



**PILOTER LA NÉCESSAIRE MUTATION CULTURELLE DU
FOYER DE VIE POUR PROMOUVOIR LE STATUT DE SUJET
DES RÉSIDENTS**

2011

Sylvain LE BORGNE

cafdes



Remerciements

Je tiens à remercier :

- mon épouse pour son soutien durant la formation et la production de ce mémoire,
- mes deux filles pour avoir compris et accepté mes absences,
- M. DUVAL, directeur des soins de l'hôpital Saint Thomas de Villeneuve, pour ses conseils,
- l'ensemble des formateurs de l'IRTS de Bretagne, titulaires et vacataires, pour la qualité de leurs enseignements,
- les résidents du foyer de vie pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon parcours de formation,
- le personnel du foyer de vie, pour leur appui.

Sommaire

Introduction	1
1 SUITE À L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS, RECONSIDÉRER LA PLACE QUI LEUR EST ACCORDÉE.	3
1.1 LA VISÉE CHARITABLE DE L'ACCUEIL.	3
1.1.1 Une association congrégationniste porteuse de valeurs caritatives.	3
A) La congrégation Saint Thomas de Villeneuve.	3
B) L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve.	4
C) Une volonté affirmée : rendre l'utilisateur acteur.	5
1.1.2 L'enracinement caritatif du foyer de vie oriente le regard porté sur les résidents.	6
A) Un foyer de vie rattaché à un hôpital de proximité.	6
B) Une visée charitable de l'accompagnement jusqu'en 1999.	8
1.2 L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'ACCUEIL DES RÉSIDENTS.	9
1.2.1 Des résidents considérés comme des malades jusqu'en 2004.	9
A) Une orientation sanitaire de l'accompagnement.	9
B) Une offre de service limitée aux actes essentiels de la vie quotidienne.	11
1.2.2 Un début d'émancipation du foyer depuis 2004.	12
A) Une orientation médico-sociale de l'accompagnement.	12
B) Une offre de service qui se diversifie.	14
1.3 DES RÉSIDENTS ENCORE INSUFFISAMMENT CONSIDÉRÉS COMME SUJETS ET ACTEURS.	15
1.3.1 L'évolution du profil des résidents.	15
A) Les deux types de handicap présents au foyer de vie.	15
B) Des évolutions qui débouchent sur la revendication de nouvelles attentes.	18
C) Des modalités d'accompagnement remises en cause.	20
1.3.2 Des résidents absents de leur accompagnement.	22
A) Des résidents qui n'ont pas assez le statut de sujet.	22
B) Des résidents qui ne sont pas véritablement acteurs de leur accompagnement.	23
2 LA RECONNAISSANCE DU STATUT DE SUJET DES RÉSIDENTS : UNE ÉVOLUTION SOCIÉTALE ET UN ENJEU INSTITUTIONNEL A RELEVER.	26
2.1 Une évolution sociétale du regard porté sur le handicap.	26

2.1.1	Historique de l'évolution des droits des usagers.	26
A)	Une place à part qui ne valorise pas la dimension du sujet.	26
B)	Des droits réaffirmés : les lois 2002-2 et 2005.	28
C)	De nouvelles prérogatives trop peu présentes au foyer.	30
2.1.2	Du handicapé à la personne en situation de handicap.	31
A)	La personne handicapée.	31
B)	La personne en situation de handicap.	32
2.1.3	Pour une dimension citoyenne de l'usager en institution.	33
A)	Reconnaître l'individu dans l'usager.	33
B)	Se confronter aux résidents.	35
2.1.4	Des évolutions législatives insuffisamment appréhendées au foyer	36
A)	Une méconnaissance des lois par les acteurs en place	36
B)	Une mise en œuvre partielle et inadaptée des outils préconisés.	37
2.2	Un changement de regard à opérer	39
2.2.1	Une quête de sens à apporter à l'accompagnement proposé	39
A)	Un questionnaire « éthique » balbutiant.	39
B)	« Une clinique du quotidien » à redynamiser	41
2.2.2	Considérer les résidents du foyer comme des êtres capables.	42
A)	Une image sociale des résidents à enrichir : le concept de la valorisation des rôles sociaux (V.R.S.)	43
B)	Réattribuer aux résidents leur capacité à agir	44
2.2.3	L'appropriation ou réappropriation, de leur pouvoir par les résidents.	45
A)	Le concept d'empowerment.	45
B)	Un enjeu de démocratie participative.	46
2.2.4	Un foyer enfermé sur lui-même.	47
A)	Une logique de territoire inopérante.	47
B)	Un travail en réseau à développer.	49
3	PILOTER LA MUTATION CULTURELLE DU FOYER DE VIE POUR PROMOUVOIR LE STATUT DE SUJET DES RÉSIDENTS	51
3.1	IMPULSER UNE CULTURE VALORISANT LA PLACE DES RÉSIDENTS.	51
3.1.1	Une clinique du quotidien pour une éthique de la relation.	52
A)	Entretenir une clinique du quotidien.	52
B)	Favoriser un questionnaire éthique.	54
C)	Permettre à l'équipe de s'emparer de l'esprit de la loi.	56
3.1.2	Faciliter l'accès des résidents aux ressources du territoire.	57
A)	Les résidents du foyer : une place reconnue dans la cité.	57
B)	Élargir le panel de réponses possibles.	59

