle est très investi par le professionnel référent, ses collègues, les familles et encore plus par les résidents. Les questions qui peuvent représenter un risque pour l'utilisateur et c'est le cas lors de décisions concernant la vie sociale, reposent en grande partie sur le référent. Elles sont discutées en réunion ou lors de l'élaboration du projet mais la parole du référent a une importance prépondérante parce qu'il a la fonction de référent, qu'il a une vision globale de la situation et détient les informations. Ensuite c'est lui qui va mettre en action et accompagner le projet. Le référent se trouve dans une position de grande responsabilité.

⁵²Cf. Annexe VIII Tremblay G., Tellier C., L'échelle « Évaluation de la participation à la vie sociale », disponible sur internet site La Myriade : <http://www.crlamyriade.qc.ca>

⁵³CREAHI, Etude sur la participation à la vie sociale des usagers en foyers de vie, disponible sur internet : www.creahi-champagne-ardenne.fr/

⁵⁴ Cf. Annexe IX

⁵⁵ Cf. Annexe X

Chaque professionnel de l'équipe éducative est référent de cinq à six usagers quel que soit son poste et sa formation initiale. Les professionnels sont amenés à développer des actions pour lesquelles ils n'ont pas de formation, de compétences ou au contraire à ne pas pouvoir valoriser suffisamment certains savoir-faire. Les AMP dont le cœur de métier est l'accompagnement de la vie quotidienne, sont amenés à faire de la médiation, à travailler en réseau, développer le partenariat. Les éducateurs spécialisés formés sur ces domaines, accompagnent des toilettes, prérogative pour laquelle ils n'ont pas reçu de formation. . Cette organisation nous prive à mon avis de compétences qui tout en étant complémentaires les unes aux autres sont indispensables pour mettre en œuvre la participation à la vie sociale. Une co-référence entre une AMP, UN ME et un ES installerait une collaboration intéressante pour accompagner la vie sociale du résident.

2.2.3 Un établissement ouvert à/et sur son environnement

Participer à la vie sociale c'est aussi un processus. Roques et Al le définissent ainsi : « *Un processus par lequel un individu ou un groupe d'individu s'associe et prend part aux actions d'une entité ou d'un regroupement à un niveau plus global, relativement à un projet de plus ou moins grande envergure* »⁵⁶. La participation à la vie sociale a pour effet de nouer des liens, d'éviter l'isolement, de jouer un rôle social. Tremblay ajoute que ce processus s'inscrit dans un échange : « *La participation à la vie sociale est caractérisée par une relation de réciprocité, elle marque un échange, une contribution ou un don et on comprend qu'elle soit valorisante et gratifiante pour la personne* ». ⁵⁷

Ainsi les réseaux dans lesquels la personne est inscrite vont jouer un rôle déterminant : le réseau étant défini comme « *l'ensemble des liens d'un individu avec d'autres signifiants (famille, amis, voisins et autres partenaires* » ⁵⁸. Plusieurs niveaux de réseaux ont été repérés par les sociologues et les professionnels qui s'intéressent à l'intervention en réseau : le réseau primaire constitué des relations naturelles de personnes unies par des

⁵⁶ Roques et Al, in PROULX J., 2008, « qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, 37 p.

⁵⁷ Tremblay in PROULX J., 2008, « qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, 37 p.

⁵⁸ D.B. BIEGE théorie du support social in PROULX J., 2008, « qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, p.15.

liens de parenté, d'amitié, de travail, de voisinage et le réseau secondaire formel ou informel dans lequel les liens ne se forment pas de manière naturelle mais s'établissent de façon structurée en fonction des besoins et services offerts. Les résidents du foyer Henry 4 n'ont pas toujours un réseau familial, leurs autres réseaux de relations sont constitués, le plus souvent des autres résidents et des professionnels. L'accompagnement doit leur permettre d'aller vers l'extérieur, fréquenter des clubs, des associations, rencontrer de nouvelles personnes mais aussi pouvoir à leur tour recevoir. J'encourage, les demandes des résidents et les projets des professionnels qui vont dans ce sens et participent à l'ouverture de l'établissement. L'établissement est ouvert aux familles sans restriction d'horaire. L'accès aux espaces a été défini ainsi : les pièces collectives du bas sont ouvertes à tous : amis, famille. Les chambres ne sont accessibles qu'à la proche famille, avec l'accord du résident.

Les décisions d'ouverture sont formalisées dans le projet personnalisé du résident, mais n'ont pas fait l'objet d'une réflexion globale. Des aménagements de l'organisation sont réalisés au cas par cas, au risque d'être mal ou pas réalisés lorsque les professionnels n'ont pas communiqué précisément les informations..

Ouvrir l'établissement c'est permettre aux proches, familles, bénévoles, partenaires d'accéder facilement à l'espace de vie du résident, multiplier les occasions de rencontre et permettre à l'usager de sortir facilement, de se rendre dans des lieux où il sera accueilli.

L'ouverture est une condition incontournable pour l'accès à une vie sociale. C'est l'opportunité de créer des liens, d'avoir des relations amicales, affectives, sexuelles qui s'inscrivent dans une réciprocité.

Elle permet également de renouer des liens distendus, ou maintenir des relations en favorisant les temps d'échange entre les professionnels et toutes les personnes proches de l'usager. Les familles par exemple, rencontrent des difficultés à trouver leur place dans le trio : professionnels, famille, usager. Il arrive qu'elles ne comprennent plus tel ou tel comportement et les contacts se raréfient. Le frère de Mr M. ne l'invite plus. Le référent de Mr M. a récemment compris que Mr M. criait quelques fois lorsqu'il se trouvait chez son frère et que ses cris effrayaient les petits enfants qui sont arrivés depuis peu dans la famille. Aussi Mr M n'est plus invité chez son frère et il ne comprend pas pourquoi. Aider un résident à être en relation avec sa famille, à construire une relation amoureuse... sont des actes qui interfèrent dans l'intimité de la personne et nécessite une approche respectueuse et attentive aux deux parties.

L'ouverture des établissements est une préconisation de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Elle est un critère important de l'évaluation externe à laquelle sont soumis les

renouvellements d'autorisation des établissements. Au-delà de permettre la participation à la vie sociale des usagers, elle est aussi un outil de lutte efficace contre le développement de comportements d'enfermement, de repli sur soi et une façon de prévenir la maltraitance.

Cette démarche articule les missions de l'établissement, les capacités et fragilités des usagers et les ressources de l'environnement.

Bien sûr, il ne s'agit pas simplement d'ouvrir en grand les portes et de décréter la liberté de circuler. L'ouverture de l'établissement n'est pas sans poser des problèmes d'organisation et de sécurité. Elle introduit de l'imprévu, de la désorganisation. Le travail quotidien est rendu plus compliqué : telle personne va dîner dans sa chambre avec un ami, telle autre va rentrer un peu plus tard...La communication entre les différents protagonistes est un élément primordial.

Elle interroge la mission de protection des établissements. Les personnes accueillies sont des personnes vulnérables. Certaines le sont plus que d'autres et si on peut penser que Mr G. va savoir être en relation avec tel ami, quelles incidences la présence de cet ami va-t-elle avoir auprès des autres résidents ? Certains usagers sont particulièrement sensibles au changement, à l'imprévu et montrent des signes d'angoisse, de pertes de repères dans ce type de situation. Ces difficultés se rencontrent plus fréquemment chez les personnes les plus âgées, résidents du foyer de vie. L'ouverture de l'établissement crée une tension entre la participation à la vie sociale et la sécurité des usagers.

La question de la sécurité est bien sûr un élément qui mérite une grande attention, cependant elle doit être mise en perspective avec la situation actuelle. Les usagers font des rencontres en dehors de l'établissement : dans la rue, lorsqu'ils se rendent sur leur lieu d'activité par exemple. Ces rencontres se font au hasard des circonstances, loin de tout regard. Lorsque les professionnels en ont connaissance, quand ils en ont connaissance, la situation est souvent difficile. Mme C. fréquente la gare, qui se trouve tout près de l'établissement, elle échange des cigarettes contre ses affaires personnelles. Elle a à plusieurs reprises suivi des hommes qu'elle ne connaissait pas chez eux parce que cela lui faisait plaisir de leur plaire et qu'ils lui avaient promis un petit cadeau. Mme C n'anticipe pas le danger, elle aime rencontrer des gens, recevoir des petits cadeaux et comme elle sait que l'équipe lui déconseille fortement de se comporter ainsi, elle se cache, ne vient en parler que quand elle est réellement en danger.

L'apprentissage chez les personnes déficientes intellectuelles se fait la plus part du temps par de nombreuses répétitions. L'élément le plus important est la mise en situation, les usagers doivent être confrontés à la situation, afin de se l'approprier, de la comprendre, de faire des essais, des erreurs qui seront commentées par l'accompagnateur. Dans ce cadre des relations humaines, l'expérimentation revêt des

contraintes particulières. L'expérience ne doit pas devenir pénible pour l'utilisateur, ni le stigmatiser définitivement.

La question de l'équilibre entre prise de risques et participation à la vie sociale, place l'ensemble des acteurs dans un questionnement éthique. Les professionnels sont en position d'évaluer le risque. Ceci fait souvent l'objet de négociations. La sœur de Mr D ne veut pas qu'il se rende à pied à l'Atelier de jour, elle a peur. L'équipe a pu évaluer que Mr D était tout à fait en capacité de le faire et Mr D y tient. La décision ne peut-être que collégiale.

Aussi la démarche d'ouverture est transversale au projet d'établissement et va interroger :

- Les espaces pour qu'ils permettent aux usagers de recevoir dans leur lieu de vie, en proximité des professionnels

- L'organisation interne pour qu'elle s'assouplisse mais renforce sa communication

- Les projets personnalisés qui vont permettre de prendre en compte les besoins et attentes des usagers au regard de leurs capacités à s'investir dans la démarche.

- L'environnement qui est une ressource. L'établissement s'engage dans une démarche de partenariat, il communique, se fait connaître, sensibilise ses partenaires au public, développe des actions sur le territoire. L'établissement peut à son tour devenir une ressource pour l'environnement. L'emplacement du futur établissement va donc être élément déterminant

- les compétences professionnelles à travailler en réseau, accompagner l'utilisateur dans ses relations.

- Le règlement de fonctionnement qui va fixer le cadre de l'exercice de la participation à la vie sociale.

- La fonction d'accueil qui va préparer l'accès à l'établissement.

La démarche d'ouverture vise à créer des espaces de rencontres, des conditions facilitatrices dans le respect de l'intégrité, l'intimité et la dignité des personnes dans un cadre sécurisé et rassurant. Elle s'accompagne donc d'une préparation continue des usagers, un renforcement de leurs capacités à exercer une vie sociale ordinaire.

2.2.4 Des espaces qui facilitent la vie sociale

Le foyer principal est un petit immeuble de trois étages sans ascenseur. Il a été construit en 1989. Le projet de reconstruction de ce site est l'occasion de penser les espaces privés, les espaces collectifs et l'articulation de ces deux sphères. En mai, 2012 j'ai demandé aux professionnels, lors d'une réunion de coordination de

dresser un inventaire des points positifs et négatifs de l'architecture actuelle du foyer. Ils devaient également identifier les espaces qui pouvaient être des lieux de tension. Il en ressort le bilan suivant :

- ✓ Le bureau éducatif est envahi, tous les résidants, visiteurs, professionnels y viennent.
- ✓ Les chambres sont trop éloignées des espaces collectifs
- ✓ La cuisine du deuxième étage, la salle d'activité prévue initialement pour les résidants du foyer de vie sont sous exploités à cause de l'absence d'ascenseur et de l'éloignement de l'entrée de l'établissement.
- ✓ A l'inverse la salle de vie du rez de chaussée est surexploitée. Les professionnels y pratiquent les activités, assurent l'accueil des familles, des visiteurs, y servent certains repas.
- ✓ La chambre de veille située au rez de chaussée est trop éloignée des chambres des résidants.

L'équipe repère des espaces et des temps de tension : les espaces collectifs du rez de chaussée sont bruyants et surpeuplés aux moments de transitions : le matin et en fin d'après-midi, lorsque les personnes du foyer d'hébergement se préparent à partir ou rentrent de leurs lieux d'activités. Les repas collectifs sont des moments de tension.

L'espace collectif mérite une réorganisation. Les chambres ont aussi un rôle à jouer : Avoir une vie sociale dans l'établissement va passer par l'appropriation d'un espace à soi et une place dans la collectivité qui soit personnelle et choisie.

A) Avoir un espace à soi pour être avec les autres

Le foyer Henry 4 a vingt-six chambres individuelles avec chacune une petite salle de bains. Les chambres sont petites, les résidants peuvent difficilement y recevoir, ni y prendre un repas s'ils le souhaitent. Les usagers ont la clé de leur chambre, mais beaucoup ne la considère pas comme leur « chez eux », ils ne la décorent pas spontanément. Elles sont loin des espaces collectifs où se trouvent les encadrants. Ceux-ci se trouvent au rez de chaussée et les chambres dans les étages, les résidants ne s'y rendent que lorsque c'est le moment désigné par le rythme institutionnel : après des sorties pour ranger son manteau et le soir pour se coucher.

La chambre lorsqu'elle est investie, lorsqu'elle devient un véritable espace personnel et intime, un « chez soi » est alors un outil d'apprentissage de la vie sociale. Ce « chez-soi » participe à la construction de l'identité. Il est un espace d'intimité où la personne organise ses relations au monde et aux autres. C'est un lieu où elle peut se sentir en sécurité. « La notion de « **chez-soi** » fait écho à ce besoin de régulation des

*relations à autrui. En effet, le chez-soi définit la relation particulière qu'une personne entretient avec l'endroit où elle vit, relation associée à la satisfaction de besoins humains fondamentaux : maintien de l'identité, protection de l'intimité, recherche de sécurité ».*⁵⁹

C'est dans cet espace que l'usager peut organiser son temps, sa vie quotidienne, avoir du pouvoir sur sa vie et peut exprimer ses désirs, ses projets.

L'articulation entre le chez soi et les espaces collectifs est aussi un lieu d'apprentissage des relations avec les autres. L'habitant peut choisir d'être ou ne pas être avec les autres et ainsi affirmer ses choix, trouver un équilibre entre le besoin de communiquer et le besoin de se protéger. La façon dont la personne se situe dans son espace structure l'accès à une vie relationnelle, affective et permet l'apprentissage d'une relation équilibrée aux autres.

B) L'articulation entre les espaces collectifs et les espaces intimes.

Tous les espaces collectifs se trouvent en rez de chaussée : le bureau éducatif entre la salle de repas et la salle de vie, le bureau de direction qui fait aussi fonction de bureau d'accueil, la pharmacie, la cuisine principale. Cet espace collectif est pour l'instant prépondérant dans l'organisation, tout s'y passe : les appels téléphoniques aux médecins, aux administrations, les discussions avec les familles, les discussions entre résidant et référent. Les familles ne prennent pas toujours le temps d'aller dans la chambre et les discussions se font aussi dans cet espace (les trois étages sont aussi un élément dissuasif pour les parents les plus âgés). Cette organisation ne préserve pas toujours la confidentialité des informations et concentre la vie de l'institution. Il existe des lieux, dans les étages, qui permettent d'être en plus petits groupes ou de s'isoler, mais ils ne sont pas utilisés. Les résidents ne prennent pas l'initiative de s'isoler, de profiter des lieux plus calmes. Ils n'en ont pas l'habitude et rien dans le fonctionnement ne les y encourage. Ils préfèrent rester dans la proximité des professionnels. Mme H. par exemple, se plaint quotidiennement du bruit et du nombre de personnes présentes dans la salle de vie, cela la met en colère mais elle refuse fermement de se rendre dans sa chambre pour être au calme.

L'architecture du foyer principal ne facilite pas une appropriation de l'espace par les résidents. Ils ne viennent dans leurs chambres que pour dormir le plus souvent,

⁵⁹GHIDAOUI C., 2010, « L'articulation entre « chez soi » et espace collectif interne » *Les cahiers de l'actif* n°414/415, p 95.

subissent le groupe sans penser qu'ils pourraient faire autrement. Ils restent dépendants des professionnels et des rythmes institutionnels.

2.2.5 Un lieu d'apprentissage de la citoyenneté

Pour avoir la vie sociale dont on a envie, il est indispensable de pouvoir faire des choix, exprimer d'une façon ou d'une autre ses envies et d'avoir le sentiment d'exercer un certain contrôle sur sa vie. Ce qui n'est pas si simple pour les personnes déficientes intellectuelles. Le modèle de la participation à la vie sociale revendique d'abord de faire de l'individu un acteur de sa propre vie. Participer à la vie sociale c'est être citoyen. L'établissement joue son rôle de préparation à la vie sociale, lorsque dans son organisation même il permet et valorise l'expression, la prise de décision des usagers. La première étape est de leur rendre les informations accessibles par tout type de moyens de communication et développer leurs capacités de collaboration à la vie de l'institution. Les usagers sont à la fois sujets et partenaires de l'action des établissements. Ils expérimentent ainsi leurs possibilités de choisir, d'avoir une action sur leur vie quotidienne et par extension sur l'ensemble de leur vie. Je rejoins en cela les théories de l'empowerment qui expliquent que pour acquérir la capacité d'agir il est nécessaire que la personne puisse s'engager, avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés, se percevoir comme compétente et connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits afin de développer son sens critique.

Les instances dans lesquelles les usagers sont présents doivent devenir des lieux d'exercice de la citoyenneté : débattre de décisions concernant la vie de l'institution. Il existe dans les établissements différents lieux d'expression des résidents. J'organise et anime une réunion des résidents dans chaque structure, ces réunions sont des lieux d'échanges sur les problèmes matériels, les difficultés de cohabitation, de bilan des activités exceptionnelles, des projets. C'est aussi un lieu où je les informe des arrivées, départs, stages de résidents ou de professionnel, l'état d'avancement de travaux....

La psychologue anime des groupes de paroles en collaboration avec une professionnelle.

Les résidents siègent au Conseil à la Vie Sociale (CVS). Le foyer d'hébergement et le foyer de vie sont réunis dans un seul conseil à la vie sociale. Jusqu'aux dernières élections il n'existait qu'un seul CVS pour le foyer d'hébergement, le foyer de vie et l'atelier de jour. Le CVS manquait de temps, et souffrait du mélange des activités et de l'hébergement. J'ai souhaité que le foyer d'hébergement et le foyer de vie aient leur propre C.V.S. Il est composé d'élus :

- 5 représentants des résidents. (un élu par site).
- 2 représentants des parents.

- 2 représentants du CA.
- 2 représentants des salariés.
- 2 représentants de la Direction.