3.1.3	Asseoir des valeurs collectivement partagées.	60
A)	Interroger les pratiques par l'évaluation interne.	60
B)	Clarifier les orientations stratégiques du foyer.	62
3.2	FAVORISER L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS.	65
3.2.1	Redynamiser la participation effective des résidents.	65
A)	Prendre en compte leurs attentes.	65
B)	Ne plus travailler face à face, mais côte à côte.	67
C)	Responsabiliser les résidents.	69
3.2.2	Informers les résidents pour qu'ils puissent choisir.	70
A)	Leur donner la possibilité de se positionner.	70
B)	Rechercher leur consentement éclairé.	71
3.2.3	Faire valoir les liens sociaux des résidents.	73
A)	Exploiter leur environnement proche.	73
B)	Penser un habitat hors murs.	74
	Conclusion.	77
	Bibliographie.	79
	Liste des annexes.	I

Liste des sigles utilisés

ANSM	Agence Nationale de l'Évaluation Sociale et Médico-sociale
AS	Aide Soignant
ASH	Agent de Service Hospitalier
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CAT	Centre d'Aide par le Travail
CoDir	Comité de Direction
DAF	Direction Administrative et Financière
DRH	Direction des Ressources Humaines
DS	Direction des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
HSTV	Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondial de la Santé
PAUF	Plan Annuel d'Unité de Formation
RAQ	Responsable qualité
STV	Saint Thomas de Villeneuve
UNAFAM	Union Nationale des Amis et familles de malades mentaux
VRS	Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Pouvoir maîtriser sa vie, décider du sens que l'on souhaite lui donner, se sentir libre de faire des choix, avoir le droit de dire « non ». Dans notre société occidentale, cela peut apparaître comme une évidence, une banalité, comme un droit acquis au cours de l'histoire et des siècles passés. Un peu comme si cette possibilité de maîtriser consciemment sa propre existence était aujourd'hui une évidence intangible et inaliénable. Et pourtant, la vie quotidienne nous rappelle bien souvent que cette liberté n'est jamais gagnée d'avance, qu'elle fait, chaque jour, l'objet de compromis entre nos propres désirs et ceux des autres : « La liberté des uns s'arrête là où commence celle des autres ». Cette question de la maîtrise de sa vie, de la possibilité de décider de ses propres choix en se positionnant comme l'interlocuteur privilégié de son existence est au cœur de ce mémoire.

Je dirige¹ le foyer de vie « Le Prieuré » de Pléchâtel qui accueille quarante-huit adultes en situation de handicap. Il propose également une place d'hébergement temporaire². Il fait partie des structures d'hébergement pour adultes handicapés. La définition qu'en donnent G. ZRIBI et POUPE FONTAINE D. dans le dictionnaire du handicap de 2004 permet de le situer dans le paysage médico-social : « (...) *structures accueillant des personnes dont le handicap ne permet pas ou plus l'exercice d'une activité professionnelle en C.A.T.. Cependant, les résidents des foyers de vie sont sensiblement moins dépendants que ceux vivant en M.A.S.. Les foyers de vie organisent des activités ludiques et éducatives ainsi qu'une animation sociale. (...). Ils fonctionnent, en majorité, toute l'année en continu, et en internat complet. Ils sont totalement financés par les départements* ».

Le foyer « Le Prieuré » est administré par une congrégation religieuse et fait partie d'un ensemble de services coordonnés par un hôpital de proximité. L'histoire de cette congrégation a orienté une culture de l'accompagnement influencée par les préceptes de la religion catholique. Ces derniers ont favorisé une visée charitable de l'accueil qui, aussi louable soit-elle, ne permet pas la pleine expression de la personne. Le revers de cette aide bienveillante fait que la personne accompagnée peut se retrouver comme déstituée de la maîtrise des éléments qui composent sa vie quotidienne. Un peu comme si elle ne

¹ Je suis responsable de ce foyer et, dans le cadre de ce mémoire, je me suis positionné comme directeur.

² Décret n° 2004-231 du 17 mars 2004 relatif à la définition et à l'organisation de l'accueil temporaire des personnes handicapées et des personnes âgées dans certains établissements et services mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles.

lui appartenait plus vraiment et qu'autrui devenait détenteur de ce qui est bon, ou non, pour elle.

Sans remettre en cause les valeurs fondatrices de la congrégation, les évolutions, que le foyer de vie « Le Prieuré » a rencontrées ces dernières années, viennent interroger cette culture initiale de l'accompagnement, en rendant nécessaire la promotion du statut de sujet des résidents accueillis. Car, si ces évolutions s'inscrivent dans un mouvement sociétal et juridique, la modification des profils des résidents accueillis au foyer participe fortement à la prise de conscience qui s'opère. S'ils ont des besoins repérés, qui nécessitent un accompagnement adapté, ils souhaitent désormais être pleinement associés aux modalités mises en œuvre et, par là même, être considérés comme les acteurs privilégiés de cet accompagnement. « Ne faites rien pour nous sans nous »³ devient le paradigme dominant.

Convaincu de la nécessité de cette évolution, je pilote ce changement afin de rendre pleinement effectif la place des résidents accueillis. Il s'agit d'affirmer la légitimité du travail social qui a pour « *vocation première d'aider à ce qu'une personne, une famille ou un groupe de personnes ait accès aux droits que la société lui confère, et crée ou recrée des liens sociaux. C'est à partir des attentes du bénéficiaire, de ses problèmes, de la perception qu'il a de son propre devenir, de ses potentialités visibles ou à faire émerger que doit se développer le travail social. Celui-ci devra lui permettre de devenir acteur de sa relation avec la société et de la réappropriation de ses droits* »⁴.

Afin de mieux appréhender la problématique actuelle, et le plan d'action qui en découle, je vais, dans un premier temps, resituer dans une histoire institutionnelle le cadre d'intervention dans lequel se trouve le foyer de vie « Le Prieuré ». Cette histoire conditionne fortement la question de la place des résidents accueillis telle qu'elle se pose aujourd'hui. Dans un second temps, la conceptualisation de la notion de sujet va inscrire cette problématique au regard des évolutions législatives et sociétales du statut des personnes en situation de handicap. La mise en parallèle avec l'accompagnement proposé au foyer de vie va mettre en évidence les écarts qu'il reste à combler pour promouvoir le statut de sujet des résidents. Dans un troisième temps je propose de piloter un plan d'action en impulsant une culture valorisant la place des résidents dont découle la possibilité de favoriser leur expression et leur participation.

³ CHRONIQUE DE L'ONU. Reconnaître le droit des personnes handicapées. [visité le 01.02.2011], disponible sur internet : <http://www.un.org/french/pubs/chronique/2004/numero4/0404p10.html>

⁴ LADSOUS J., octobre 2006, « L'utilisateur au centre du travail social », *Empan*, n°64, pp.36-45.

1 SUITE À L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉSIDENTS, RECONSIDÉRER LA PLACE QUI LEUR EST ACCORDÉE.

Introduction

Dans cette première partie, je vais m'attacher à décrypter la problématique rencontrée actuellement au foyer de vie « Le Prieuré » dans une histoire institutionnelle. Dans un premier temps, je vais caractériser le cadre global d'intervention tout en l'inscrivant dans son évolution. Dans un second temps il s'agira de décrire plus spécifiquement l'évolution du foyer de vie ces sept dernières années et de présenter les modalités d'accompagnement actuellement proposées aux résidents accueillis. Pour finir, je montrerai en quoi l'évolution du profil des résidents a conditionné les difficultés rencontrées aujourd'hui par l'équipe médico-sociale. Un premier détour théorique sur le concept de « sujet » me permettra de préciser l'enjeu de la situation actuelle.

1.1 LA VISÉE CHARITABLE DE L'ACCUEIL.

1.1.1 Une association congrégationniste porteuse de valeurs caritatives.

A) La congrégation Saint Thomas de Villeneuve.

Le foyer de vie appartient à la congrégation religieuse des Sœurs Hospitalières de Saint Thomas de Villeneuve⁵. Fondée en 1661 par le Père Ange Le Proust, l'histoire de la congrégation, du 17^{ème} siècle à nos jours, a été marquée par la « grande histoire » et ses faits marquants (la Révolution française, les pandémies de peste, les deux guerres mondiales, etc.). Les Sœurs Hospitalières, dans ce contexte historique, ont développé une visée charitable de l'accompagnement des plus démunis, des laissés pour compte. Cette charité est à entendre au sens de « vouloir le bien d'autrui » en lui apportant une aide bienfaitrice. Cette dimension charitable est toujours présente aujourd'hui au travers des différents secteurs d'activité de la congrégation. Si elle gère différentes missions au Sénégal, au Pérou et au Bénin, son activité principale reste la gestion d'établissements dans le domaine de la santé et de l'éducation. Concernant le secteur de la santé les établissements se situent en Provence pour deux d'entre eux et en Bretagne pour les six autres.

⁵ CONGRÉGATION DES SŒURS HOSPITALIÈRES DE SAINT-THOMAS DE VILLENEUVE. Bienvenue sur le site STV. [visité le 01.12.2010], disponible sur internet : <http://www.congregation-stv.org/>

Pour chacun de ces établissements, le projet associatif de la congrégation met en avant les valeurs de charité et d'hospitalité. Elles se traduisent par les soins prodigués aux malades et l'attention portée aux plus pauvres. Les termes « malades » et « pauvres » sont ici à prendre au sens large : il s'agit à la fois du malade dans l'assertion médicale du terme (c'est-à-dire porteur d'une pathologie), mais aussi du malade qui, bien qu'en bonne santé, présente un handicap (physique, intellectuel, psychique ...). Le terme « pauvre », quant à lui, renvoie aux conséquences de la maladie (détresse, isolement ...).