Institué par la loi du 2 janvier 2002 et par le décret 2004-287 du 25 mars 2004⁶⁰, le conseil de la vie sociale est un outil destiné à garantir les droits des usagers et plus particulièrement la participation des personnes handicapées mentales au fonctionnement de l'établissement ou du service dans lequel elles sont accueillies. Il se réunit trois fois par an, c'est, à mon avis insuffisant.

Le conseil à la vie sociale ne se réunit pas suffisamment souvent pour jouer son rôle. , Par ailleurs, les élus résidents et les élus représentants des familles ont besoin d'être formés pour remplir leurs rôles de représentants.

L'apprentissage de la libre expression se fait aussi par la relation résident-éducateur. Certains professionnels accompagnent les résidents depuis plus de vingt ans. Les difficultés de compréhension et d'expression des usagers obligent les professionnels à se questionner en permanence sur l'influence qu'ils ont sur les choix, la vie des usagers. Certains résidents vont s'inscrire dans une activité parce que c'est leur référent ou l'éducateur qu'ils apprécient qui l'anime. D'autres vont choisir parce qu'ils pensent ainsi faire plaisir au professionnel. La façon selon laquelle le professionnel leur explique, leur présente la situation va déterminer leur choix. Le professionnel a une représentation de l'intérêt de la personne qu'il accompagne. Or il est important que l'utilisateur puisse faire ses propres choix, retrouve du pouvoir sur sa vie. Le professionnel doit donc adopter une posture où il va privilégier le choix du résident : lui rendre accessibles les informations, l'aider à comprendre les effets de tel ou tel choix et négocier les conditions de réalisation d'un choix qui parfois va être inadapté.

Conclusion deuxième partie

L'étude du concept de participation à la vie sociale mis en perspective avec le diagnostic que j'ai pu dresser du foyer Henry 4, confirme mon hypothèse. Il est nécessaire de considérer l'ensemble des établissements (architecture, règlement, organisation, relation d'aide...) sous l'éclairage du modèle de la participation à la vie sociale. Les projets d'établissements regroupent toutes ces dimensions. Il semble bien

⁶⁰ Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

qu'une réorientation des projets d'établissements vers la promotion de la participation à la vie sociale des usagers soit pertinente pour que le foyer Henry 4 s'adapte à l'évolution de son public. Je peux, à ce moment de mon travail faire état des points forts qui vont être des leviers pour réaliser mon projet et des points faibles qui méritent une vigilance toute particulière de ma part.

| POINTS FORTS | POINTS FAIBLES |
|--|---|
| Des usagers en demande | Des usagers vulnérables |
| Une association dynamique Un projet associatif qui prône l'intégration et le respect du projet de vie | Une association de parents qui porte un regard protecteur sur les usagers |
| Des expériences alternatives à l'hébergement classique Le projet de reconstruction | L'architecture du foyer principal |
| Des établissements inscrits dans une dynamique d'individualisation et de diversification des modes d'hébergement | Un modèle d'accompagnement construit sur la notion d'intégration |
| Des professionnels qualifiés, investis | Des missions indifférenciées, des compétences sous exploitées |
| Une expérience du changement et de façons différentes d'accompagner | |
| Un réseau de partenaires important | |

Fig.n°7 : points forts/points faibles

3 Promouvoir la participation à la vie sociale des usagers

Faire du foyer Henry 4 un établissement ouvert, dans lequel les hommes et les femmes en situation de handicap sont accompagnés pour accéder à la vie sociale qu'ils souhaitent avoir est un projet qui va prendre plusieurs formes.

Pour préparer ce projet, il m'a fallu cerner les besoins des résidents, connaître le contexte et la situation du foyer ; j'ai également besoin d'avoir une vision du fonctionnement de cette organisation, afin d'envisager les manières d'y introduire un changement. Pour cela, je vais m'appuyer sur les travaux de H. Mintzberg théoricien des organisations qui développe une approche systémique. H. Mintzberg présente l'organisation comme un ensemble composé de parties : le sommet hiérarchique (directeur et directeur adjoint), le centre opérationnel (les professionnels en lien direct avec l'activité), le personnel de soutien logistique... Les organisations se structurent différemment pour être en adéquation avec leur activité : certaines vont avoir une ligne hiérarchique (les cadres intermédiaires) très développée, d'autres des services logistiques importants... La façon dont une organisation est structurée a une influence sur son fonctionnement.

Dans les établissements médico-sociaux, les professionnels ont une part d'initiative et d'autonomie importante, ils participent à l'élaboration des méthodes de travail et déterminent le contenu de leurs actions dans la relation quotidienne avec les usagers. Leurs missions sont liées à leurs qualifications. La ligne hiérarchique est très réduite.

Les informations, le processus de décision, l'autorité circulent entre les différentes parties de la structure sous forme de circuits formels mais aussi de façon informelle. Les acteurs installent des réseaux de communication, des relations de pouvoir qui échappent à l'organisation formelle et créent ainsi des zones d'incertitude.

Ma façon de mener ce projet va associer les professionnels non seulement sur la mise en œuvre, mais sur l'analyse et la définition des axes d'amélioration et des moyens qui vont être utilisés. Mon accompagnement prendra en compte les différents circuits. Mon rôle est de veiller à favoriser la coopération, de maintenir une synergie.

La vie sociale des résidents ne se définit pas simplement, c'est une dimension individuelle, qui prendra des formes différentes selon les capacités, les besoins, les envies de chaque résident. Ce projet a donc plusieurs dimensions pour lesquelles je vais proposer des méthodes de travail différentes.

Ce projet va se décliner en trois axes de travail, qui pourront cheminer dans une même temporalité, et s'entrecroiser sur certains sujets :

- Un axe d'actions en direction des projets d'établissements pour agir sur le fonctionnement et l'organisation du foyer Henry 4.
- Un axe d'actions en direction des résidants pour créer des conditions favorables à l'exercice de leur vie sociale.
- Un axe d'actions en direction des professionnels pour accompagner l'évolution des pratiques.

Ce projet demande un investissement de tous les acteurs institutionnels et des partenaires. Une grande part de mon rôle de directrice est de fédérer les acteurs du projet en maintenant le cap de la démarche. Un projet concernant la citoyenneté, les relations humaines doit veiller à être un lieu d'exercice de la citoyenneté et de respect l'expression de chacun des coopérants. C'est le lieu du débat. *«La citoyenneté implique la création des conditions de possibilité de la reconnaissance mutuelle des acteurs dans des instances définies en commun avec leurs objectifs et leurs missions »*⁶¹. La posture du directeur doit être une posture d'ouverture, d'encouragement à la participation et d'exigence

J'inscris ce projet dans une démarche transparente, progressive et fédératrice.

Je serai très attentive à toute la communication, afin de maintenir la mobilisation, de partager le travail des personnes participant aux groupes de travail avec l'ensemble de l'équipe..

3.1 Manager par projet pour fédérer et mobiliser

Le management par projet c'est-à-dire faire travailler ensemble et simultanément des professionnels sur un objectif commun, a été introduit auprès des professionnels du foyer Henry 4 à l'occasion de la première évaluation interne et de la démarche bientraitance. Ils ont donc déjà pu s'approprier la démarche. Le management par projet est, de mon point de vue en adéquation avec l'implication que demande un travail basé sur les relations humaines. Je pense qu'il correspond également à l'évolution que je souhaite obtenir : promouvoir la participation à la vie sociale est une action globale (elle concerne tous les aspects de l'accompagnement réalisé par les établissements) et

⁶¹ MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHESP p.14

transversale (elle concerne tous les intervenants auprès des usagers). Cependant le management par projet comporte des risques que le directeur doit anticiper et prévenir.

3.1.1 Le management par projet

La démarche projet est un principe fédérateur qui permet de progresser sur la base d'un raisonnement commun.

Elle favorise la mobilisation

Elle favorise la créativité

Elle favorise la reconnaissance mutuelle

Elle favorise les échanges sur les pratiques professionnelles et l'autoformation

Elle mobilise les compétences

Le management par projet bouscule aussi les équilibres entre professionnels et les relations entre les professionnels et la direction.

L'association de professionnels de formations différentes peut générer de l'incompréhension chez certains, qui risquent de s'auto exclure des travaux du groupe.

Il est le lieu d'affirmation des pouvoirs informels qui prennent alors la place de la réflexion collective.

Il maintient une certaine incertitude qui insécurise: la décision n'est pas donnée, elle est à construire.

Il questionne le positionnement de la hiérarchie.

3.1.2 Développer une communication fédératrice

Je suis entièrement associée tant par le conseil d'administration que par la directrice du secteur adulte au projet de construction du nouvel établissement. Cette position me donne toute légitimité pour organiser et piloter la démarche de communication qui me semble la mieux adaptée au contexte. Le conseil d'administration soucieux de la non-conformité de foyer principal actuel envisage la reconstruction comme un rétablissement de la situation. Il a par ailleurs, le souci d'adapter les établissements et services à l'évolution des usagers et familles de l'association. Ma première démarche a donc été de présenter l'étude du profil des résidents actuels et futurs et de présenter les orientations nécessaires. Je leur propose de profiter des contraintes réglementaires, pour adapter le foyer Henry 4 aux demandes et attentes de ses résidents, en mettant en œuvre les valeurs associatives de respect du projet de vie et d'intégration.

A) Communication en interne :

En septembre 2012, lors d'une assemblée générale du foyer Henry 4, la directrice de secteur et moi-même avons présenté le projet. La directrice de secteur a rappelé le

contexte des établissements et l'inscription du projet dans l'évolution associative. Je suis ensuite intervenue pour présenter l'étude réalisée : évolution du public, besoins et attentes recensées, les questions posées et expliquer la démarche.

Je prévois de faire la même présentation en l'adaptant, lors des différentes réunions institutionnelles :

- Réunion des résidents
- Conseil à la vie sociale
- Comité de direction
- Comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail
- Réunion des délégués du personnel

L'association publie un journal mensuel. C'est un excellent moyen de communication. Il est distribué à tous les professionnels, les usagers, les familles et certains partenaires extérieurs. Je prévois d'y publier un premier article annonçant le démarrage du projet et des chroniques plus courtes mais régulières pour informer de l'avancement et des questions qui sont apparues au fur et à mesure. Je prévois également un affichage régulier de l'état de la démarche dans les différents sites du foyer Henry 4. Cet affichage sera accessible, aux usagers, familles, partenaires et professionnels.

B) Communication en externe :

Je souhaite également communiquer avec l'ensemble de nos partenaires. Cet axe de communication ne sera utilisé que dans un deuxième temps, afin de ne pas mélanger la communication interne qui vise à lancer un travail de réflexion, d'évolution et la communication avec les partenaires qui a pour objectif de présenter le résultat de ce travail. Il conviendra de bien recenser nos partenaires et les réseaux de communication que nous utilisons habituellement : l'interlocuteur habituel, les modalités de communication (rencontres formelles ou informelles, courrier...).

Il est important de pouvoir mesurer l'efficacité de cette communication : les personnes auxquelles elle s'est adressée ont-elles bien toutes le même niveau d'information, ont-elles bien reçu le message ? Je serai donc attentive aux retours qui pourront être fait dans les différentes réunions institutionnelles.

La communication accompagnera tout le projet, elle vise à rendre lisible la démarche et veille à ce qu'aucun professionnel n'en soit tenu à l'écart.

3.1.3 La démarche projet

Toute démarche de projet doit se construire sur un diagnostic partagé : « *la nécessité du changement doit être perçue par l'ensemble des acteurs* ». ⁶² Dans un premier temps, ma préoccupation sera donc de réaliser avec les différents acteurs un bilan : où en est le foyer Henry 4 sur cette question de la participation à la vie sociale des résidants ? Je serai particulièrement attentive à cette phase du travail, car de ce partage du diagnostic et de la volonté commune de s'emparer de la question de la participation à la vie sociale des résidants, va dépendre toute la suite du projet. Ce projet consiste à réorienter le sens du travail des professionnels vers la promotion de la participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap. Il modifie les repères, les regards portés sur les résidants et soulève des questions éthiques. C'est un changement important pour les professionnels, les usagers, leurs proches. Je vais le construire en m'inspirant du processus d'étapes du changement présenté par JM Miramon dans son ouvrage « *Manager le changement* » ⁶³ :

- Construire ensemble une analyse détaillée de la situation : ce sera l'objet de l'évaluation interne
- Confronter ce diagnostic à la situation qui est recherchée pour mesurer les écarts
- Elaborer les objectifs qui vont permettre de réduire ces écarts : ce qui débouchera sur l'écriture des projets d'établissements
- Proposer des plans d'actions d'amélioration ce qui inscrira le changement dans une démarche continue et suivie.

⁶² MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHESP p.

⁶³ MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHES

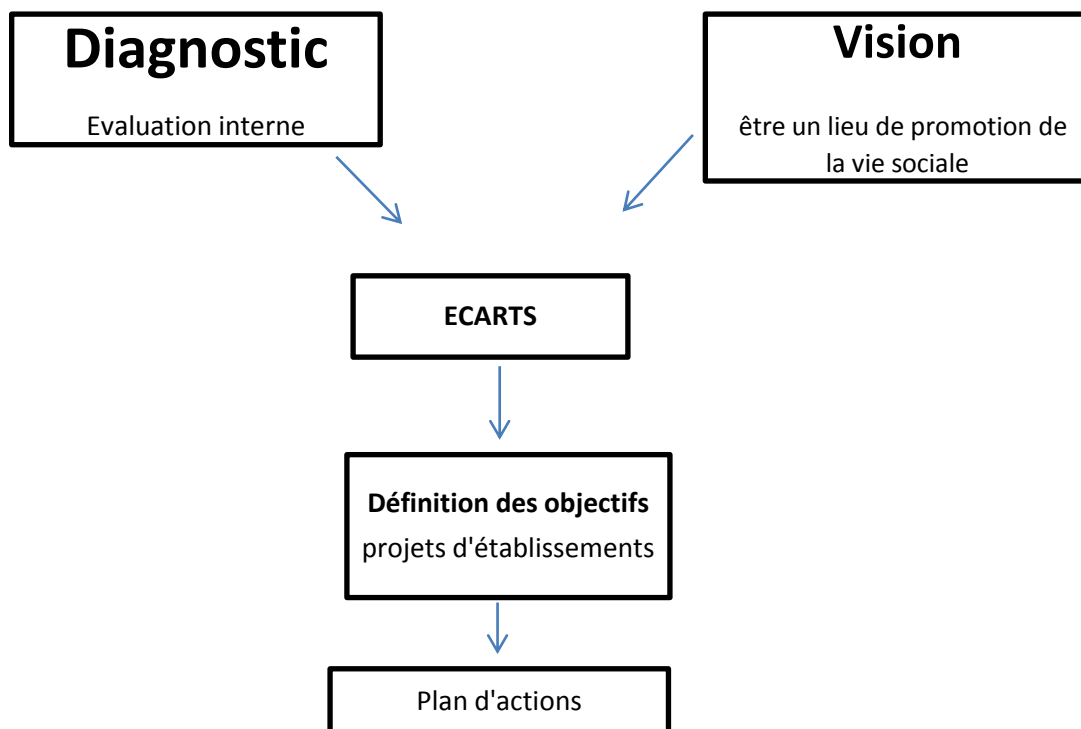


Figure n°8 : Les étapes du changement

3.2 Mettre la Participation à la Vie Sociale au cœur des projets d'établissements

L'étude du CREAHI Champagne Ardennes⁶⁴ démontre que le niveau de participation à la vie sociale est dépendant du projet d'établissement avant même d'autres facteurs tels que la gravité du handicap, les moyens financiers, l'implantation de l'établissement en milieu urbain...

3.2.1 Réaliser un autodiagnostic partagé grâce à l'évaluation interne

Le foyer Henry 4 a réalisé une évaluation interne de la qualité des prestations en 2008 et se prépare à en établir une deuxième en 2013. Cette évaluation va dresser un état des lieux du foyer Henry 4 sur toutes ses prestations : l'hébergement, la restauration,

⁶⁴ CREAHI, Etude sur la participation à la vie sociale des usagers en foyer de vie (visité le 23/06/2012) disponible sur internet : www.creahi-champagne-ardenne.fr/

l'accompagnement éducatif... Deux évaluations vont être réalisées simultanément : une concernant le foyer d'hébergement, une autre le foyer de vie.

L'évaluation de la qualité des prestations délivrées est une obligation de la loi 2002-2, elle doit être réalisée tous les cinq ans. Elle est transmise à l'autorité ayant délivré l'autorisation d'ouverture, le conseil général en ce qui concerne le foyer Henry 4.

Le comité de direction a choisi d'utiliser le logiciel Quali-Éval conçu par la fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées (Fegapei). Quali-Éval inclut les obligations réglementaires des grandes lois du secteur, intègre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par l'Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM) et reprend les spécificités du handicap par type de public accompagné. Ce logiciel contient de nombreux modules.

Je choisis de ne pas séparer cette évaluation qui concerne l'ensemble du fonctionnement des établissements de l'évaluation de la participation à la vie sociale des résidants. D'une part afin de ne pas multiplier les travaux à mener et augmenter ainsi la charge de travail, et d'autre part afin de commencer à inscrire la participation à la vie sociale comme un de nos objectifs prioritaires. En effet, La participation à la vie sociale des résidants est transversale à toutes les prestations : les repas, l'accès à l'argent personnel, le transport, l'accompagnement éducatif etc. J'ai pu constater en croisant les indicateurs des différents théoriciens du concept de participation à la vie sociale⁶⁵ que le logiciel Quali-Éval contenait les items nécessaires. Ces items ne sont pas identifiés en tant que tels, il va être nécessaire de les repérer et d'en faire un traitement différencié : les personnes chargées d'adapter le logiciel, devront donc répertorier les items qui concernent la participation à la vie sociale.

L'association emploie un responsable qualité, c'est lui qui pilote les démarches d'évaluation des différents établissements et services.

La démarche d'évaluation interne implique les différents intervenants et se déroule sous forme participative. La totalité des professionnels va participer. Ils s'inscriront dans les modules qui les concernent.

La démarche et son état d'avancement, sera affichée de façon à être consultable par les professionnels, les familles, les partenaires

⁶⁵ Cf. Annexes VIII, IX,X

Je prévois une information régulière, lors de la réunion de coordination pour l'ensemble des professionnels, lors des réunions de résidents, lors du conseil à la vie sociale et en comité de direction.

Les évaluations internes du foyer d'hébergement et du foyer de vie vont débuter en octobre 2012 et se terminer en février 2013.