Une charte⁶ reprend l'esprit et les valeurs de la communauté. À sa lecture, on peut noter que ces valeurs congrégationnistes ne sont pas éloignées de celles que l'on retrouve chez d'autres acteurs du secteur médico-social. Seul le système de référence, dans son rapport à la religion catholique, est spécifique. À titre d'exemple, l'expression « faire fleurir l'hospitalité » inscrite dans la charte peut s'apparenter à l'expression « nul ne doit rester à la porte de la cité » que l'on retrouve dans les valeurs d'une association comme l'A.D.A.P.E.I.⁷.

B) L'Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve.

Jusqu'en 2009, les huit établissements de la congrégation fonctionnent de façon autonome, indépendamment les uns des autres. Début 2010, la congrégation prend la décision de regrouper juridiquement les activités gérées par les six établissements sanitaires et médico-sociaux de Bretagne au sein d'une seule entité dénommée l'« Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve »⁸ (H.S.T.V.). L'officialisation de ce regroupement se fait le 1^{er} juillet 2010.

Même si chaque établissement conserve sa spécificité au regard des activités qu'il développe, cette mutualisation a pour ambition de :

- faciliter la coopération inter établissements pour mener à bien des projets communs.
- rationaliser les coûts en assurant un contrôle/suivi qualitatif régulier des activités.
- mieux accompagner techniquement et juridiquement les directeurs.
- accroître la gestion des ressources humaines.
- répondre au nouveau cadre législatif et réglementaire inscrit dans les dispositions de la loi H.P.S.T. notamment avec la mise en place des A.R.S.

⁶ cf. Annexe 1 : Charte des établissements de la congrégation Saint Thomas de Villeneuve.

⁷ Association Départementale des Amis et Parents d'Enfants Inadaptés

⁸ cf. Annexe 2 : Positionnement de l'H.S.T.V.

Le conseil local a les mêmes prérogatives qu'un conseil d'administration. C'est la seule instance délibérante. Il est composé d'une assemblée des Mères supérieures représentant chacun des établissements. Elles y définissent les orientations politiques, stratégiques, éthiques et budgétaires de chaque établissement. Le choix des grands travaux y est aussi discuté.

Le siège de l'H.S.T.V. est situé dans les Côtes-d'Armor, à Lamballe (site d'origine de la congrégation). Il est au service des six établissements en termes de stratégie, de finance, de communication et de politique en matière de ressources humaines. Il est composé du directeur général délégué qui est assisté de deux collaborateurs : un directeur administratif et financier et une assistante de direction.

C) Une volonté affirmée : rendre l'utilisateur acteur.

Le projet de l'H.S.T.V. est en cours de finalisation. Piloté par le directeur général délégué, il est le fruit d'une réflexion qui associe le conseil local et les salariés de l'ensemble des établissements, toutes fonctions confondues (cadres, administratifs, soignants, agents techniques...). La mise en œuvre de ce projet va se faire progressivement à partir de 2012. Il concerne plusieurs champs :

- la prise en charge des usagers
- la politique Qualité
- le projet social
- le projet de gestion centralisée
- la politique du système d'information
- la politique du système d'investissement