La démarche va s'organiser de la façon suivante :

| ACTIONS | ACTEURS | DUREE ESTIMEE |
|---|---|----------------------|
| Adaptation du logiciel Sélection des questions en fonction de leur pertinence Repérage des items concernant la PVS | Responsable qualité Directrice adjointe Coordinateur | 1 journée |
| Choix de la composition des groupes de travail Suivi de la démarche Garant de la cohérence Définir les critères d'évaluation Réaliser l'évaluation de la démarche | Comité de pilotage Responsable qualité Directrice de secteur Directrice Psychologue Coordinateur Deux membres du CA Deux professionnels | Cinq demi-journées |
| Evaluation par module | Groupes de travail : Responsable qualité Professionnels concernés | Sept à dix journées |
| Traitement des données Rédaction | Responsable qualité | 90 heures |
| Restitution à l'ensemble des coopérants En deux parties : une restitution des résultats globaux Une restitution des résultats de la PVS | Responsable qualité Directrice de secteur Directrice | une demi- journée |

Figure n° 9 : organisation de l'évaluation interne

3.2.2 Recueillir l'avis des résidants, de leurs familles : Enquête de satisfaction

Je souhaite réaliser une enquête de satisfaction qui viendra compléter l'évaluation interne. L'enquête de satisfaction portera sur l'ensemble des services fournis par le foyer Henry 4, avec une attention particulière aux points qui concernent la participation à la vie sociale.

L'outil est entièrement à construire, tant au niveau des indicateurs que de la forme qui doit être adaptée au public.

Les indicateurs :

Il est intéressant de pouvoir comparer l'évaluation faite par les professionnels et celle des usagers et de leurs proches. Je reprendrai avec le coordinateur les items contenus dans l'évaluation interne en les adaptant pour réaliser cette enquête de satisfaction. Il convient de concevoir trois questionnaires :

► En direction des résidants

Ce questionnaire doit être adapté pour être utilisable.

Deux professionnelles du foyer Henry 4 ont été formées à la communication par pictogrammes, elles ont développé différents outils qui sont utilisés par les professionnels au quotidien. Elles vont travailler avec le coordinateur sur la mise en forme de l'enquête.

Je prévois un accompagnement des usagers par les professionnels (référents) pour remplir le questionnaire. Une présentation du questionnaire et une réflexion sur l'attitude de neutralité auprès des professionnels est nécessaire, afin d'éviter de fausser les résultats.

► En direction des familles

Un questionnaire va être distribué aux familles.

Dans le cadre du projet famille, un envoi par courrier d'un questionnaire a été réalisé et la psychologue a constaté que nous avons peu de retour. L'équipe a proposé de distribuer elle-même ce questionnaire afin d'améliorer le taux de retour. En le donnant de main à main, les professionnels pourront expliquer la démarche et impliquer davantage les familles.

► En direction des partenaires

Un questionnaire sera adressé par courrier aux partenaires identifiés.

Les résultats de l'évaluation interne de la participation à la vie sociale des résidants, croisés avec les retours des questionnaires vont faire apparaître les points forts et ceux qui méritent d'être améliorés, la démarche va donc se poursuivre par la constitution de groupes de travail. Je prévois un retour des résultats de ce questionnaire

auprès du CVS, lors de la réunion des résidents et auprès des professionnels lors de la réunion de coordination.

Coordinateur : directrice, coordinateur

Évaluation : réalisation des questionnaires

3.2.3 Le projet d'établissement : Une obligation réglementaire et un outil de management

Le projet d'établissement est une obligation émanant de la loi 2005-370 du 22 avril 2005 qui a modifié l'article L 311-8 du code de l'action sociale et des familles.

*« Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».*⁶⁶

Pour le législateur, le projet d'établissement est une garantie de respect des droits des usagers. Il fait partie du dossier de conformité qui valide ou non l'autorisation de fonctionnement d'un établissement.⁶⁷ Il présente les missions de l'établissement, les textes réglementaires et les références administratives qui le régissent. Il définit ses objectifs, présente ses prestations, ses modalités d'organisation et de fonctionnement, les moyens mis à disposition, les moyens d'accès. Enfin, il prévoit et présente ses modalités d'évaluation. Le projet d'établissement est un outil de communication interne mais aussi avec les partenaires extérieurs et les instances de tarification et de contrôle.

La loi prévoit que le projet d'établissement soit présenté au conseil à la vie sociale, il est préalablement présenté au conseil d'administration de l'APEI qui valide son adéquation avec le projet associatif. Considérant la nature même du projet et ses enjeux, il me semble nécessaire d'aller au-delà de ces présentations et d'associer des membres du CA et du CVS à l'élaboration même des projets d'établissements.

⁶⁶ Article L 311-8 du CASF disponible sur Internet, site Légifrance : www.legifrance.gouv.fr

⁶⁷ Décret n°2003-1136 du 26 novembre 2003

Le projet des établissements met en œuvre le projet associatif, il est à l'interface du projet associatif et des projets personnalisés.

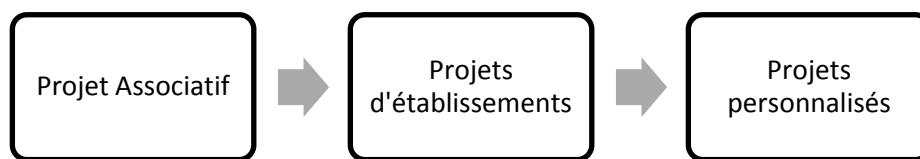


Fig. n 10 : liens entre les projets

Le projet établissement a également une dimension prospective, il envisage l'avenir de l'établissement pour les cinq années à venir.

La première étape a donc été de construire un diagnostic partagé, les groupes de travail vont constater les écarts en comparant les pratiques actuelles et les attentes et besoins des résidents et formaliser à travers les projets d'établissements les objectifs que nous souhaitons atteindre.

La façon de travailler sera la même que pour l'évaluation interne :

- ▶ Le même comité de pilotage (à l'exception du responsable qualité) : il garantit la continuité de la démarche. Les membres du conseil d'administration font le lien entre le projet et le CA.

- ▶ Des groupes de travail thématiques : ils seront définis par le comité de pilotage en fonction des résultats de l'évaluation

- ▶ Une communication transversale : affichage de la démarche et de ses étapes

Point régulier, lors de la réunion de coordination pour l'ensemble des professionnels, lors des réunions de résidents, lors du conseil à la vie sociale et en comité de direction.

L'écriture du projet d'établissement est une démarche qui va s'inscrire dans un temps relativement long, si l'on veut laisser le temps aux différents groupes de travail de réfléchir, prévoir des échanges, des retours avec le reste des professionnels, Je prévois donc un temps de travail de mars à septembre 2013.

Je piloterai cette partie du projet, je suis garante de la cohérence des projets d'établissements avec le projet associatif et les obligations législatives et réglementaires qui s'imposent aux établissements. J'ai aussi le souci de vérifier la pertinence et la faisabilité des actions engagées.

Les projets d'établissements vont donner des repères aux professionnels pour guider leurs actions.

| ACTIONS | ACTEURS | DUREE ESTIMEE |
|---|---|---------------------------------|
| Définir les groupes de travail en fonction des résultats de l'évaluation interne Définir leur composition en fonction du thème Garantir la continuité de la démarche Suivre et valider les travaux des différents groupes Définir les critères d'évaluation Réaliser l'évaluation de la démarche | Comité de Pilotage : Directrice Psychologue Coordinateur Deux membres du CA Deux professionnels (même personnes à l'exception du responsable qualité) | Cinq demi-journées ou plus |
| Analyse des écarts entre les pratiques actuelles et les objectifs Elaboration de fiches actions | Groupes de travail thématiques : Professionnels concernés et volontaires Résidants Familles Partenaires Animateur : directrice | Quatre demi journées par groupe |
| Traitement du travail des groupes et écriture des projets | Comité de pilotage | |
| Restitution à l'ensemble des coopérants | Directrice de secteur Directrice | Une réunion de 90 mn |
| Suivi des plans d'actions | Directrice | Durée des projets |

Fig. n°11 : Organisation de la révision des projets d'établissements

3.2.4 Actualiser les outils

À la suite de la réécriture du projet d'établissement, il faudra remettre à jour les outils qui en découlent : le contrat de séjour, le livret d'accueil et le règlement de fonctionnement.

Il existe un règlement de fonctionnement pour chaque structure. Il avait été écrit avec les usagers et les professionnels de ces structures. Je renouvellerai cette façon de travailler

pour la mise à jour. C'est un bon moyen pour les usagers et les professionnels de s'approprier les règles de leur lieu de vie. Il est également possible de les adapter à chaque structure afin qu'elles soient opérationnelles. Le coordinateur pourra animer ce travail lors des réunions de résidents dans chaque site, avec la participation des professionnels.

Le contrat de séjour et le livret d'accueil seront réactualisés par le coordinateur. (missions qui lui sont confiées conformément à sa fiche de poste).

Axer l'accompagnement sur la vie sociale, nécessite de revoir les outils d'évaluation, et la forme des projets personnalisés tels qu'ils existent. Un groupe de travail piloté par le coordinateur et composé des animateurs première catégorie aura pour objectif d'adapter le ROCS et de proposer une nouvelle trame aux projets personnalisés. Une dimension du ROCS devra nous permettre de mesurer le niveau de participation à la vie sociale. Ce groupe devra présenter son travail, après qu'il ait été validé par la direction à l'ensemble de l'équipe éducative.

3.3 Favoriser la participation à la vie sociale des usagers

3.3.1 Concevoir des espaces

Cette partie du projet concerne le foyer principal mais les réflexions qui vont être menées à cette occasion enrichiront la réflexion des autres sites.

L'établissement est d'abord le lieu de vie des usagers, avant d'être le lieu de travail des salariés. Cependant, les conditions de travail des salariés dépendent également de l'aménagement, et de la fonctionnalité des locaux. Il est nécessaire de bien penser tous les espaces : lingerie, atelier de l'agent de maintenance, cuisine...

Une commission technique sera constituée d'usagers, de représentants d'usagers, de professionnels représentant chaque fonction (agent de maintenance, maîtresse de maison, veilleuse de nuit, personnel éducatif). Elle aura pour mission d'analyser les pratiques et les usages actuels des locaux et de les mettre en lien avec les besoins. Il s'agit de traduire les objectifs d'accompagnement en éléments d'architecture.

Aujourd'hui les évolutions réglementaires, les mouvances architecturales et les normes techniques de toute sortes, ont tendance, à "formater" et "techniciser" les nouvelles constructions, souvent au détriment de l'usage, offrant parfois pour réponse à une commande de lieu de vie, une simple partition d'une forme architecturale établie à partir

d'autres critères".⁶⁸ Pour éviter cet écueil, cette commission doit mener sa réflexion à partir des nouveaux projets d'établissements.

Elle peut s'appuyer sur un premier constat réalisé lors d'une réunion de coordination (réunion réunissant tous les professionnels) de mai 2012,⁶⁹ sur les projets d'établissements et sur les préconisations suivantes :

- Le futur établissement doit de trouver à proximité des commerces, des équipements sportifs, culturels, des moyens de transports, des moyens d'accès.
- Le futur établissement sera séparé en deux unités de vie. Deux unités de treize chambres chacune (une unité aura douze résidants permanents et une chambre d'accueil temporaire). Chaque unité de vie aura une équipe de professionnels. La taille réduite du groupe devrait faciliter l'accueil des personnes extérieures et alléger le fonctionnement.
- Les espaces privés doivent permettre de recevoir, être meublés en conséquence
- La construction de studios parmi les chambres : des espaces privés qui permettront d'avoir une vie hors de la collectivité, une organisation personnelle, de choisir son degré de participation à la vie institutionnelle
- Les espaces de vie, les espaces de travail doivent être proches des chambres, studios. La proximité des professionnels est un facteur permettant aux usagers d'investir davantage leurs chambres et garantira une meilleure sécurité.
- Des espaces qui articulent les « chez soi » (chambres, studios) et les espaces institutionnels
- Un accès et une circulation dans l'établissement qui garantissent la sécurité

Le comité technique travaillera avec un programmiste, les modalités de coopération seront à définir avec lui. Le programmiste est un assistant à maîtrise d'ouvrage qui aide à définir la commande qui sera transmise à l'architecte en fonction des objectifs et des moyens du maître d'ouvrage.

⁶⁸ LE LOET O., TESSONNIERES G., « Pour vivre les lieux l'architecture au service du projet d'établissement » in *Les cahiers de l'actif* p.38.

⁶⁹ Cf. chapitre 2.2.1

Il étudie les besoins, la faisabilité et fait une estimation financière. Il aide le maître d'ouvrage à prendre les décisions, faire des arbitrages.

Il formalise une demande pertinente et équilibrée pour le décideur politique, le conseil général en l'occurrence. Le recours à un programmiste me semble essentiel pour un projet de cette envergure. La loi 85-704 (loi MOP) rend la réalisation d'un programme obligatoire pour les projets publics.

Le programmiste travaillera en lien avec l'architecte, les membres du conseil d'administration en charge des travaux, la directrice du secteur adulte et moi-même.

Le CHSCT sera consulté sur les questions de sécurité et de conditions de travail et aussi informé régulièrement (visites du chantier, présentation des plans..).

Cette commission que je me propose de piloter, commencera ces travaux lorsque les projets d'établissements seront terminés. Le rythme de réunions est à fixer avec le programmiste, mais devra être modulable en fonction de l'avancée des travaux des autres partenaires.

Je souhaite que les travaux de ce groupe soient partagés avec l'ensemble de l'équipe, Je prévois donc des retours lors des réunions de coordination.

Animation : la directrice et le programmiste

Évaluation : réalisation des réunions et finalisation du programme

3.3.2 Permettre l'expression des usagers

Le conseil à la vie sociale se réunit actuellement trois fois par an. Ce n'est pas suffisant pour qu'il devienne un vrai lieu de débat et de codécision sur la vie de l'institution. Je prévois donc de le réunir mensuellement.

Les élus des usagers doivent être assistés dans leur rôle de représentants pour recueillir les avis des autres et les informer. La réunion des résidents que j'anime mensuellement sera donc programmée avant la réunion du CVS, afin d'aider les élus à recueillir les remarques et questions des autres usagers. Je demanderai à l'un des deux professionnels élus au CVS, de les aider à formaliser et retransmettre les informations.

Je souhaite donner un autre contenu à la réunion que j'anime mensuellement auprès des résidents dans chaque site : je favoriserai l'échange sur le fonctionnement et l'organisation et proposerai au débat les questions qui concernent directement les conditions de vie dans le foyer. Cette consultation des résidents a pour objectif de leur donner un réel pouvoir sur l'organisation de leur vie dans l'institution.

La réunion des résidents sera également le lieu d'actualisation, et de discussion du règlement de fonctionnement.

3.3.3 Créer les conditions de rencontres hors de l'institution

Les résidents du foyer Henry 4 ont besoin que l'accompagnement professionnel crée des occasions de rencontres et les médiatisent. Les capacités des usagers à entrer en relation ne sont pas toujours adaptées et les personnes extérieures qui ne connaissent pas le handicap peuvent avoir des appréhensions, des représentations éloignées de la réalité.

A. Création d'un service qui favorise les rencontres : TANDEM

Tandem vise à faire se rencontrer des résidents et des bénévoles pour faire ensemble une activité.

Tandem a pour objectifs :

- Développer l'intégration dans la vie sociale, culturelle, sportive et associative des personnes en situation de handicap en créant une relation non professionnelle entre deux personnes qui vont partager une activité ensemble selon les souhaits et disponibilités de chacun sans demander de compétences autre que l'envie de se rencontrer.
- Rendre accessibles associations, clubs, services extérieurs et cette accessibilité relève essentiellement de moyens humains (accompagner quelqu'un au cinéma, à la piscine...).
- Créer des rencontres hors de l'institution : se connaître, passer du temps ensemble, partager, échanger. L'activité partagée est un médiateur de la rencontre.
- Se constituer un réseau d'amis

TANDEM :

- **rencontrera** les différentes équipes de l'APEI afin de présenter le projet
- **fera connaître** son activité auprès des partenaires institutionnels et associatifs locaux
- **organisera** des rencontres, communiquera par voie de presse, mettra à disposition des plaquettes dans les lieux publics (Centre culturel, cinémas, Maison des associations..)
- **orientera** sa communication vers les partenaires susceptibles de répondre aux projets tandem

Tandem recherche des volontaires en s'appuyant sur le réseau de l'association, il accompagne le premier contact, organise le partenariat entre les Tandem et les référents professionnels, il reste présent tout au long du Tandem.

Ce projet a déjà été écrit. Un Powerpoint et une maquette de présentation existent. La charte dont les tandem et le service seront signataires est en cours de rédaction. Une réunion d'information intra associative est prévue en novembre 2012.

Je pense présenter ce projet à la Fondation de France dans le cadre de son appel à projet : Programme Personnes Handicapées « Vie sociale et citoyenneté des personnes handicapées 2012 », afin d'obtenir son soutien et un financement pour développer le projet.

Pilotage: la directrice et le coordinateur

Évaluation : Nombres d'actions de communication réalisées

Nombres de Tandem réalisés

Niveau de satisfaction des Tandem (à évaluer annuellement)

B. LES VACANCES

Les résidents partent en vacances dans leur famille, en séjours organisés par un organisme de vacances adapté ou en séjours organisés par le foyer Henry 4. Depuis trois ans le foyer organise des séjours encadrés par les professionnels de l'établissement. Ces séjours sont ouverts à d'autres usagers de l'association. Les professionnels choisissent les lieux de séjours.

Les prochains lieux de séjours seront choisis prioritairement dans des clubs vacances, style Village Vacances. Ces lieux ne sont pas des lieux spécialisés handicap mais le lieu de vacances de tout un chacun. Les résidents seront encouragés à s'inscrire dans les activités, animations proposées. Le professionnel se plaçant comme un facilitateur de relations. L'organisation des séjours de vacances se fait habituellement au mois de janvier, nous conserverons cette organisation.

Coordination : le coordinateur

Évaluation : Nature des lieux de vacances choisis

Inscription des usagers dans les sorties, animations proposées par le lieu de séjour

Satisfaction des vacanciers

3.3.4 Médiatiser les relations usagers/ familles : Le projet Famille

La psychologue du foyer Henry 4 intervient également dans d'autres établissements de l'association. Elle a proposé de concevoir, au niveau associatif, un projet en direction des familles à partir des demandes des familles, équipes, résidents.

Compte tenu de la concordance entre ce projet et celui de promotion de la vie sociale du foyer Henry 4, le foyer est le premier lieu de mise en place de ce projet.

Après avoir dressé un état des lieux des relations entre les établissements et les familles, le comité de pilotage famille a défini les objectifs suivants :

- maintenir, faciliter le lien entre les parents et leurs enfants
- créer du lien entre les familles
- créer du lien entre familles et professionnels
- créer du lien social

Propositions d'actions :

- Création par des parents du CA d'un « café parents » (lieu et moment de rencontres entre parents)
- Mise en place de groupes de paroles sur ce thème dans tous les sites du foyer Henry 4
- Mise en place de réunions d'informations pour les familles une à deux fois par an
- Inclure une page Parents dans le journal de l'association
- Création d'un groupe Ressource Famille (composé de cadres et parents administrateurs des secteurs enfants et adultes) au sein de l'APEI qui propose un soutien et organise l'accueil des nouvelles familles
- Création d'un groupe Ressource Professionnels au sein du foyer Henry 4 (psychologue et deux personnes de l'équipe volontaires) Ces personnes participent par ailleurs à des groupes inter associatifs de réflexion sur la vie affective et sexuelle

Le projet famille a pour finalité de faciliter, maintenir ou rétablir des relations entre les usagers et leurs familles mais c'est aussi l'occasion de sensibiliser les familles et les administrateurs à la participation à la vie sociale et de créer des instances de dialogue entre direction, professionnels, usagers et familles.

Les premiers groupes de paroles ont eu lieu en janvier, février et mars 2012.

La première réunion avec les familles est prévue en octobre 2012.

Animation : la psychologue

Évaluation : Mise en place des différents groupes, instances

Nombre de réunions tenues

Nombre de participants

Nature des sujets abordés

Satisfaction des participants

Amélioration de la qualité des relations familles/usagers (évaluable à travers les projets personnalisés)

3.4 Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

La façon de manager du directeur a une influence sur le fonctionnement de l'institution et l'accompagnement des usagers. « *La grande richesse de l'économie sociale réside dans la qualité des hommes qu'elle emploie. Ils mettent en œuvre chaque jour des trésors de compétences qui donnent sens et qualité à leur relation avec l'utilisateur. Le lien est direct entre l'animation des personnels et la prestation fournie par ceux-ci* ». ⁷⁰

3.4.1 Manager le changement

Les professionnels du foyer Henry 4 ont déjà accompagnés plusieurs changements. Le dernier n'est pas très lointain : 2005-2007, création des petites structures et du foyer de vie. Certains d'entre eux ont pu exprimer qu'ils regrettaient de ne pas avoir été suffisamment associés à la réflexion sur ces projets. J'ai pu également recueillir à travers les réunions institutionnelles leurs demandes de changement d'organisation, de fonctionnement.

Le projet a des impacts importants sur les professionnels :

- ✓ La création de deux unités de vie va séparer l'équipe, et ajouter un niveau supplémentaire dans une organisation déjà complexe.
- ✓ La mise en place de fiches de postes, la réorganisation de la référence vont bousculer les identités professionnelles, les relations et les réseaux de collaboration qui existent entre eux.
- ✓ La nouvelle orientation des projets d'établissements provoque une remise en question des pratiques professionnelles, des représentations qu'ils ont de leur travail.

La mise en œuvre du projet agit sur le fonctionnement formel, mais elle va aussi provoquer des déséquilibres de tout le système informel décrit par Mintzberg, sans que je

⁷⁰ MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHESP p.79

puisse y exercer une action de façon directe. La place des acteurs, leur pouvoir peuvent s'en trouver désorganisés.

Je souhaite donner toutes ces chances à ce projet, éviter le risque qu'il soit mis en cause par des réactions de blocage, de rétractation dues à cette fragilisation du système de relations qui existe entre les acteurs.

Ma stratégie va consister à avoir une communication claire et constante, à associer les professionnels à la réflexion et aux décisions à chaque fois que cela sera possible et souhaitable.

Je serai attentive aux réactions des uns et des autres à travers les réunions d'équipes, et les moments quotidiens de travail en commun. Il est important pour moi de mesurer les impacts et les enjeux.

Il me semble nécessaire de gérer le temps de ce projet, qui est important, afin de laisser le temps aux professionnels de s'approprier la nouvelle organisation. Le projet met en cause les équilibres existants, dans ce processus, il y a une phase d'incertitude nécessaire avant de pouvoir commencer les changements.

Je veillerai à soutenir le changement des professionnels, en proposant des formations, et en l'accompagnant de façon individuelle à travers les entretiens annuels d'évaluation.

Afin de conserver la cohésion de l'équipe, il convient de penser en même temps la séparation de l'équipe et la transversalité, la cohésion de l'ensemble.

JM Miramon décrit les éléments sur lesquels le manager peut agir pour favoriser le changement sur les professionnels : *«le savoir et les connaissances ; les méthodes opératoires et les attitudes de travail, le rôle et la compétence individuelle (culture); les valeurs des individus ou les normes du groupe »*.⁷¹ Le travail sur l'évaluation et sur la réalisation des nouveaux projets d'établissements va permettre à l'équipe de repenser ses pratiques en s'appuyant sur des objectifs, des valeurs communes.

3.4.2 Optimiser les compétences

La pluridisciplinarité de l'équipe du foyer Henry 4 est une force. Les professionnels ont des compétences différentes et complémentaires. Il est nécessaire

⁷¹ MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHESP p 131

d'organiser cette complémentarité en recentrant chacun sur les missions liées à son poste de travail et de penser la collaboration.

A) . Formaliser les missions de chaque poste

La base de cet objectif est de définir et d'attribuer les fiches de poste. Ces fiches de poste sont conçues à partir du référentiel métier en lien avec les situations de travail occupées par la personne. La fiche de poste est un outil de communication entre le salarié et son supérieur hiérarchique, c'est un outil de clarification qui permet de définir le champ d'intervention de chacun et préciser les compétences requises pour le poste.

La fiche de poste est discutée entre le salarié et son supérieur hiérarchique. L'absence de fiches de poste des salariés du foyer Henry 4 a installé une situation où les compétences des uns ou des autres sont lissées. La collaboration est actuellement construite sur la situation de travail. Repositionner chacun est donc un sujet sensible qui vient bouleverser des équilibres construits de longue date. Je pense absolument nécessaire d'associer les salariés et les délégués du personnel à la mise en place des fiches de postes.

Les salariés concernés seront invités à élaborer avec la directrice les fiches de postes. Elles seront ensuite présentées par nature de poste à toutes les personnes concernées : AMP, Veilleuses de nuit... Les fiches de poste seront également présentées aux délégués du personnel. Après modification et validation, elles feront l'objet d'un entretien individuel avec le salarié, pour préciser les particularités individuelles et être signées. Une présentation globale en réunion de coordination débutera la réflexion sur la collaboration.

B) Réorganisation de la collaboration au service de la participation à la vie sociale des résidants

La mise en place des fiches de poste marque le début d'une clarification des fonctions de chacun. Les qualifications des uns et des autres se complètent et ont des registres communs

Les monitrices éducatrices ont des compétences en animation.

Les éducateurs spécialisés, la conseillère en éducation sociale et familiale sont formés à travailler en réseau et à mener des projets. Ils sont responsables des écrits professionnels.

Les AMP sont compétentes sur la vie quotidienne.

Chaque unité aura un fonctionnement indépendant, et une équipe de professionnels. Le nouvel établissement fonctionnera avec le même taux d'encadrement et les mêmes

postes. La constitution des équipes de chaque unité a pour objectif de maintenir une pluridisciplinarité.

J'envisage de redéployer ainsi les postes :

| |
|---------------------------------------|
| Unité 1 : |
| 1 animateur 1 ^{er} catégorie |
| 2 animateurs 2 ^e Catégorie |
| 3 AMP |
| 2,5 veilleuses de nuit |
| 1 maitresse de maison |

| |
|---------------------------------------|
| Unité 2 : |
| 1 animateur 1 ^{er} catégorie |
| 2 animateur 2 ^e Catégorie |
| 3 AMP |
| 2,5 veilleuses de nuit |
| 1 maitresse de maison |

La collaboration sera pensée par unité de vie.

Je souhaite différencier les interventions, en instaurant une collaboration entre les fonctions complémentaires. Les animateurs 1^{re} catégorie seront responsables des projets personnalisés, et les élaboreront avec l'AMP ou le ME référent.

Une coréférence sera mise en place : les animateurs 1^{re} catégorie de chaque unité seront co-référents avec un collègue des résidents. Ils apporteront leurs compétences en matière de travail en partenariat et de mise en place de projets.

La création de deux unités a pour effet d'ajouter un élément supplémentaire à l'organisation déjà complexe du foyer Henry 4. Il est essentiel de maintenir une bonne cohésion de l'ensemble pour que les usagers puissent facilement aller de l'un à l'autre et maintenir la qualité de l'accompagnement. La réunion de coordination mensuelle sera maintenue pour favoriser la cohérence du dispositif. Je prévois une réunion hebdomadaire par unité consacrée au fonctionnement pour une partie et aux projets personnalisés pour l'autre partie.

Les professionnels ont le choix de travailler sur l'une ou l'autre des unités. La constitution des équipes sera faite relativement tôt, ainsi que la répartition des résidents par unité, afin d'anticiper le changement.

C) Externalisation d'une partie de la lingerie et de la cuisine et redéploiement des tâches

Une salariée cumule actuellement en temps de travail de nuit, du temps de lingerie, ménage et préparation de repas. Je propose de confier l'essentiel de l'entretien du linge à la blanchisserie de l'ESAT, le linge fragile restant traité sur place par les veilleuses de nuit sur leur temps de veille. Ainsi, cette salariée concentrera son temps de

travail sur des tâches de maîtresse de maison, ce qui permettra d'avoir une maîtresse de maison par unité.

Il n'existera plus de grande cuisine centrale mais deux petites cuisines (une par unité). Actuellement le foyer Henry 4 est livré par une société de restauration qui se trouve dans les locaux de l'ESAT qui fournit L'ESAT, le FAM, l'ATJ. Le foyer Henry 4 est livré en ingrédients pour le soir et le week-end et en liaison chaude trois midis sur cinq. La plus grande partie des repas sont confectionnés sur place par la maîtresse de maison et l'agent cité ci-dessus. Les unités de vie du nouvel établissement seront livrées en liaison froide le week-end, ceci afin de libérer du temps aux professionnels pour les accompagnements qui favorisent la vie sociale des résidents

D) . La formation continue :

Le plan annuel de formation sera mobilisé pour accompagner le changement selon deux axes :

- ✓ des actions de formation aux techniques professionnelles qui aident les résidents à développer leurs compétences sociales : travail sur l'image, la communication...
- ✓ des actions d'accompagnement de l'équipe : approche de l'éthique, communication, médiation...

Ces orientations seront présentées aux délégués du personnel.

3.4.3 Instauration d'une réflexion éthique partagée

Pendant l'écriture de ce mémoire, Mr A un résident du foyer de vie est décédé de façon accidentelle dans la piscine de son lieu de vacances encadré par un organisme de séjour adapté. Mr A choisissait des séjours de vacances avec piscine, il adorait se baigner. Dès l'annonce de son décès, des débats forts en émotions se sont déroulés dans l'équipe. A-t-on bien fait d'inscrire ce monsieur dans ce séjour de vacances ? Aurions-nous dû aller contre son choix et le plaisir qu'il prenait à nager pour le protéger davantage ? Doit-on limiter la liberté au nom de la sécurité ? Le décès de Mr A est venu éclairer de façon brutale des questions d'ordre éthique que les professionnels se posent dans leur accompagnement et qui sont soulevées inmanquablement dès qu'il est question de la vie sociale des résidents.

Ces décisions qui mettent en balance la liberté ou l'intimité de la personne et sa sécurité sont difficiles à prendre. Il s'agit d'arbitrages entre les capacités d'expression de la personne déficiente intellectuelle, la réalité de son consentement, la position de ses proches, l'opinion du professionnel qui l'accompagne, les valeurs de l'association, les règles de droit et les pressions de notre société.

Je pense comme JF Malherbe que l'éthique est : « *le travail que je consens à faire avec d'autres, pour réduire autant que faire se peut, l'inévitable écart entre nos valeurs affichées et nos pratiques effectives.* » ⁷² Aussi je souhaite créer une instance différente des réunions habituelles, afin d'installer la distance nécessaire et créer un échange entre les professionnels et les autres intervenants : un groupe d'appui éthique.

La réflexion éthique est un processus, sans cesse en question. A partir de problèmes concrets, de difficultés rencontrées au quotidien elle a pour objectifs de :

- ✓ Garantir le respect des droits des résidants
- ✓ Aider à la prise de décisions stratégiques ou opérationnelles
- ✓ Donner du sens aux pratiques et les faire évoluer
- ✓ Favoriser le dialogue interne et le dialogue entre les différentes personnes concernées.

Le groupe d'appui éthique se réunira au minimum quatre fois par an pour traiter de sujets d'actualité, il pourra aussi être saisi lorsqu'une situation individuelle le nécessitera. Il sera constitué de membres permanents : parents, professionnels, représentants légaux, psychologue, directrice et de membres invités en fonction des sujets. La participation des résidants pourra se faire sur des sujets généraux mais pas lors d'examen de situations individuelles.

Le groupe d'appui éthique fera un bilan annuel de son activité.

Il convient également de concevoir un écrit qui fixe le cadre de son intervention et rappelle les règles de confidentialité qui s'appliquent aux participants. Il sera communiqué aux participants.

Animateur : la psychologue

Évaluation : Nombres de réunions

Nombres de participants

Nature des sujets abordés

Qualité de la coopération

Apports aux pratiques professionnelles

Deux journées de formation d'introduction à la démarche éthique sont programmées en février 2013, animées par un formateur extérieur. Ces journées ont été déjà réalisées auprès des professionnels des autres établissements et services de l'association. Ainsi

72

tous les professionnels du secteur adulte vont donc avoir la même approche de base. Elles serviront à installer le groupe d'appui éthique.

3.5 Inscrire le projet dans une démarche qualité : Planification et Évaluation

3.5.1 Le temps de penser et le temps d'agir

Ce projet est relativement dense et va mobiliser beaucoup de personnes pendant un temps assez long. Ce temps est nécessaire, chaque étape est indispensable. Je serai particulièrement attentive aux différentes étapes et aux respects des échéances qui sont récapitulées ci –dessous :



Fig. n° 12 AXE 1 : réorienter les projets d'établissements



Fig.° 13 AXE 2 favoriser la PVS des résidents

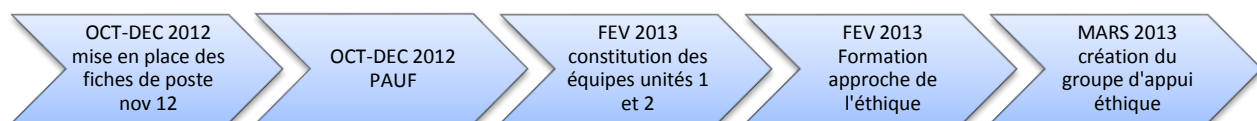


Fig. n° 14 AXE 3 accompagner l'évolution des pratiques professionnelles

3.5.2 Évaluation et démarche qualité

L'évaluation de nos actions, permet d'inscrire l'accompagnement dans une démarche d'amélioration de la qualité. L'évaluation prend sens quand elle débouche sur des plans d'actions qui vont être mis en œuvre et à leur tour évalués. L'évaluation permet de porter un regard critique sur les moyens utilisés mais aussi sur les

résultats obtenus. Je prévois donc les modalités d'évaluation du projet en lui-même et de ses impacts.

A) Évaluation de la démarche projet

L'évaluation de la démarche sera continue, réalisée par le comité de pilotage ou les animateurs de chaque instance. Les critères seront déterminés par le comité de pilotage ou les animateurs parmi les suivants : nombre de réunions menées, nombre de participants, réalisation de l'objectif fixé (réalisation de l'évaluation interne, des projets d'établissements, du cahier des charges architectural...). J'ai indiqué au fur et à mesure du plan d'actions, les propositions d'indicateurs.

B) Évaluation de l'impact du projet

Ce projet a pour finalité d'améliorer l'accès à la vie sociale de chaque résidant. Il est pertinent d'évaluer ses impacts pour chaque personne, mais il est aussi essentiel d'avoir une mesure à l'échelle des établissements.

Évaluation de l'impact sur les résidants :

Une évaluation quantitative ne me semble pas adaptée : compter le nombre de sorties de tel ou tel résidant n'a pas de sens. Je vais privilégier une évaluation des « habitudes de vie ». L'évaluation se fera à travers les projets personnalisés et grâce au ROCS qui va être revisité. Les dimensions abordées seront par exemple :

Le résidant : a-t-il des amis, reçoit-il chez lui, est-il invité, a-t-il des aventures amoureuses ?

A-t-il une organisation de vie personnelle ou suit-il le rythme institutionnel, Va-t-il dans sa chambre dans la journée, prend-il des repas dans sa chambre ?

Ses relations avec les autres résidants sont-elles conflictuelles ?

A-t-il des contacts avec sa famille ?...Est-il satisfait de la vie sociale qu'il a au foyer Henry 4 ?

L'évaluation de l'ensemble des habitudes de vie des résidants sera mesurée grâce à une compilation des résultats de la dimension participation à la vie sociale du ROCS qui va être créée pour faire l'objet d'un bilan annuel dans le cadre du rapport d'activités avec retour aux professionnels, au conseil à la vie sociale et aux usagers.

Évaluation de l'impact sur les professionnels :

Pour mesurer le changement d'axe du projet d'établissement, je peux mesurer le nombre d'actions d'ouvertures réalisées (accueil, partenariat à l'extérieur...), le nombre d'activités

préparant les résidants à la vie sociale mises en place, le nombre de contacts entre les professionnels et les proches d'un résidant.

L'évolution des pratiques professionnelles n'est pas réductible à des aspects quantitatifs. Il me semble aussi intéressant d'évaluer lors des entretiens annuels d'évaluation et lors des réunions d'équipe les éléments suivants :

Nature des formations réalisées et cohérence avec les objectifs du projet

Organisation et qualité de la collaboration dans le cadre de la coréférence.

Évaluation de mon management :

Enfin il est intéressant pour moi de mesurer ma façon de manager ce projet, je propose de tenir un journal de bord tout au long de ce projet, avec les difficultés rencontrées, les résultats inattendus de telle ou telle action ...

Conclusion troisième partie :

La réalisation de ce projet a pour objet d'adapter les établissements à l'évolution de leur public, mais il a aussi pour moi un intérêt qui réside plus dans sa forme que dans son contenu.

Le contexte de l'action médico-sociale est en évolution constante depuis plusieurs années. Le changement devient une dimension intrinsèque de la vie des établissements et des équipes. Si le changement peut-être un élément dynamisant, c'est aussi une source d'incertitudes et d'inconfort. Il me semble indispensable d'installer une certaine culture de l'adaptation auprès des professionnels.

La démarche projet et évaluation instaure cette dynamique. Son utilisation régulière permettra aux professionnels de se l'approprier et de l'utiliser facilement dès lors qu'une adaptation sera nécessaire.

Conclusion

J'ai cherché à travers ce travail, à mettre en œuvre ma vision des institutions : des lieux de vie ouverts et pleinement inscrits dans le monde, dans la vie.