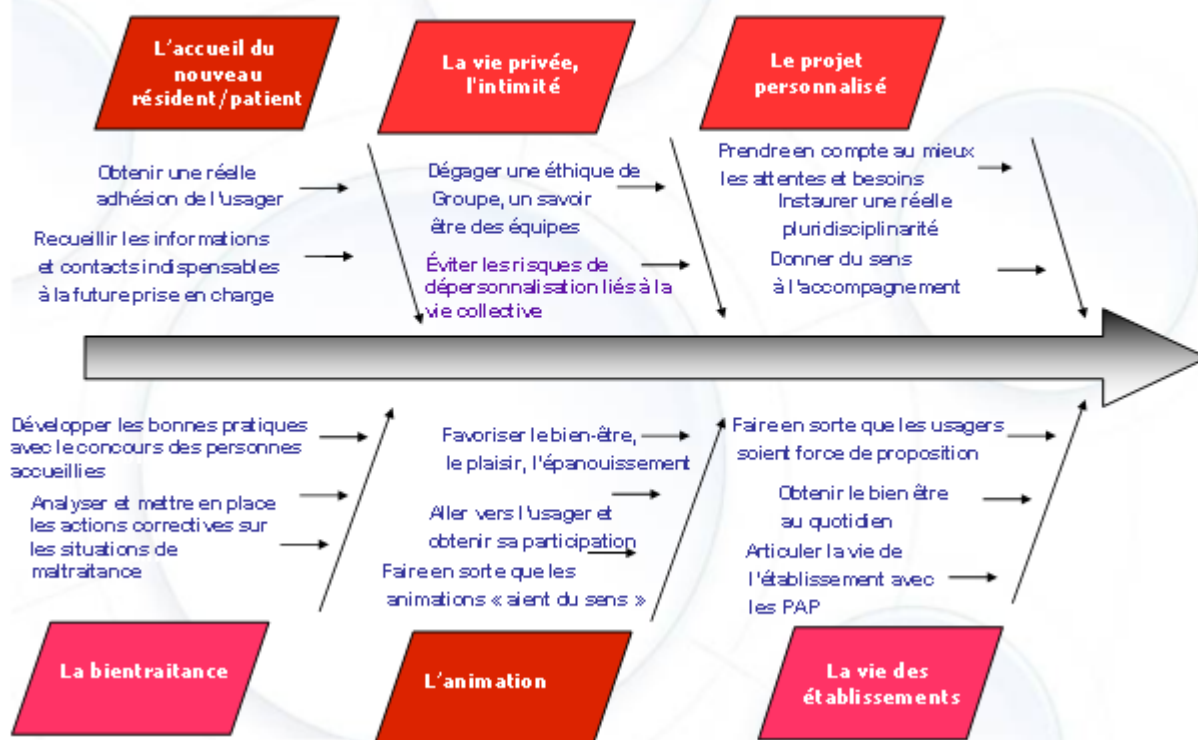
Cinq objectifs stratégiques du groupe sont mis en avant :

- ✓ **rendre l'utilisateur acteur** de sa prise en charge.
- ✓ renforcer la politique médicale et de soins.
- ✓ mieux accompagner le patient/résident, à tous les stades de sa prise en charge.
- ✓ développer la prévention et le dépistage.
- ✓ répondre à des besoins émergents peu/ ou pas couverts.

Plus spécifiquement, la volonté de rendre l'utilisateur acteur se décline comme suit⁹ :

⁹ Extrait du projet du groupe de l'H.S.T.V.

Rendre l'utilisateur acteur de sa prise en charge



La question de la place des personnes accueillies apparaît comme une préoccupation centrale du groupe de l'H.S.T.V.. En mars 2011, le directeur général délégué, lors de la restitution faite aux salariés des premiers éléments du projet, a fortement insisté sur cette thématique. Des mots clés encadrent cette préoccupation : adhésion, éthique, prise en compte des attentes et des besoins, usagers force de proposition, etc.

Il s'agit d'une réelle volonté de repositionner les personnes qui sont accueillies dans les établissements de l'H.S.T.V au cœur même de leur accompagnement. Cette ambition est clairement affichée et mise en avant, car l'histoire des établissements gérés par la congrégation S.T.V. nous montre que cette volonté ne va pas de soi naturellement. Le regard porté sur les personnes accueillies est en quelque sorte conditionné par la mémoire collective, mémoire ancrée dans les valeurs originelles de la congrégation. Je vais maintenant plus spécifiquement développer cet axe au travers du foyer de vie « Le Prieuré ». En effet, son histoire illustre concrètement les propos qui précèdent.

1.1.2 L'enracinement caritatif du foyer de vie oriente le regard porté sur les résidents.

A) Un foyer de vie rattaché à un hôpital de proximité.

Le foyer de vie « Le Prieuré », service de l'hôpital Saint Thomas de Villeneuve (S.T.V.), bénéficie de l'organisation de celui-ci pour sa gestion quotidienne.

L'hôpital S.T.V. est l'un des six établissements bretons de la congrégation. Il est situé à Bain de Bretagne au cœur du centre bourg. Bain de Bretagne fait partie du pays des vallons de Vilaine et plus précisément de la communauté de commune de moyenne Vilaine et Semnon qui regroupe 17 communes. Le dernier recensement de l'INSEE de l'année 2009 dénombre une population de 7 005 habitants à Bain de Bretagne. Quelques dates clés permettent de mieux appréhender l'histoire de l'hôpital S.T.V.:

- ☞ le 31 juillet 1860, le premier malade est reçu.
- ☞ 1952, ouverture d'un service de postcure.
- ☞ 1975, ouverture d'un service de médecine.
- ☞ 1976, création d'un service de soins de suite généraliste.
- ☞ 1978, ouverture du service de soins de longue durée (long séjour).

Au 31 décembre 2010, l'hôpital S.T.V.¹⁰ emploie 346 salariés correspondant à 298,99 E.T.P. Les qualifications professionnelles sont diverses et adaptées à la nature même de l'activité des différents services. Ces derniers, outre les services généraux, sont répartis en deux pôles : le sanitaire et le médico-social.

Le pôle sanitaire permet l'accueil de 106 personnes :

- ✓ médecine gériatrique (23)
- ✓ soins de suite et de réadaptation (68)
- ✓ unité de soins palliatifs (10)
- ✓ hôpital de jour (5)

Le pôle médico-social permet l'accueil de 301 personnes :

- ✓ E.H.P.A.D. (252)
- ✓ **foyer de vie (49)**

« Dans tous ces services l'esprit est le même pour soigner ou plus précisément prendre soin :

- accueillir.
- identifier les besoins de la personne.
- adapter des actions au vu du projet de vie de la personne et du projet du service concerné.
- réajuster les actions en coordonnant les différents partenaires.»¹¹

¹⁰ cf. Annexe 3 : Organigramme hiérarchique de l'hôpital S.T.V.

¹¹ Extrait du Projet d'établissement de l'hôpital S.T.V.

A travers la terminologie utilisée, on constate que la volonté de personnalisation du service rendu est présente. Elle traduit les valeurs issues de la charte de la congrégation. Elle s'exprime au regard de la spécificité des services.

Un comité de direction (CoDir) est à la tête de l'ensemble des services de l'hôpital. Il est composé du :

- ✓ directeur général de l'hôpital
- ✓ directeur des soins (D.S.)
- ✓ directeur administratif et financier (D.A.F.)
- ✓ directeur des ressources humaines (D.R.H.)
- ✓ directeur technique
- ✓ responsable qualité
- ✓ président de la commission médicale d'établissement

Ce CoDir constitue pour moi, dans le cadre de la gestion quotidienne du foyer de vie, un véritable plateau technique sur lequel je peux m'appuyer : le directeur technique pour les questions relatives à la gestion logistique du foyer (travaux d'entretien et d'aménagement, etc.), la D.R.H. et son service pour les questions portant sur la gestion du personnel (gestion des congés, des remplacements, etc.), la D.A.F. et son service pour les questions administratives et financières (budget de fonctionnement et d'investissement, etc.), etc. Chaque semaine je suis amené à rencontrer un ou plusieurs de ces acteurs pour mener à bien la direction du foyer de vie. Malgré tout, le directeur des soins reste mon interlocuteur privilégié.

B) Une visée charitable de l'accompagnement jusqu'en 1999.

Jusqu'en 1999, le terme « **charité** » spécifie l'axe d'accompagnement qui guide l'action. À cette époque, le foyer de vie n'existe pas en tant que tel. Des adultes handicapés sont accueillis au sein de l'hôpital S.T.V.. Ils ne sont pas présents dans un lieu spécifique, mais répartis dans différents services de l'hôpital. Un adulte handicapé peut ainsi aussi bien séjourner dans un service pour personnes âgées, que dans un service de long séjour.

Chaque service les accueille sans pour autant prendre en compte une réelle réponse à leurs besoins. L'objectif recherché consiste à ne pas laisser ces personnes seules, livrées à elles-mêmes et aux « dangers » extérieurs. L'accueil charitable est à l'œuvre dans le

sens « *d'une qualité portant à vouloir le bien d'autrui ; d'un secours porté à autrui* »¹². C'est la seule volonté revendiquée.

Mais l'histoire « orale » de l'hôpital fait également référence au terme les « utilisés » pour qualifier cette période où des adultes handicapés sont accueillis sans véritable reconnaissance statutaire. Lors de ma prise de fonction en septembre 2003, j'ai souhaité appréhender cette question en menant différents entretiens auprès des personnels en poste à cette époque. Il en ressort que la notion d'« utilisé » renvoie au fait que certains de ces adultes apportent, s'ils le peuvent, aide et soutien aux différents services de l'hôpital. Concrètement, cela peut aller de la participation aux tâches d'entretien de l'hôpital (aide au ménage des locaux, petits travaux d'entretien des espaces verts...etc.) à des aides dans l'accompagnement des malades (aide à la toilette, aux déplacements...etc.).

La culture institutionnelle ne va donc pas dans le sens d'une réponse aux besoins spécifiques de ces personnes, mais bien plus dans l'accueil, coûte que coûte, de ces « délaissés » qui, en contrepartie, rendent service. Ceux qui ne sont pas en capacité d'apporter une aide errent, sans réel projet, dans les différents services. Les valeurs de charité et d'hospitalité, telles qu'évoquées dans la charte de la congrégation, sont présentes dans les esprits et pleinement mises en œuvre avec une présence importante de Sœurs dans tous les services. La direction même de l'hôpital est assurée par une Mère supérieure qui guide l'action dans le sens strict des valeurs de la congrégation. Elle est relayée à la tête des différents services par des Sœurs qui font office de cadres.

1.2 L'ÉVOLUTION DES CONDITIONS D'ACCUEIL DES RÉSIDENTS.

1.2.1 Des résidents considérés comme des malades jusqu'en 2004.

A) Une orientation sanitaire de l'accompagnement.