Le foyer Henry 4 a pour lui beaucoup d'atouts. Il est situé dans un environnement favorable, soutenu par une association dynamique et animé par des professionnels attachés aux projets de vie des résidents.

Dans ce modèle de participation à la vie sociale, le foyer Henry 4 n'est plus le lieu unique de la vie des usagers, mais un élément de leur vie. Il faut donc qu'il renforce ses liens avec son environnement, développe des partenariats. Le contexte politique, juridique et économique encourage les établissements médico-sociaux à travailler en partenariat, en réseau. Il sera donc nécessaire de prolonger ce projet par le développement de partenariats, le rapprochement avec d'autres établissements et services.

Rendre la vie sociale accessible aux personnes en situation de handicap mental n'est pas une démarche facile. Le regard des personnes qui méconnaissent le handicap, celui de certaines familles est encore un regard infantilisant et protecteur. C'est bien aux associations, aux équipes qui les accompagnent de défendre ce droit. Devenir nous même un lieu de promotion à la vie sociale, c'est entraîner les autres (partenaires, familles) dans notre sillage, provoquer les débats, poser des questions essentielles. C'est aussi interroger la place des hommes et des femmes déficients intellectuels dans notre société. Comme leur handicap perturbe les relations qu'ils entretiennent avec les autres, ils devraient être protégés et n'avoir de relations qu'avec leurs pairs ou des spécialistes du handicap ? Cette question traverse aussi l'APEI de la région Dieppoise et je souhaite que mon projet alimente les réflexions.

Bibliographie

ARTICLES

BREITENBACH N., 1989, « Le placement tardif des adultes handicapés vieillissants. Un dilemme pour les parents âgés » *La réadaptation* n°362 pp.27-29.

COHUE S. et al, 2005, « Les politiques en faveur des personnes handicapées dans cinq pays européens » *La documentation française revue française des affaires sociales* n°2, pp 91-109.

« Cadre Architectural, environnement et qualité de vie ». *Les cahiers de l'Actif*, 2010,

OUVRAGES

BARRAL C. et al. (dir.), 2000, *L'institution du handicap : le rôle des associations*, Rennes : PUR, 415 p.

BONETTI M., 1994, *Habiter Le bricolage imaginaire de l'espace*, Lonrai : Reconnaissances EPI, 231 p.

CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Saint-Jean de Braye : Dunod, 147p

DANANCIER J., 2011, *Le projet individualisé dans l'accompagnement éducatif ROCS*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod, 192 p

GACOIN D., 2006, *Conduire des projets en action sociale*, Saint-Jean de Braye : Dunod, 252 p.

GALLUT X., QRIBI A. (dir.), 2010, *La démarche qualité dans le champ du médico-social*, Toulouse : ERES, 176 p.

GOMEZ JF., 2005, *Handicap, éthique et institution*, Paris : Dunod, 202 p.

JAEGER M., 2007, *Guide du secteur social et médico-social*, Saint-Just-la-Pendue : Dunod, 296 p.

LAFORCADE M., DUCALET P., 2004, *Penser la qualité dans les institutions sanitaires et sociales*, Paris : Seli Arslan, 336 P.

LOUBAT JR., 2005, *Elaborer son projet d'établissement social et médicosocial.*, 2^{ème} édition, Paris : Dunod 354 p.

MINTZBERG H., 2007, « *Le management. Voyage au centre des organisations* », deuxième édition, troisième tirage, Mouguerre : Eyrolles, 703p

MIRAMON JM., 2009, *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médicosociaux*, 3^{ème} édition, Rennes : EHESP 150 p.

PEROZ C., 2010 *La qualité et l'évaluation dans le secteur social et médico-social* Gap Seli Arslam, 212p

PLAISANCE E., 2009 autrement capables Condé sur Noireau Autrement collections Mutation n°255 206P chapitre Comment nommer ? Faut-il définir ? p 12 à 44
Chapitre la loi de 2005/ révolution et stagnation P 63à 96

SANICOLA L.,(dir), 1994, *L'intervention de réseaux*, Lonrai : Bayard, 276 p.

ZRIBI G., et SARFATI J., 2003, *Construction de soi et handicap mental*, Paris : ENSP, 224 p.

MEMOIRES

HYACINTHE F., 2004, *Mettre en œuvre la démarche qualité pour rénover le projet d'un foyer d'hébergement pour adultes handicapés mentaux*, CAFDES : EHESP, disponible sur internet <http://www.ehesp.fr/portail/>

LEBIGUE T., 2009, *La participation sociale des personnes en situation de handicap : En quoi les activités proposées en foyer de vie permettent une participation sociale des usagers considérés inaptes au travail?* (en ligne), mémoire de DEFA Disponible sur internet : <http://www.arfatsema.fr/uploads/documents/Memoires/120H/120-Lebigue.pdf>

LEBORGNE, S., 2011, *Piloter la nécessaire mutation culturelle du foyer de vie pour promouvoir le statut de sujet des résidents*, CAFDES : EHESP, Disponible sur internet : <http://www.ehesp.fr/portail/>

MERCIER Y., 2010, *Diversifier l'offre d'un SAVS pour permettre la poursuite ou la réalisation d'un parcours de vie à domicile*, CAFDES : EHESP, Disponible sur internet : <http://www.ehesp.fr/portail/>

COLLOQUES-CONFÉRENCES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA COHESION SOCIALE DU CONSEIL DE L'EUROPE,
« *Améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe à travers la participation pour tous, l'innovation, l'efficacité* », Saint Pétersbourg 21-22 septembre 2006, Nordem,

LOUBAT JR., « *Personnes en situation de handicap : De l'intégration vers l'inclusion* », in DE L' INTEGRATION VERS L'INCLUSION DES PERSONNES HANDICAPEES, 18 oct 2012, Tours, Mode H, (consulté le 3/07/2012), disponible sur internet : www.modeh.fr/ActesColloque.pdf

MARMONT T., « la participation sociale des usagers en foyer de vie : déterminants institutionnels et sociaux » in CREAHI Champagnes Ardennes, *L'habitat, enjeu de la participation sociale des personnes en situation de handicap*, 20 et 21 octobre 2011, Metz

PRIOU J, « *La participation sociale sans l'égalité des chances : le mirage des politiques d'action sociale* » in Colloque International « *état et régulation sociale comment penser la cohérence de l'intervention publique ?* » Paris, 11, 12 et 13 septembre 2006, 20 p.

RAPPORTS ET DOCUMENTS

ANESM 2009 Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; Ouverture de l'établissement à et sur son environnement ANESM Nancy janv. 2009

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles ; Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement ANESM Nancy nov. 2009

PROULX J., 2008, « *qualité de vie, participation sociale : deux concepts clés dans le domaine de la déficience intellectuelle* », Cahiers du LAREPPS, n° 08-08, 37 p.

MISSION INTERMINISTERIELLE POUR LA QUALITE DES CONSTRUCTIONS PUBLIQUES, juin 2008 « guide de sensibilisation à la programmation » (visité le 17.09.2012), disponible sur internet :

http://www.archi.fr/MIQCP/IMG/pdf/GUIDE_PROG.pdf

LOIS ET DECRETS :

Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. JO du 1/07/1975

Loi n°85-704 du 12 juillet 1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique et à ses rapports avec la maîtrise d'ouvrage privée. Journal officiel du 13 juillet 1985, 7914-7915.

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal officiel du 3 janvier 2001.

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal officiel du 12 février 2005.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JO du 22/07/2009; pages 12184/12244
(Loi dite " loi Bachelot " ou " loi HPST »)

SITES INTERNET :

ANESM, Agence Nationale de l'Évaluation de la Qualité des Établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (visité le 15/05/2012) : www.ansm.santé.gouv.fr

CREAHI, (visité le 23/06/2012) disponible sur internet : www.creahi-champagne-ardenne.fr/

LEGIFRANCE, le service public de la diffusion du droit (visité le 19/09/2012) disponible sur internet www.legifrance.gouv.fr

OMS, site de l'organisation mondiale de la santé (visité le 19/09/2012) disponible sur internet : www.who.int/fr/

UNAPEI, site de l'association (visité le 19/09/2012) disponible sur internet: www.unapei.org

Liste des annexes

ANNEXE I : Caractéristiques de la population accueillie

ANNEXE II : Évaluation des besoins d'hébergement des usagers de l'APEI

ANNEXE III : Grille d'évaluation du ROCS

ANNEXE IV : Résultats des évaluations ROCS 2011/2012

ANNEXE V : Synthèse des résultats évaluations ROCS 2011/2012

ANNEXE VI : Description du personnel CDI du FH et du FV au 1/08/2012

ANNEXE VII: Organigramme de l'APEI de la région Dieppoise

ANNEXE VIII : Les indicateurs de la participation à la vie sociale TREMBLAY et TELLIER

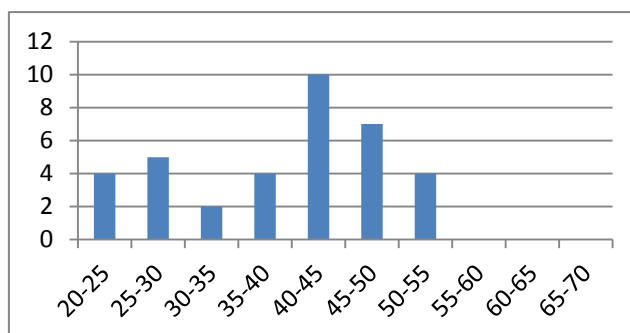
ANNEXE IX : Les indicateurs de la participation à la vie sociale LOUBAT

ANNEXE X : : Les indicateurs de la participation à la vie sociale MHAVIE

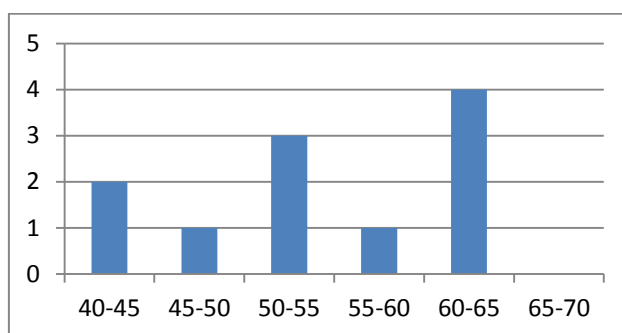
ANNEXE XI : Plan Pluriannuel de Financement du projet foyer de vie

ANNEXE XII : Plan Pluriannuel de Financement du projet foyer d'hébergement

ANNEXE I : caractéristiques de la population accueillie



Répartition des âges des résidents du foyer d'hébergement



Répartition des âges des résidents du foyer de vie

**ANNEXE II EVALUATION DES BESOINS
D'HEBERGEMENT DES USAGERS DE L'APEI**

| NO MS | date naiss | Age | lieux d'activité | Hébt famil le ou proc hes | logem ent auton ome | logement +SAVS | famille d' accueil | AUT RES | servic e logem ent | FH | FV | besoin à 5 ans |
|-------|------------|-----|------------------|---------------------------|---------------------|----------------|--------------------|---------|--------------------|----|----|----------------|
| | 27/01/1990 | 21 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 13/01/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 22/01/1968 | 43 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 21/05/1967 | 44 | ATJ | | | | | | | | | 3 |
| | 01/04/1990 | 21 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 01/11/1973 | 38 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 06/10/1950 | 61 | FV | | | | | | | | | 0 |
| | 06/10/1978 | 33 | ESAT | | | | | | | | | 3 |
| | 01/04/1976 | 35 | sans | | | | | | | | | NE |
| | 14/11/1960 | 51 | sans | | | | | | | | | NE |
| | 07/02/1970 | 41 | ESAT | | | | | | | PM | | 0 |
| | 16/12/1967 | 44 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 09/06/1988 | 23 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 21/11/1978 | 33 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 16/01/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 11/01/1968 | 43 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 24/12/1990 | 20 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 04/02/1989 | 22 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 28/08/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 10/07/1956 | 55 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 27/04/1955 | 56 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 22/01/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 13/02/1967 | 44 | ESAT | | | | | | | | | NE |
| | 27/11/1969 | 42 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | | | FV/ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 25/01/1977 | 34 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 23/01/1962 | 49 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 18/06/1967 | 44 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 21/02/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 19/01/1984 | 27 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 14/04/1984 | 27 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 03/12/1974 | 37 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 19/09/1987 | 24 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 03/07/1962 | 49 | FV | | | | | | | | | 3 |
| | 23/12/1962 | 49 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 13/12/1974 | 37 | ATJ | | | | | | | | | 3 |
| | 10/08/1960 | 51 | FV | | | | | | | | | 0 |
| | 08/06/1975 | 36 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 27/12/1961 | 50 | ATJ | | | | | | | SA | | 0 |
| | 21/10/1970 | 40 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 26/07/1970 | 41 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 24/05/1970 | 41 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 31/12/1989 | 21 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 15/03/1951 | 60 | FV | | | | | | | | | 1 |
| | 31/05/1986 | 25 | ATJ | | | | | | | | | 1 |
| | 13/12/1965 | 45 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 27/05/1978 | 33 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 18/04/1985 | 26 | ATJ | | | | | | | | | 1 |
| | 12/08/1964 | 47 | ESAT | | | | | | | | | 2 |
| | 02/01/1971 | 41 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 22/10/1978 | 32 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 12/02/1981 | 30 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 30/08/1959 | 52 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 26/04/1966 | 45 | ATJ | | | | | | | PM | | 0 |
| | 21/01/1973 | 38 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 07/04/1967 | 44 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 13/03/1986 | 25 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 12/06/1969 | 42 | ESAT | | | | | | | | | 2 |
| | 15/01/1969 | 42 | ATJ | | | | | | | PM | | 0 |
| | 13/06/1962 | 49 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 21/01/1982 | 29 | ESAT | | | | | | | RT | | 1 |
| | 21/02/1977 | 34 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 03/08/1984 | 27 | sans | | | | | | | | | NE |
| | 05/09/1963 | 48 | sans | | | | | | | | | NE |
| | 05/10/1958 | 53 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 23/02/1969 | 42 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 22/12/1974 | 36 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 05/11/1977 | 33 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 05/09/1963 | 48 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 18/01/1967 | 44 | ESAT | | | | | | | | | 3 |
| | | | ESAT | | | | | | | SA | | 0 |
| | 28/10/1982 | 28 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 14/06/1975 | 36 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 26/04/1976 | 35 | ESAT | | | | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------|----|---------|--|--|--|--|--|----|--|----|
| 05/02/1974 | 37 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 02/05/1965 | 46 | ESAT | | | | | | | | 3 |
| 27/10/1980 | 31 | ATJ | | | | | | | | 1 |
| 03/09/1972 | 39 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 07/02/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 29/09/1973 | 38 | ESAT | | | | | | RT | | 0 |
| 08/09/1962 | 49 | ATJ | | | | | | | | 0 |
| 08/07/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 09/05/1960 | 51 | ESAT | | | | | | | | 2 |
| 11/07/1961 | 50 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 08/07/1967 | 44 | ESAT | | | | | | SA | | 0 |
| 16/02/1968 | 43 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 13/12/1962 | 48 | ESAT | | | | | | SA | | 0 |
| 02/08/1957 | 54 | FV | | | | | | | | 0 |
| 28/06/1985 | 26 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 09/12/1978 | 32 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 12/07/1980 | 31 | ATJ | | | | | | | | 2 |
| 28/08/1989 | 22 | ATJ | | | | | | | | 1 |
| 14/09/1964 | 47 | ESAT | | | | | | | | 3 |
| 20/04/1991 | 20 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 15/10/1985 | 25 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 15/01/1948 | 63 | FV | | | | | | | | 0 |
| 01/10/1989 | 22 | ESAT | | | | | | | | 3 |
| 07/01/1985 | 26 | ATJ | | | | | | PM | | 0 |
| 19/02/1986 | 25 | ATJ | | | | | | | | 3 |
| 21/03/1961 | 50 | ESAT | | | | | | | | 3 |
| 06/10/1982 | 29 | SANS | | | | | | | | NE |
| 25/04/79 | 32 | ESAT | | | | | | | | 2 |
| 06/10/1982 | 28 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 02/09/1989 | 22 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 01/12/1990 | 20 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 25/12/1987 | 23 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 21/02/1962 | 49 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 08/05/1963 | 48 | ATJ | | | | | | | | 2 |
| 13/12/1973 | 37 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 10/08/1990 | 21 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 31/03/1987 | 24 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 01/05/1961 | 50 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 24/09/1970 | 41 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 21/03/1960 | 49 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 24/03/1974 | 37 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| | | ATJ FAM | | | | | | | | ? |
| 31/02/1962 | 49 | sans | | | | | | | | NE |
| 06/01/1968 | 43 | ESAT | | | | | | SA | | 0 |
| 31/07/1962 | 49 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 27/11/1962 | 48 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 15/03/1987 | 24 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| | | ATJ FAM | | | | | | | | 0 |
| 25/06/1966 | 45 | sans | | | | | | | | 0 |
| 13/03/1981 | 30 | ATJ | | | | | | | | 0 |
| 25/10/1963 | 47 | ESAT | | | | | | | | 2 |
| 11/09/1973 | 38 | ATJ | | | | | | | | 1 |
| 28/05/1956 | 55 | FV | | | | | | | | 0 |
| 06/09/1959 | 52 | ESAT | | | | | | PM | | 0 |
| 18/06/1987 | 24 | ESAT | | | | | | RT | | 0 |
| 17/12/1987 | 23 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 03/01/1980 | 31 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 07/01/1977 | 34 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 27/07/1978 | 33 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 16/10/1955 | 56 | ATJ | | | | | | | | 0 |
| 01/08/1977 | 34 | ATJ | | | | | | | | 2 |
| 01/12/1968 | 42 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 23/02/1968 | 43 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 19/12/1958 | 52 | ESAT | | | | | | RT | | 0 |
| 01/07/1971 | 42 | ATJ | | | | | | | | 2 |
| 29/05/1971 | 40 | FV | | | | | | | | 1 |
| 17/01/1954 | 57 | FV | | | | | | | | 0 |
| 12/05/1981 | 30 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 01/07/1978 | 35 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 28/11/1985 | 25 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 15/04/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 16/04/1953 | 58 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 15/11/1971 | 39 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 26/09/1983 | 28 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 21/03/19566 | 45 | ATJ | | | | | | | | 3 |
| 20/07/1980 | 31 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 18/06/1974 | 37 | ESAT | | | | | | | | 1 |
| 13/01/1956 | 55 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 22/10/1969 | 42 | ATJ | | | | | | | | 0 |
| 15/02/1964 | 47 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 26/03/1972 | 39 | ESAT | | | | | | | | 0 |
| 14/01/1969 | 42 | ESAT | | | | | | SA | | 0 |
| 17/04/1970 | 41 | ESAT | | | | | | | | 0 |

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|------------|----|---------|----|----|----|----|---|----|----|----|-----|
| | 16/07/1970 | 41 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 17/05/1980 | 31 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 19/12/1983 | 27 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | | | sans | | | | | | | | | 1 |
| | 08/06/1979 | 32 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 10/05/1984 | 25 | ESAT | | | | | | | | | 2 |
| | 01/02/1989 | 22 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 05/06/1965 | 46 | ESAT/FV | | | | | | | | | 0 |
| | 11/07/1966 | 45 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 27/07/1982 | 29 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 06/09/1987 | 24 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 13/04/1966 | 45 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 15/03/1962 | 49 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 14/07/1964 | 47 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 23/04/1966 | 45 | FV | | | | | | | | | 0 |
| | 04/01/1989 | 22 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 02/04/1979 | 32 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 12/03/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 30/08/1980 | 31 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 21/02/1956 | 55 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 22/04/1977 | 34 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 28/03/1988 | 23 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 16/02/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 04/09/1985 | 26 | ESAT | | | | | | | | | 2 |
| | 27/12/1987 | 23 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 30/09/1986 | 25 | ATJ | | | | | | | | | 1 |
| | 08/12/1968 | 42 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 29/12/1981 | 29 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 17/11/1990 | 20 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 10/09/1975 | 36 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 06/07/1980 | 31 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 03/12/1977 | 34 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 28/06/1971 | 40 | ESAT | | | | | | | | | 3 |
| | 07/06/1968 | 43 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 16/10/1968 | 43 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 19/12/1977 | 33 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 26/03/1982 | 29 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 29/06/1990 | 21 | ESAT | | | | | | | | | 1 |
| | 30/04/1985 | 26 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 27/12/1963 | 48 | sans | | | | | | | | | 0 |
| | 10/04/1968 | 43 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 18/07/1972 | 37 | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 16/11/1967 | 44 | sans | | | | | | | | | NE |
| | 27/12/1963 | 47 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | | | ATJ | | | | | | | | | 0 |
| | 20/03/1971 | 42 | ATJ | | | | | | | | | 2 |
| | 04/08/1949 | 62 | FV | | | | | | | | | 1 |
| | 23/10/1986 | 25 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 22/02/1973 | 38 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| | 16/05/1988 | 23 | ESAT | | | | | | | | | 0 |
| total | | | | 46 | 53 | 16 | 11 | 1 | 11 | 36 | 11 | 185 |

LEGENDE : NE : non évaluable

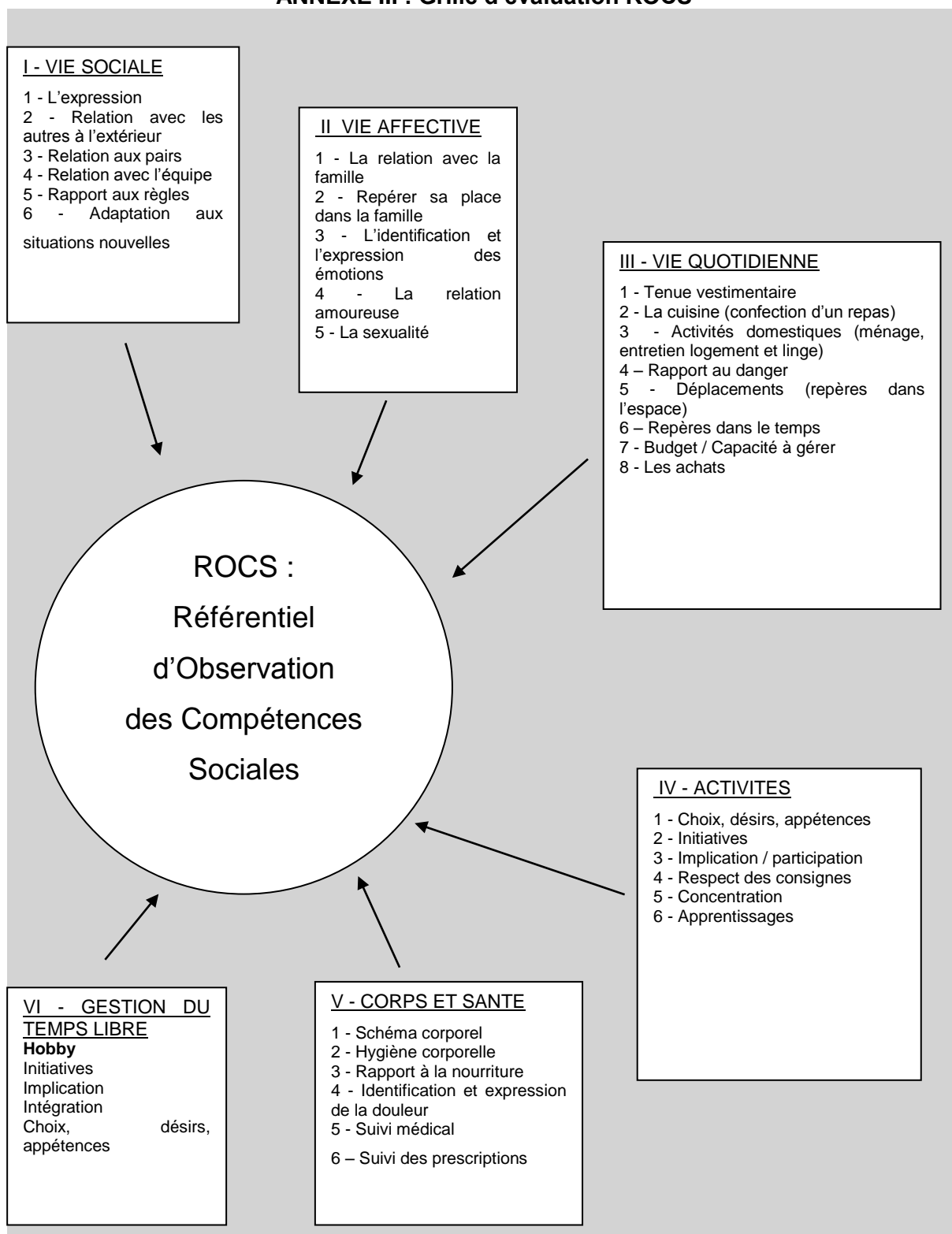
3 : situation précaire et dangereuse dans son lieu de vie actuel

2 : situation précaire dans son lieu de vie actuel

1 : lieu de vie actuel non adapté

0 : situation adaptée

ANNEXE III : Grille d'évaluation ROCS



ROCS : Référentiel d'Observation des Compétences Sociales

DIMENSIONS 1 : VIE SOCIALE

CRITERE 1 : L'EXPRESSION

Degré 5 : S'exprime verbalement ou non verbalement de façon adaptée.
Degré 4 : S'exprime de façon cohérente mais a des difficultés à se faire comprendre.
Degré 3 : S'exprime après stimulation.
Degré 2 : S'exprime de façon incompréhensible.
Degré 1 : S'exprime de façon incohérente.

CRITERE 3 : RELATION AVEC SES PAIRS

Degré 6 : Etablit des relations adaptées avec tous les autres.
Degré 5 : Etablit des relations adaptées avec certaines personnes.
Degré 4 : Sollicite autrui dans une recherche de satisfaction personnelle.
Degré 3 : Etablit des relations non adaptées avec les autres.
Degré 2 : Répond à la sollicitation des autres.
Degré 1 : Repli sur soi et relation aux autres ritualisée

CRITERE 4 : RELATION AVEC L'EQUIPE

Degré 5 : Etablit des relations adaptées.
Degré 4 : Privilégie des relations adaptées avec certains accompagnateurs.
Degré 3 : Etablit des relations non adaptées.
Degré 2 : Répond à la sollicitation.
Degré 1 : Repli sur soi et relation aux accompagnateurs ritualisée.

CRITERE 2 : RELATION AVEC LES PERSONNES A L'EXTERIEUR.

Degré 5 : Etablit des relations adaptées avec les personnes extérieures connues et inconnues.
Degré 4 : Etablit des relations adaptées avec les personnes extérieures connues.
Degré 3 : Répond à la sollicitation des personnes extérieures de façon adaptée.
Degré 2 : Etablit des relations non adaptées avec les personnes extérieures.
Degré 1 : Repli sur soi.

CRITERE 5 : RAPPORT AUX REGLES

Degré 5 : Connaît, comprend et applique les règles.
Degré 4 : Connaît, comprend les règles et les applique partiellement.
Degré 3 : Connaît et applique des règles sans les comprendre.
Degré 2 : Applique des règles par imitation.
Degré 1 : Applique des règles après sollicitation.

CRITERE 6 : ADAPTATION AUX SITUATIONS NOUVELLES

Degré 5 : Comprend, accepte et s'adapte aux changements.
Degré 4 : Accepte les changements après une ou plusieurs périodes d'adaptation.
Degré 3 : Comprend mais peut refuser les changements.
Degré 2 : Incompréhension face au changement
Degré 1 : Semble indifférent aux changements.

DIMENSIONS 2 : VIE AFFECTIVE

CRITERE 1 : LA RELATION A LA FAMILLE

Degré 5 : Etablit des relations bénéfiques et régulières avec sa famille.
Degré 4 : Etablit des relations bénéfiques mais discontinues avec sa famille.
Degré 3 : Maintien des relations familiales, régulières ou non, qui constituent un repère.
Degré 2 : Maintien des relations familiales difficiles
Degré 1 : Rupture des liens.

CRITERE 2 : REPERER SA PLACE DANS LA FAMILLE

Degré 5 : Repère et assume sa place et /ou son rôle dans le système familial.
Degré 4 : Assume son rôle dans la mesure de ses possibilités.
Degré 3 : Aimerait jouer un rôle mais est empêché par son système familial ou social.
Degré 2 : Situe sa place sans assumer ni jouer son rôle dans le système familial.
Degré 1 : Situe mal sa place ou celle des membres de sa

CRITERE 4 : LA RELATION AMOUREUSE

Degré 5 : Etablit des relations amoureuses qui s'inscrivent dans la durée.
Degré 4 : Etablit des relations amoureuses éphémères.
Degré 3 : Souhaiterait établir des relations amoureuses sans trouver de partenaire.
Degré 2 : Etablit des relations amoureuses sur un type normatif.
Degré 1 : A des relations amoureuses fantasmatiques.

CRITERE 5 : LES RELATIONS SEXUELLES

Degré 5 : Sexualité consentie, avec partenaire consentant, et maîtrise des différents moyens de protection et de contraception.
Degré 4 : Sexualité consentie, avec partenaire consentant, sans maîtrise des différents moyens de protection et de contraception.
Degré 3 : Sexualité centrée sur soi.
Degré 2 : Sexualité centrée sur son besoin sans écouter le désir de l'autre.
Degré 1 : Sexualité inadaptée à la vie sociale et à la collectivité

**CRITERE 3 : L'IDENTIFICATION ET L'EXPRESSION
DES EMOTIONS**

Degré 5 : Sait identifier et exprimer ses émotions de façon adaptée aux circonstances.
Degré 4 : Sait identifier ses émotions, mais ne les exprime pas de façon adaptée aux circonstances.
Degré 3 : Confusion dans l'identification des émotions.
Degré 2 : Se laisse envahir par ses émotions qui peuvent s'exprimer dans le passage à l'acte
Degré 1 : Emotions intériorisées sans pouvoir les identifier.

DIMENSION 3 : VIE QUOTIDIENNE

CRITERE 1 : TENUE VESTIMENTAIRE

Degré 5 : Sait s'habiller correctement et adapter sa tenue en fonction des saisons et des occasions.
Degré 4 : Sait s'habiller mais pas toujours de façon adaptée aux situations.
Degré 3 : Sait s'habiller mais a besoin de la sollicitation de l'accompagnateur.
Degré 2 : Sait s'habiller mais nécessite une présence éducative.
Degré 1 : Sait "enfiler" ses vêtements.

CRITERE 5 : DEPLACEMENT (repères dans l'espace)

Degré 5 : Sait se déplacer dans un environnement illimité.
Degré 4 : Sait se déplacer dans un environnement connu et habituel (ville et autre ville)
Degré 3 : Sait se déplacer dans un environnement proche (quartier).
Degré 2 : Nécessite un apprentissage pour se déplacer hors de l'institution.
Degré 1 : Se déplace dans les espaces connus et limités (intra institution).

CRITERE 2 : LA CUISINE (confection d'un repas)

Degré 5 : Sait confectionner la totalité de ses repas.
Degré 4 : Sait, de façon partielle, confectionner ses repas.
Degré 3 : Participe avec l'aide de l'éducateur à la confection de ses repas.
Degré 2 : Contribue en fonction de ses capacités à l'élaboration de ses repas.
Degré 1 : Participe passivement à la confection des repas.

CRITERE 6 : REPERAGE DANS LE TEMPS

Degré 5 : Se repère parfaitement dans le temps avec la capacité à se projeter dans l'avenir.
Degré 4 : A des repères temporels (heure, calendrier...)
Degré 3 : A des repères partiels.
Degré 2 : La personne se crée des repères personnels dans le déroulement de la journée.
Degré 1 : Suit les mouvements institutionnels.

CRITERE 3 : ACTIVITES DOMESTIQUES (ménage, entretien logement et linge)

Degré 5 : Sait prendre en charge l'ensemble de l'entretien de son espace privé, et participe à celui des locaux collectifs.
Degré 4 : Sait prendre en charge partiellement l'entretien de son espace privé, et participe à celui des locaux collectifs.
Degré 3 : Sait prendre en charge l'entretien de son espace privé, et participe à celui des locaux collectifs après sollicitation de l'accompagnateur.
Degré 2 : Sait prendre en charge partiellement l'entretien de son espace privé, et participe à celui des locaux collectifs après sollicitation de l'accompagnateur.
Degré 1 : Participe à l'entretien de son espace privé, et participe à celui des locaux collectifs avec l'aide de l'accompagnateur

CRITERE 7 : BUDGET /CAPACITE A GERER

Degré 6 : Sait gérer seul la totalité de ses revenus.
Degré 5 : A besoin d'un accompagnement pour gérer la totalité de ses revenus (aide familiale ou curatelle simple).
Degré 4 : Sait gérer une partie de ses revenus (curatelle renforcée).
Degré 3 : Sait gérer son argent de semaine.
Degré 2 : Sait demander son argent quotidien.
Degré 1 : N'est pas en situation de gérer.

CRITERE 4 : RAPPORT AU DANGER

Degré 5 : Identifie les situations de danger pour lui et pour les autres et réagit de façon adaptée
Degré 4 : Identifie les situations de danger pour lui et pour les autres et réagit de façon inadaptée.
Degré 3 : inhibition de l'action face aux situations de danger.
Degré 2 : Panique face aux situations de danger.
Degré 1 : Provoque les situations de danger.

CRITERE 8 : LES ACHATS

Degré 5 : Fait des achats adaptés à ses besoins tout en sachant se faire plaisir.
Degré 4 : Sait effectuer des achats habituels.
Degré 3 : Fait des achats ponctuels.
Degré 2 : Effectue des achats uniquement sur sollicitation.
Degré 1 : Effectue des achats avec accompagnement.

DIMENSION 4 : ACTIVITES

CRITERE 1 : CHOIX, DESIRS, APPETENCES

Degré 5 : Capacité à émettre des désirs et faire des choix adaptés à son rythme de vie et à ses compétences.
Degré 4 : Capacité à émettre des désirs et faire des choix non adaptés à son rythme de vie ou à ses compétences.
Degré 3 : Sollicite l'accompagnateur.
Degré 2 : Participe avec intérêt après sollicitation.
Degré 1 : Adopte une attitude passive.

CRITERE 2 : INITIATIVES

Degré 5 : Prend des initiatives adaptées.
Degré 4 : Prend des initiatives même si elles sont parfois inadaptées.
Degré 3 : Prend des initiatives dans des situations connues et /ou répétitives.
Degré 2 : A besoin d'être rassuré pour prendre des initiatives.
Degré 1 : Absence d'initiatives

CRITERE 3 : IMPLICATION / PARTICIPATION

Degré 5 : Prend l'initiative de proposer des activités.
Degré 4 : Participe avec intérêt aux activités proposées.
Degré 3 : Participe de manière sélective aux activités (selon les participants ou l'animateur).
Degré 2 : Participe avec sollicitation.
Degré 1 : Instabilité dans l'activité.

CRITERE 4 : RESPECT DES CONSIGNES

Degré 5 : Connaît, comprend et applique les consignes.
Degré 4 : Connaît, comprend les consignes et en applique quelques une.
Degré 3 : Parvient à appliquer les consignes après de nombreuses répétitions.
Degré 2 : Applique les consignes par imitation.
Degré 1 : Compréhension difficile des consignes.

CRITERE 5 : CONCENTRATION

Degré 5 : Reste concentré sur toute la durée de l'activité.

Degré 4 : Se concentre en fonction de son intérêt pour l'activité.

Degré 3 : Se concentre sur une durée limitée.

Degré 2 : A besoin de la présence de l'accompagnateur pour se concentrer.

Degré 1 : Concentration difficile.

CRITERE 6 : APPRENTISSAGES

Degré 4 : Apprécie et intègre avec facilité les nouveaux apprentissages.

Degré 3 : Envie d'apprendre, et a besoin d'expérimenter pour intégrer de nouveaux apprentissages.

Degré 2 : Est capable d'apprentissage mais manque de motivation.

Degré 1 : Maintien des acquis (incapacité ou refus d'apprentissages nouveaux).

DIMENSION 5 : CORPS ET SANTE

CRITERE 1 : SCHEMA CORPOREL

Degré 4 : Connaît et repère chaque partie de son corps.
Degré 3 : Connaît et repère certaines parties de son corps.
Degré 2 : Confond les différentes parties de son corps.
Degré 1 : Connaissance de son corps difficile.

CRITERE 2 : HYGIENE CORPORELLE

Degré 5 : A conscience de l'importance de son hygiène corporelle et se montre totalement autonome.
Degré 4 : Est autonome dans son hygiène corporelle par habitude.
Degré 3 : Hygiène corporelle discontinuée ou partielle.
Degré 2 : Doit être stimulé pour assurer son hygiène corporelle.
Degré 1 : Doit être accompagné pour assurer son hygiène corporelle

CRITERE 3 : RAPPORT A LA NOURRITURE

Degré 5 : S'alimente normalement, de façon diversifiée et en quantité suffisante, tout en sachant se faire plaisir.
Degré 4 : Privilégie la dimension plaisir à celle de l'équilibre alimentaire (Frites tous les jours).
Degré 3 : S'alimente en quantité excessive.
Degré 2 : S'alimente par nécessité ou habitude.
Degré 1 : Troubles alimentaires.