Des changements s'amorcent, à partir de 1999, avec le retrait progressif des sœurs à tous les niveaux : de l'intérieur même des services jusqu'à la direction de l'hôpital. Ce retrait, à la fois inévitable (vieillesse et non-renouvellement des sœurs en poste par manque de postulantes) et nécessaire (la direction d'un tel hôpital nécessite compétences et technicités que la seule bonne volonté ne peut plus accomplir), voit l'arrivée d'une nouvelle direction à la tête de l'hôpital S.T.V., mais également de nouveaux personnels dans les services. Ces personnels laïques deviennent quantitativement majoritaires. Ce

¹² Le Petit Larousse illustré, Edition 2011, dictionnaire et encyclopédie, Paris : Larousse

virage ne va pas remettre en cause les valeurs de la congrégation, mais amorcer une modification dans l'angle d'approche de l'accompagnement.

Concernant le foyer de vie, la direction de l'hôpital S.T.V. obtient, en 1999, l'obtention d'un agrément officiel permettant l'accueil de 48 adultes handicapés. C'est un premier pas vers le souhait d'une réelle reconnaissance statutaire. La matérialisation de cet agrément se fait à travers la construction, au sein même de l'hôpital S.T.V., d'un bâtiment destiné spécifiquement aux adultes handicapés. Ils quittent ainsi les différents services pour rejoindre un bâtiment qui leur est réservé. Le terme « résident » désigne alors les adultes handicapés qui y sont accueillis.

Mais, la spécificité soignante de l'activité principale de l'hôpital S.T.V. occulte les particularités à prendre en compte dans le cadre de l'accueil de ces résidents. À la dimension charitable de l'accueil, vient se substituer une dimension sanitaire. Si cette dernière apparaît adaptée dans le cadre d'une prise en charge purement hospitalière, elle s'avère contre-productive quand il s'agit d'apporter une réponse médico-sociale aux résidents déjà présents à cette époque. C'est ainsi que le nouveau bâtiment apparaît rapidement inadapté. Construit sur un modèle hospitalier, il ne facilite pas l'accueil et l'accompagnement de résidents présentant, pour la majorité d'entre eux à cette période, des déficiences intellectuelles moyennes et profondes. La configuration du bâtiment apparaît davantage propice à un accueil de court / moyen séjour. À titre d'exemples :

- une répartition de l'espace, sur quatre niveaux, qui ne facilite pas les échanges.
- une majorité de chambres doubles.
- une « personnalisation » non autorisée (décoration ...)
- pas ou peu d'espaces collectifs où se rencontrer.
- pas de lieux repérés pour pratiquer des animations.
- (...)

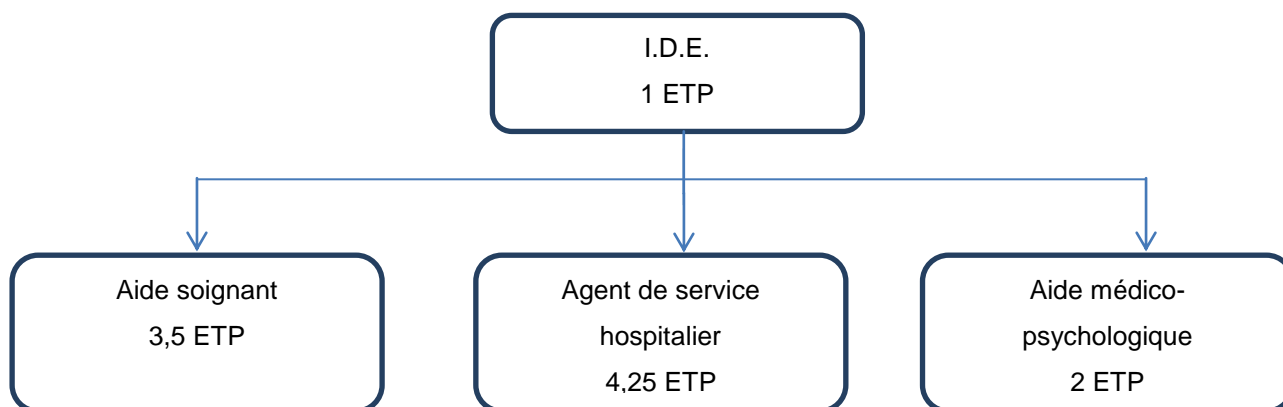
Lorsque j'interroge les personnels présents à l'époque et travaillant dans ce bâtiment, ils évoquent tous leur regret de ne pas avoir été associés en amont, par la direction de l'hôpital S.T.V., à l'élaboration du projet (profil des résidents, type de besoins, conception architecturale du bâtiment, projet d'accueil, modalités d'organisation et d'accompagnement ...etc.). Si le personnel n'a pas été associé à l'élaboration du projet, il en est de même pour les résidents concernés. Ils n'ont pas été consultés.

Il en découle que la nature même de leur handicap n'a pas été suffisamment prise en compte tout comme leurs attentes. L'image renvoyée aux résidents est fortement celle de malades. Lorsque je questionne les résidents présents à cette période, ils mettent tous en avant un double sentiment : la joie d'avoir enfin un lieu qui leur appartient, mais

également la déception face à son inadaptation. Il ne sera jamais ressenti comme un véritable lieu de vie.