CRITERE 4 : IDENTIFICATION ET EXPRESSION DE LA DOULEUR

Degré 4 : Localise et exprime l'intensité de la douleur de façon verbale ou non verbale.
Degré 3 : Localise mais n'exprime pas l'intensité de la douleur.
Degré 2 : Ne localise pas mais exprime l'intensité de sa douleur.
Degré 1 : La personne ne montre aucun signe apparent de douleur.

CRITERE 5 : SUIVI MEDICAL

Degré 5 : Gère son suivi médical de façon autonome et adaptée.
Degré 4 : Assume son suivi médical de façon autonome et adaptée après sollicitation.
Degré 3 : Se rend seul chez le médecin ou à la pharmacie après prise de RV par l'accompagnateur.
Degré 2 : A besoin d'être accompagné pour l'ensemble des démarches liées au suivi médical.
Degré 1 : Ne porte pas d'intérêt à son suivi médical.

CRITERE 6 : SUIVI DES PRESCRIPTIONS

Degré 5 : Suit son traitement et assume seul la prise des médicaments.
Degré 4 : Suit son traitement et assume seul la prise des médicaments avec contrôle.
Degré 3 : Suit son traitement et assume seul la prise des médicaments avec préparation de son pilulier par un tiers.
Degré 2 : Prend le traitement donné quotidiennement par l'accompagnateur.
Degré 1 : Modifie la prescription partiellement ou totalement.

DIMENSION 6 : GESTION DU TEMPS LIBRE

HOBBY :

CHOIX, DESIRS, APPETENCES :

INITIATIVES :

INTEGRATION :

IMPLICATION :

ANNEXE IV : résultats des évaluations ROCS 2011/2012

| | critères | DIMENSION VIE SOCIALE | | | | | | DIMENSION VIE AFFECTIVE | | | | | DIMENSION VIE QUOTIDIENNE | | | | | | | | DIMENSION ACTIVITE | | | | | | DIMENSION CORPS ET SANTE | | | | | |
|-----------------------------------|----------|-----------------------|----|---|---|---|---|-------------------------|---|----|----|----|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | DA | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 1 | NE | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| foyer de vie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | IC | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | NE | NE | 2 | 2 | 3 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | JLD | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | NE | 5 | 3 | 1 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 4 | VG | 5 | 4 | 6 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 3 | 1 | 1 | 2 | 4 | 4 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 5 | 1 | 1 | 2 |
| 5 | EH | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 | 3 | 2 | 1 | 3 | 5 | 4 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 6 | CL | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | NE | NE | 4 | 2 | 3 | 4 | 1 | 3 | 1 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 7 | MM | 5 | 5 | 1 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 2 | 1 | NE | 3 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 3 | 1 | 2 |
| 8 | PL | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| 9 | VM | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | NE | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| 10 | PQ | NE | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | NE | NE | NE | 4 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 1 | 1 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 |
| 11 | JM V | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| foyer d'hébergement rue thiers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AA | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 |
| 2 | DV | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | NE | NE | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 |
| 3 | JMF | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 | 3 | 4 | 5 | NE | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 |
| 4 | SL | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 2 | NE | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 5 | MM | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | 4 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 6 | AQ | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 | NE | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 |
| 7 | ET | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 |
| 8 | ES | 5 | NE | 6 | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | NE | NE | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 4 | 4 | 5 | 3 | 5 | 4 |
| foyer d'hébergement petite maison | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | FB | 5 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | NE | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 |
| 2 | DD | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | NE | NE | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| 3 | DD | 4 | 4 | 6 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 3 | NE | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| 4 | MH | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 3 |
| 5 | DL | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | NE | 5 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 |
| 6 | LP | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 |

résultats des évaluations ROCS 2011/2012 (suite)

| | DIMENSION VIE SOCIALE | | | | | | DIMENSION VIE AFFECTIVE | | | | | DIMENSION VIE QUOTIDIENNE | | | | | | | | DIMENSION ACTIVITE | | | | | | DIMENSION CORPS ET SANTE | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------|---|---|---|---|---|--------------------------|---|---|---|---|---|
| critères | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| foyer d'hébergement rue J. Ribault | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | OB | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 2 | PB | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | NE | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 5 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 3 | CC | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 2 | 2 | 2 | 5 | 5 | 5 | 1 | 2 | 3 | 1 | 3 | 1 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 4 | WD | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | NE | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 1 | 2 |
| 5 | DM | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | NE | NE | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 2 | 2 | 3 | 2 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 |
| 6 | CF | 5 | 5 | 4 | 5 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| 7 | RH | 5 | 2 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 3 | NE | 5 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 8 | GL | 5 | 2 | 3 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 5 | NE | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| 9 | DP | 3 | 5 | 6 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 5 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 2 |
| 10 | EP | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 1 | 1 | 5 | 4 | 4 | 5 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 11 | DP | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | NE | 5 | 3 | 5 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 12 | DP | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 5 | NE | 5 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 2 | 3 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 5 | 5 | 3 | 2 | 2 |
| 13 | CT | 3 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 4 | 1 | 1 | 5 | 4 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 2 | 2 |
| 14 | NS | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 3 | 1 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 | 2 |
| | Foyer d'hébergement St Aubin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | AC | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 5 | 1 | NE | 4 | 5 | NE | 4 | 3 | 3 | 1 | 5 | 5 | 2 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 2 |
| 2 | BC | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | |
| 3 | ND | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | NE | NE | 5 | 4 | 3 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 2 | 3 |
| 4 | YG | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | NE | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| 5 | DG | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 5 | 5 | 4 | 2 | 5 | 3 | 2 | 5 | 4 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 3 | 5 | 4 | 5 | 2 |
| 6 | SL | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 5 | 4 | 5 | NE |
| 7 | FP | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 3 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 | 2 | 2 | |
| 8 | JV | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 |

ANNEXE V: SYNTHÈSE des RESULTATS évaluations ROCS 2011/2012

| CRITERES | | DEGRE | | | | | | Résidants | |
|--------------------------------|--|-------|----|----|----|----|----|-----------|-------|
| | | NE | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | TOTAL |
| DIMENSION VIE SOCIALE | L'EXPRESSION | 1 | 0 | 0 | 3 | 7 | 36 | | 47 |
| | RELATION AVEC LES PERSONNES EXTERIEURES | 1 | 0 | 3 | 2 | 9 | 32 | | 47 |
| | RELATION AVEC SES PAIRS | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 32 | 8 | 47 |
| | RELATION AVEC L'EQUIPE | 0 | 0 | 2 | 2 | 16 | 27 | | 47 |
| | RAPPORT AUX REGLES | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 27 | | 47 |
| | ADAPTATION AUX SITUATIONS NOUVELLES | 0 | 0 | 1 | 4 | 26 | 16 | | 47 |
| DIMENSION VIE AFFECTIVE | RELATION A LA FAMILLE | 0 | 4 | 2 | 6 | 0 | 35 | | 47 |
| | REPERER SA PLACE DANS LA FAMILLE | 1 | 0 | 1 | 4 | 9 | 32 | | 47 |
| | IDENTIFICATION ET EXPRESSION DES EMOTIONS | 1 | 0 | 5 | 6 | 21 | 14 | | 47 |
| | RELATION AMOUREUSE | 14 | 1 | 2 | 7 | 4 | 18 | | 47 |
| | RELATIONS SEXUELLES | 32 | 0 | 1 | 1 | 4 | 9 | | 47 |
| VIE QUOTIDIENNE | TENUE VESTIMENTAIRE | 0 | 0 | 1 | 3 | 12 | 31 | | 47 |
| | CUISINE | 0 | 5 | 6 | 17 | 7 | 12 | | 47 |
| | ACTIVITES DOMESTIQUES | 0 | 8 | 6 | 13 | 6 | 14 | | 47 |
| | RAPPORT AU DANGER | 0 | 3 | 3 | 6 | 10 | 25 | | 47 |
| | DEPLACEMENT | 0 | 3 | 2 | 3 | 29 | 10 | | 47 |
| | REPERAGE DANS LE TEMPS | 0 | 1 | 0 | 8 | 14 | 24 | | 47 |
| | CAPACITE A GERER | 0 | 10 | 9 | 15 | 9 | 4 | 0 | 47 |
| | ACHATS | 0 | 5 | 4 | 12 | 10 | 16 | | 47 |
| ACTIVITES | CHOIX DESIRS APPETENCES | 0 | 2 | 6 | 1 | 8 | 30 | | 47 |
| | INITIATIVES | 0 | 4 | 3 | 8 | 7 | 25 | | 47 |
| | IMPLICATION PARTICIPATION | 0 | 1 | 6 | 8 | 9 | 23 | | 47 |
| | RESPECT DES CONSIGNES | 0 | 0 | 1 | 6 | 9 | 31 | | 47 |
| | CONCENTRATION | 0 | 0 | 2 | 10 | 14 | 21 | | 47 |
| | APPRENTISSAGES | 0 | 0 | 12 | 14 | 21 | | | 47 |
| CORPS ET SANTE | SCHEMA CORPOREL | 0 | 0 | 0 | 4 | 43 | | | 47 |
| | HYGIENE CORPORELLE | 0 | 2 | 3 | 9 | 14 | 19 | | 47 |
| | RAPPORT A LA NOURRITURE | 0 | 0 | 0 | 4 | 13 | 30 | | 47 |
| | IDENTIFICATION ET EXPRESSION DE LA DOULEUR | 0 | 4 | 1 | 11 | 31 | | | 47 |
| | SUIVI MEDICAL | 0 | 6 | 25 | 8 | 2 | 6 | | 47 |
| | SUIVI DES PRESCRIPTION | 1 | 1 | 31 | 6 | 5 | 3 | | 47 |

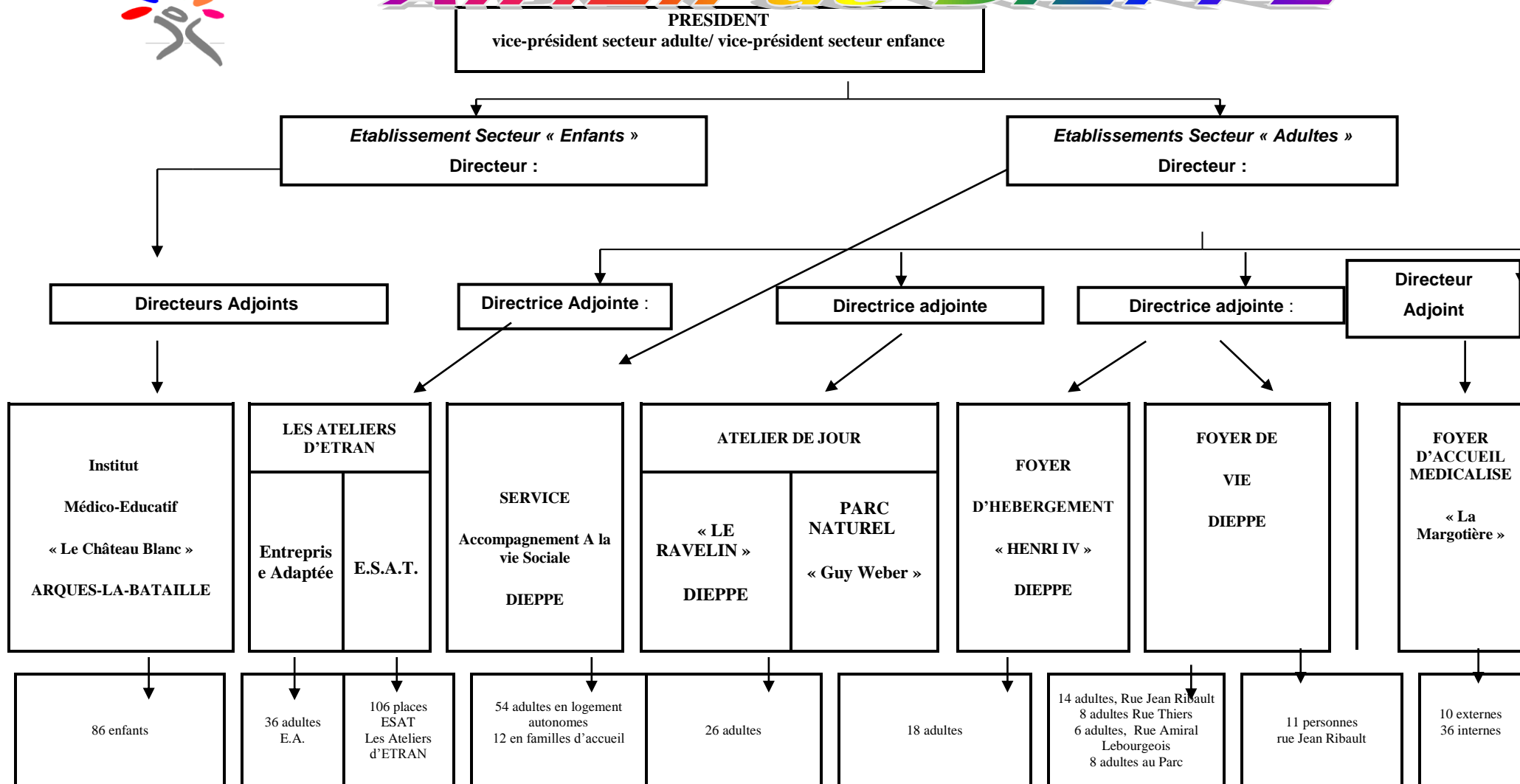
ANNEXE VII : DESCRIPTIF DU PERSONNEL CDI FH ET FV au 1/08/2012

| | sexe | poste | age | date d'embauche | | formation | Date diplôme |
|------|------|--------------------------|-----|-----------------|----|--|--------------|
| B AM | F | veilleuse de nuit | 53 | 1990 | 22 | | |
| B T | H | ASI | 26 | 2010 | 2 | | |
| B G | F | veilleuse de nuit | 35 | 2006 | 6 | | |
| C J | F | veilleuse de nuit | 28 | 2002 | 10 | | |
| D I | F | veilleuse de nuit | 37 | 2008 | 4 | amp | 2010 |
| D P | H | Agent de maintenance | 59 | 2004 | 8 | | |
| D E | F | veilleuse de nuit | 39 | 2009 | 3 | | |
| D EM | F | animateur 1ère catégorie | 31 | 2004 | 8 | conseillère en économie sociale et familiale | 1997 |
| F M | H | animateur 1ère catégorie | 55 | 1990 | 22 | éducateur spécialisé | 1997 |
| A G | F | A.S.I | 51 | 2011 | 1 | | |
| N L | F | A.M.P | 48 | 1991 | 21 | A.M.P | 1998 |
| L S | F | animateur 2ème catégorie | 32 | 2001 | 11 | M.E | 2001 |
| L M | F | maitresse de maison | 60 | 1989 | 23 | | |
| M A | F | A.M.P | 36 | 2005 | 7 | | |
| M V | F | animateur 2ème catégorie | 32 | 2006 | 6 | M.E | 2006 |
| M I | F | A.M.P | 46 | 1989 | 23 | A.M.P | 1988 |
| N C | H | A.M.P | 46 | 1993 | 19 | A.M.P | 1999 |
| N M | F | animateur 2ème catégorie | 32 | 2003 | 9 | M.E | 2003 |
| R V | H | animateur 1ère catégorie | 30 | 2008 | 4 | maitrise de psychologie | 2006 |
| R M | F | A.M.P | 49 | 1998 | 14 | | |

.ANNEXE VII : Organigramme de l'APEI de la région Dieppoise



A.P.E.I de DIEPPE



**ANNEXE VIII : Les indicateurs de la participation à la vie sociale
TREMBLAY et TELLIER**

**Liste des items de l'échelle
« Évaluation du niveau de participation sociale »**

1. Santé

- 1.1 Médecin
- 1.2 Dentiste
- 1.3 Optométriste
- 1.4 Médecin spécialiste
- 1.5 Info-santé
- 1.6 Médecine alternative
- 1.7 Autre :

2. Consommation

- 2.1 Pharmacie
- 2.2 Magasinage
- 2.3 Restaurant
- 2.4 Épicerie
- 2.5 Coiffeur
- 2.6 Dépanneur
- 2.7 Autre :

3. Finances

- 3.1 A.C.E.F. (ex. : à pied)
- 3.2 Banque
- 3.3 Autre :

4. Réseau social

- 4.1 Amis
- 4.2 Amis intimes
- 4.3 Parenté
- 4.4 Voisins
- 4.5 Association
- 4.6 Autre :
- 10.1 Aux adultes

5. Loisirs

- 5.1 Cinéma
- 5.2 Lecture
- 5.3 Jeux de société
- 5.4 Jeux vidéo
- 5.5 Danse
- 5.6 Spectacle/théâtre
- 5.7 Artisanat/peinture
- 5.8 Vacances
- 5.9 Autre :

6. Hébergement

- 6.1 Milieu naturel
- 6.2 Milieu substitut
- 6.3 Milieu autonome
- 6.4 Autre :

7. Travail

- 7.1 Emploi rémunéré
- 7.2 Programme d'accession
- 7.3 Stage
- 7.4 Bénévolat
- 7.5 Autre :

8. Transport

- 8.1 En commun
- 8.2 Adapté
- 8.3 Particulier
- 8.4 Sur courte distance
- 8.5 Autre :

9. Sports

- 9.1 Marche
- 9.2 Natation
- 9.3 Vélo
- 9.4 Ski
- 9.5 Autre :

10. Éducation

- 10.2 Polyvalente
- 10.3 Primaire
- 10.4 C.P.E.
- 10.5 Autre :

11. Services publics

- 11.1 Aréna
- 11.2 Parc
- 11.3 Assistance emploi
- 11.4 Autre :

ANNEXE IX : Les indicateurs de la participation à la vie sociale. LOUBAT

Participer socialement c'est :

-
- Avoir accès aux soins : les bénéficiaires ont-ils accès à tous les systèmes de soins en vigueur ? Sont-ils bien informés de l'existant ? Ont-ils le choix de leurs intervenants et de leurs dispositifs de soins ?
- Avoir accès aux droits ordinaires du citoyen : les bénéficiaires sont-ils informés de leurs droits, Savent-ils les revendiquer ?
- Participer à un cercle de relations rapprochées (partenaires affectifs et sexuels, parents, amis) : les bénéficiaires ont-ils des parents, des amis, des partenaires affectifs et sexuels ? Peuvent-ils les rencontrer aussi souvent qu'ils le souhaitent ?
- Participer à des relations mondaines (collègues, camarades) : les bénéficiaires ont-ils les collègues et les camarades qu'ils souhaitent ou les subissent-ils ?
Pouvoir engager des conversations, établir des relations (avec remises des coordonnées et possibilités de se revoir) : les bénéficiaires sont-ils en mesure d'établir des conversations ? Leur a-t-on appris à le faire ? Sont-ils placés dans des situations propices ?
- Pouvoir faire bonne figure et agir sur sa présentation personnelle (look, carte de visite, C.V., etc..) ; les bénéficiaires sont-ils satisfaits de leur présentation ? Ont-ils elle qu'ils souhaitent ? Souhaitent-ils améliorer leur look, disposer d'un C.V., d'une carte de visite ?
- Participer à des manifestations sociales : à quelle manifestation participent les bénéficiaires ?
- Avoir accès à la culture (aller au concert, au théâtre, visite de musées, de sites etc...) : les bénéficiaires participent-ils quand ils le souhaitent et en fonction de leurs moyens, à des manifestations culturelles ? Se rendent-ils au concert, au théâtre etc... ?
- Avoir accès à la connaissance, à l'école, à la formation : les bénéficiaires ont-ils accès à la scolarité ? Selon le monde ordinaire ou d'autres ? Peuvent-ils suivre les formations choisies ?
- Avoir accès à des manifestations créatives et aux loisirs : les bénéficiaires choisissent-ils leurs loisirs ?
- Avoir accès à la communication (téléphonie, internet, télévision, écriture, langage signé, pictogramme etc..) : les bénéficiaires disposent-ils d'un téléphone quand ils en font la demande, disposent-ils d'une télévision, d'un accès à internet ? Disposent-ils d'un mode d'expression, et de langage ?
- Avoir accès à l'univers professionnel : les bénéficiaires peuvent-ils avoir accès à un emploi protégé ? Ont-ils accès au monde ordinaire du travail ? Sont-ils informés et accompagnés pour ce faire ?
- Accéder à la dimension économique (disposer d'un compte en banque, d'une carte de retrait, d'un chéquier) : les bénéficiaires disposent-ils d'un compte en banque ? Comment peuvent-ils s'en servir ? Disposent-ils d'une carte de crédit ? Ont-ils bénéficiés des informations nécessaires ? Peuvent-ils consommer ce qu'ils souhaitent ?
- Pouvoir accéder à des groupements sociaux (clubs associations) : les bénéficiaires ont-ils accès à des clubs et des associations de tous ordres de leurs choix ? Bénéficient-ils des aides nécessaires ?
- Pouvoir se faire représenter ou se présenter à des postes électifs : les bénéficiaires participent-ils aux procédures électorales ? Par exemple, dans leur établissement ? Sont-ils bien informés ?
- Pouvoir accéder à l'espace public de circulation (rues, places) : à quels espaces publics les bénéficiaires ont-ils accès dans leur environnement proche ?
- Pouvoir emprunter les transports en commun (bus, car, métro) : à quels moyens de transports les bénéficiaires ont-ils accès ? Qu'est-ce qui est mis en place pour améliorer leur autonomie ?

ANNEXE XI : Les indicateurs de la participation à la vie sociale MHAVIE

| TABLEAU 1 HABITUDES DE VIE (utilisées dans le questionnaire) | | | |
|---|--|--------------------------------|---|
| Activités quotidiennes | | Rôles sociaux | |
| Catégorie | Sous-catégorie | Catégorie | Sous-catégorie |
| 1- Nutrition | 1.1- Régime alimentaire | 7- Responsabilités | 7.1- Responsabilités financières |
| | 1.2- Préparation des aliments | | 7.2- Responsabilités civiles |
| | 1.3- Prise des repas | | 7.3- Responsabilités familiale |
| 2- Condition corporelle | 2.1- Repos | 8- Relations interpersonnelles | 8.1- Relations sexuelles |
| | 2.2- Condition physique | | 8.2- Relations affectives |
| | 2.3- Condition mentale | | 8.3- Relations sociales |
| 3- Soins personnels | 3.1 et 3.2- Hygiène corporelle et excrétrice | 9- Vie communautaire | 10.1- Vie associative |
| | 3.3- Habillement | | 10.2 – Vie spirituelle et Pratiques religieuses |
| | 3.4- Soins de la santé | | 11.1 à 11.4- Formation préscolaire, scolaire, professionnelle et autres |
| 4- Communication | 4.1 à 4.4- Communication orale, écrite, signalisation et télécommunication | 12- Travail | 12.1 et 12.2- Orientation et recherche d'un emploi |
| 5- Habitation | 5.1- Domicile | 13- Loisirs | 12.3- Occupation rémunérée |
| | 5.2- Entretien ménager | | 12.4- Occupation non rémunérée |
| | 5.3- Ameublements et autres équipements utilitaires | | 13.1- Sport et jeux |
| 6- Déplacements | 6.1- Déplacements restreints dans la communauté | | 13.2- Art et culture |
| | 6.2- Transports | | 13.2- Activités socio-récréatives |

| TABLEAU II Échelle de réalisation des habitudes de vie | |
|---|--|
| Pointage | Réalisation |
| 9 | Réalisé sans difficulté |
| 8 | Réalisé sans difficulté avec aide technique (ou aménagement) |
| 7 | Réalisé avec difficulté sans aide |
| 6 | Réalisé avec difficulté et aide technique (ou aménagement) |
| 5 | Réalisé sans difficulté avec aide humaine |
| 4 | Réalisé sans difficulté avec aide technique (ou aménagement) et aide humaine |
| 3 | Réalisé avec difficulté et aide humaine |
| 2 | Réalisé avec difficulté et aide technique (ou aménagement) et aide humaine |
| 1 | Réalisé avec substitution* |
| 0 | Non réalisé |
| N/A | Ne s'applique pas |

* La réalisation par substitution est la réalisation de l'activité par une autre personne sans la participation active de la personne évaluée

ANNEXE XI : Plan de financement Foyer de vie

| | 2011 REEL | 2012 BP ACC | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-----------|-------------|-----------|----------|----------|----------|
| VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI) | | | | | | |
| R E S S O U R C E S | | | | | | |
| Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports) | | | | | | |
| Dons et legs en capital | | | | | | |
| Subventions transférables | | | | | | |
| Excédents ou réserves affectés à l'investissement | 20000 | | 84041,76 | | | |
| Réserves de compensation des charges d'amortissement | | | | | | |
| Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations | 450,93 | | | | | |
| Plus-values des plus-values nettes | | | | | | |
| EMPRUNTS prévus au plan | | | | | | 18000 |
| Autres dettes financières (dont dépôts et cautionnements reçus) | | | | | | |
| Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan | 15220,05 | 35923,35 | 6323,57 | 6151,43 | 3853,65 | 5722,05 |
| AMORTISSEMENTS DES ACQUISITIONS du plan | | | | | | |
| - Constructions (bâtiments) | | | | 47888,97 | 47888,97 | 47888,97 |
| - Agencements installations | | | | | | |
| - Matériel-outillage, équipements mobiliers | | | | 8600 | 8600 | 8600 |
| - Autres | | | | | | |
| Dépréciation des immobilisations | | | | | | |
| Amortissements des charges à répartir | | | | | | |
| Comptes de liaison investissement | | | | | | |
| Total des ressources = A | 35670,98 | 35923,35 | 90365,33 | 62640,4 | 60342,62 | 80211,02 |
| E M P L O I S | | | | | | |
| Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat | | | | | | |
| Reprises sur les réserves de compensation des charges d'amortissement | | | | | | |
| Reprises sur les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations | | | | | | |
| Reprise sur dépréciation des immobilisations | | | | | | |
| Remboursement des emprunts antérieurs | 19938,8 | 20931,22 | 31864,42 | 5181,13 | 4404,17 | |
| REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS prévus au plan | | | | 29678,24 | 30933,94 | 32243,4 |
| INVESTISSEMENTS prévus au plan | | | | | | |
| - Constructions (bâtiments) | | | | | | |
| - Agencements installations | 3577,84 | 4000 | | | | |
| - Matériel-outillage, équipements mobiliers | | | | 2000 | 2000 | 20000 |
| - Immobilisations financières (prêts, cautionnements versés, ...) | | | | | | |
| - Autres | | | | | | |
| Charges à répartir sur plusieurs exercices | | | | | | |
| Comptes de liaison investissement | | | | | | |
| Total des emplois = B | 23516,64 | 24931,22 | 31864,42 | 36859,37 | 37338,11 | 52243,4 |
| VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C | 12154,34 | 10992,13 | 58500,91 | 25781,03 | 23004,51 | 27967,62 |
| FRI INITIAL = D | -40621,94 | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 |
| FRI CUMULE = D + C = E | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 | 117778,6 |
| VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE) | | | | | | |
| R E S S O U R C E S | | | | | | |
| Dotations aux provisions (réglementées et pour charges) | | | | | | |
| Reprise des déficits d'exploitation | | | | | | |
| Comptes de liaison (stables d'exploitation) | | | | | | |
| Total des ressources d'exploitation = F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| E M P L O I S | | | | | | |
| Reprise à l'investissement des réserves de couverture du BFR (art. R.314-48) | | | | | | |
| Reprise sur les réserves de compensation des déficits | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Reprise sur provisions (réglementées et pour risques et charges) | | | | | | |
| Reprise des excédents : | | | | | | |
| - à la réduction des charges d'exploitation ou aux mesures d'exploitation | | | | | | |
| - à l'investissement | | | | | | |
| Reprise sur fonds dédiés | | | | | | |
| Comptes de liaison (stables d'exploitation) | | | | | | |
| Total des emplois d'exploitation = G | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FRE INITIAL = I | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FRE CUMULE = I + H = J | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J) | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 | 117778,6 |
| | | | | | | |
| | 2011 REEL | 2012 BP ACC | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR) | | | | | | |
| AUGMENTATIONS | | | | | | |
| Stocks : rotation plus lente, effet volume / prix | | | | | | |
| Créances : augmentation (délais de paiement, effet volume/prix) | | | | | | |
| Dettes : diminutions (délais, volume / prix) | | | | | | |
| Reprise sur dépréciations des stocks et créances | | | | | | |
| Autres postes d'augmentation (congrés payés ...) | | | | | | |
| Comptes de liaison (cycle d'exploitation) | | | | | | |
| Total des augmentations du BFR = K | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DIMINUTIONS | | | | | | |
| Réduction des stocks | | | | | | |
| Créances : diminutions (délais, volume / prix) | | | | | | |
| Dettes : augmentation (délais, effet volume / prix) | | | | | | |
| Dotations aux dépréciations des stocks et créances | | | | | | |
| Autres postes de diminutions (congrés payés ...) | | | | | | |
| Comptes de liaison (cycle d'exploitation) | | | | | | |
| Total des diminutions du BFR = L | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BFR INITIAL = N | | | | | | |
| BFR CUMULE = N + M = O | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P | 12154,34 | 10992,13 | 58500,91 | 25781,03 | 23004,51 | 27967,62 |
| TRESORERIE INITIALE | -40621,94 | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 |
| TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 | 117778,6 |
| Dettes fournisseurs d'immobilisations | | | | | | |
| Autres postes (fonds des majeurs protégés, ...) | | | | | | |
| Montant minimum de liquidité nécessaire | | | | | | |
| LIQUIDITES THEORIQUES EN FIN D'EXERCICE | -28467,6 | -17475,47 | 41025,44 | 66806,47 | 89810,98 | 117778,6 |

ANNEXE XII :Plan de Financement Foyer d'hébergement

| | 2011 REEL | 2012 BP ACC | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI) | | | | | | |
| R E S S O U R C E S | | | | | | |
| Augmentation des fonds propres (associatifs ou apports) | | | | | | |
| Dons et legs en capital | | | | | | |
| Subventions transférables | | | | | | |
| Excédents ou réserves affectés à l'investissement | | | 242712,71 | | | |
| Réserves de compensation des charges d'amortissement | | | | | | |
| Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations | 16330,42 | | | | | |
| Plus-values des plus-values nettes | | | | | | |
| EMPRUNTS prévus au plan | | | | | | |
| Autres dettes financières (dont dépôts et cautionnements reçus) | | | | | | |
| Amortissements des actifs acquis avant le démarrage du plan | 84227,61 | 91737,87 | | 70792,85 | 62896,32 | 53220,08 |
| AMORTISSEMENTS DES ACQUISITIONS du plan | | | | | | |
| - Constructions (bâtiments) | | | | 69233,5 | 69233,5 | 69233,5 |
| - Agencements installations | | | | | | |
| - Matériel-outillage, équipements mobiliers | | | | 13400 | 13400 | 13400 |
| - Autres | | | | | | |
| Dépréciation des immobilisations | | | | | | |
| Amortissements des charges à répartir | | | | | | |
| Comptes de liaison investissement | | | | | | |
| Total des ressources = A | 100558,03 | 91737,87 | 242712,71 | 153426,35 | 145529,82 | 135853,58 |
| E M P L O I S | | | | | | |
| Subventions d'investissement inscrites au compte de résultat | 546,19 | 546,19 | 546,19 | 546,19 | 234,37 | |
| Reprises sur les réserves de compensation des charges d'amortissement | 7699,05 | 7699,05 | 7699,05 | 7699,02 | 7226,06 | |
| Reprises sur les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations | | | | | | |
| Reprise sur dépréciation des immobilisations | | | | | | |
| Remboursement des emprunts antérieurs | 58622,09 | 60590,32 | 75250,1 | 42076,23 | 42434,76 | 27137,62 |
| REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS prévus au plan | | | | 39586,32 | 41261,9 | 43009,24 |
| INVESTISSEMENTS prévus au plan | | | | | | |
| - Constructions (bâtiments) | | | | | | |
| - Agencements installations | 102491,17 | 60000 | | | | |
| - Matériel-outillage, équipements mobiliers | 6006,31 | | | | | |
| - Immobilisations financières (prêts, cautionnements versés, ...) | | | | | | |
| - Autres | | | | | | |
| Charges à répartir sur plusieurs exercices | | | | | | |
| Comptes de liaison investissement | | | | | | |
| Total des emplois = B | 175364,81 | 128835,56 | 83495,34 | 89907,76 | 91157,09 | 70146,86 |
| VARIATION NETTE DU FRI (A - B) = C | -74806,78 | -37097,69 | 159217,37 | 63518,59 | 54372,73 | 65706,72 |
| FRI INITIAL = D | 245138,94 | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 |
| FRI CUMULE = D + C = E | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 | 476049,88 |
| VARIATION DU FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE) | | | | | | |
| R E S S O U R C E S | | | | | | |
| Dotations aux provisions (réglementées et pour charges) | | | | | | |
| Reprise des déficits d'exploitation | | | | | | |
| Comptes de liaison (stables d'exploitation) | | | | | | |
| Total des ressources d'exploitation = F | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| E M P L O I S | | | | | | |
| Reprise à l'investissement des réserves de couverture du BFR (art. R.314-48) | | | | | | |
| Reprise sur les réserves de compensation des déficits | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Reprise sur provisions (réglementées et pour risques et charges) | | | | | | |
| Reprise des excédents : | | | | | | |
| - à la réduction des charges d'exploitation ou aux mesures d'exploitation | | | | | | |
| - à l'investissement | | | | | | |
| Reprise sur fonds dédiés | | | | | | |
| Comptes de liaison (stables d'exploitation) | | | | | | |
| Total des emplois d'exploitation = G | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VARIATION NETTE DU FRE = (F - G) = H | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FRE INITIAL = I | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FRE CUMULE = I + H = J | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL CUMULE (E + J) | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 | 476049,88 |
| | | | | | | |
| | 2011 REEL | 2012 BP ACC | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| VARIATION DU BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR) | | | | | | |
| AUGMENTATIONS | | | | | | |
| Stocks : rotation plus lente, effet volume / prix | | | | | | |
| Créances : augmentation (délais de paiement, effet volume/prix) | | | | | | |
| Dettes : diminutions (délais, volume / prix) | | | | | | |
| Reprise sur dépréciations des stocks et créances | | | | | | |
| Autres postes d'augmentation (congs payés ...) | | | | | | |
| Comptes de liaison (cycle d'exploitation) | | | | | | |
| Total des augmentations du BFR = K | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| DIMINUTIONS | | | | | | |
| Réduction des stocks | | | | | | |
| Créances : diminutions (délais, volume / prix) | | | | | | |
| Dettes : augmentation (délais, effet volume / prix) | | | | | | |
| Dotations aux dépréciations des stocks et créances | | | | | | |
| Autres postes de diminutions (congs payés ...) | | | | | | |
| Comptes de liaison (cycle d'exploitation) | | | | | | |
| Total des diminutions du BFR = L | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| VARIATION NETTE DU BFR = (K - L) = M | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BFR INITIAL = N | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| BFR CUMULE = N + M = O | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| VARIATION NETTE DE LA TRESORERIE = C + H - M = P | -74806,78 | -37097,69 | 159217,37 | 63518,59 | 54372,73 | 65706,72 |
| TRESORERIE INITIALE | 245138,94 | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 |
| TRESORERIE NETTE EN FIN DE PERIODE | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 | 476049,88 |
| Dettes fournisseurs d'immobilisations | | | | | | |
| Autres postes (fonds des majeurs protégés, ...) | | | | | | |
| Montant minimum de liquidité nécessaire | | | | | | |
| LIQUIDITES THEORIQUES EN FIN D'EXERCICE | 170332,16 | 133234,47 | 292451,84 | 355970,43 | 410343,16 | 476049,88 |

CARMILLET BRIARD

Isabelle

SEPT 2012

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IDS Canteleu

**Diversifier les modes d'accompagnement de l'hébergement :
Pour une promotion de la participation à la vie sociale de
personnes en situation de handicap mental**

| | | |
|--|-----------------|------------------|
| CARMILLET BRIARD | Isabelle | SEPT 2012 |
| <p align="center">Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale</p> <p>ETABLISSEMENT DE FORMATION : IDS Canteleu</p> | | |
| <p align="center">Diversifier les modes d'accompagnement de l'hébergement : Pour une promotion de la participation à la vie sociale de personnes en situation de handicap mental</p> | | |
| <p>Résumé :</p> <p>Le foyer d'hébergement Henry 4 accueille des hommes et des femmes en situation de handicap mental.</p> <p>Ils ont des profils de plus en plus divers. Ils ont besoin de l'accompagnement qu'une institution peut leur offrir mais ils souhaitent y avoir la vie sociale qu'ils pourraient avoir à domicile.</p> <p>Le foyer Henry 4, comme d'autres établissements d'hébergement, est amené à diversifier ses modes d'accompagnement pour accueillir des personnes avec des problématiques très différentes, tout en permettant à ce public d'exercer sa citoyenneté, de participer à la vie sociale.</p> <p>C'est en examinant l'architecture, l'organisation, les projets d'établissements et les pratiques professionnelles à l'éclairage du modèle de participation à la vie sociale que le foyer pourra répondre à la question des moyens à développer pour permettre aux résidents d'avoir la vie sociale à laquelle ils aspirent et dont ils ont besoin.</p> | | |
| <p>Mots clés : Foyer d'hébergement-handicap mental-vie sociale-citoyenneté-architecture-évaluation-projet d'établissement-pratiques professionnelles</p> | | |
| <p align="center"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p> | | |