B) Une offre de service limitée aux actes essentiels de la vie quotidienne.

L'image du « malade » que ce nouveau bâtiment véhicule est renforcée par la composition de l'équipe constituée par la direction générale de l'hôpital S.T.V.. Les résidents sont accompagnés par une équipe réduite dont l'angle d'approche est très sanitaire :



10,75 équivalents temps plein (E.T.P.) sont présents pour accompagner 48 résidents, ce qui donne un ratio d'encadrement restreint¹³ faible (1 salarié pour 4,46 résidents). À titre de comparaison, le ratio moyen d'encadrement restreint en foyer de vie en Ile-et-Vilaine est de 1 personnel pour 3,84 résidents en 2009¹⁴.

Une infirmière guide l'accompagnement quotidien de cette équipe pluridisciplinaire. Exerçant, en quelque sorte, le rôle de coordinatrice, elle va orienter l'équipe dans un accompagnement influencé par sa culture métier sanitaire. La pluralité des compétences, sanitaire et médico-sociale, ne va pas être mise en œuvre. La dimension sanitaire va prendre le pas sur une réelle opportunité de tendre vers un accompagnement médico-social. À titre d'exemple, un fait marquant est toujours dans la mémoire des salariés présents à cette période : tous portaient une tenue blanche pour accompagner les résidents, et ce, quel que soit le moment de la journée. L'image renvoyée aux résidents est ainsi, sans ambiguïté, celle de malades. Il n'y a pas de différenciation, qu'une personne soit accueillie dans un service de « soins de suite » ou au foyer de vie.

¹³ Le taux restreint mesure le nombre d'E.T.P. hors personnels de direction, de gestion et d'administration et des services généraux.

¹⁴ CREAL de BRETAGNE. A propose de...Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Bretagne. [visité le 01.06.2011], disponible sur internet : http://www.creai-bretagne.org/pdf/a%20propos_33.pdf

De l'implantation du bâtiment dans l'enceinte de l'hôpital à la constitution de l'équipe, il en résulte des modalités d'accompagnement marquées par les temps forts suivants : le lever / le coucher, la toilette, le soin, les repas et quelques rares « animations » (chant, fêtes de Noël...).

Le nombre réduit du personnel présent quotidiennement ne permet pas de proposer aux résidents une palette plus large de services. Il faut faire vite, car le temps est compté et le nombre de résidents dont il faut s'occuper est trop important au regard du taux d'encadrement. La dimension sanitaire est également présente dans l'organisation temporelle des journées. À titre d'exemples, le repas du soir est fixé à 17h45 comme dans les autres services de l'hôpital, il y a un goûter « institutionnalisé » à 16h00, un temps dit de « transmission »¹⁵ qui est ritualisé à 14h00 ...etc. Les marqueurs du temps sont imposés par une forme d'institutionnalisation des activités calquées sur le modèle sanitaire, sans pour autant que ces dernières correspondent aux besoins des résidents.

Ces derniers sortent rarement de l'hôpital. La vie extérieure est peu existante. S'ils ont des besoins (achats de vêtements par exemple), les membres de l'équipe leur « rendent service » en réalisant ces achats à leur place. Pour les personnels présents à l'époque, il y a une certaine fierté à agir ainsi. Ils se situent dans la droite ligne éditée par la congrégation. Il y a bien quelques tentatives de certains salariés pour sortir de ce carcan qui renvoie aux résidents l'image de malades et qui se substitue à leurs désirs, mais elles restent rares et rapidement annihilées par un poids institutionnel très fortement présent.

De 1999 à 2004, il n'y a pas de projet de service spécifique pour le foyer de vie. Il existe un projet d'établissement concernant l'hôpital et ses différents services, mais, dans cet écrit d'environ une centaine de pages, le foyer de vie est comme inexistant. Seules quelques lignes le concernent. Cette situation va perdurer jusqu'en 2004.

1.2.2 Un début d'émancipation du foyer depuis 2004.

A) Une orientation médico-sociale de l'accompagnement.

En 2003, le Conseil Général autorise la direction de l'hôpital à trouver un lieu de vie plus adapté à l'accompagnement des résidents : le foyer de vie n'est pas une structure médicalisée, sa place ne doit plus être dans une enceinte sanitaire. Deux solutions s'offrent alors : soit la recherche d'un terrain constructible pour implanter le foyer de vie,

¹⁵ Les « transmissions » sont des temps de rencontres très présents dans le secteur sanitaire. Il s'agit d'une mini réunion quotidienne d'une durée de 30 à 40 minutes. La situation de chaque patient est évoquée rapidement pour relater les faits marquants du jour.

soit la recherche d'un bâti existant, adapté à l'accueil de 48 personnes. Cette seconde solution va être retenue. En effet, les recherches réalisées dans les communes environnantes permettent de trouver rapidement un nouveau lieu de vie qui semble convenir. C'est un ancien prieuré qui se situe sur la commune de Pléchâtel, à dix kilomètres de Bain de Bretagne. L'hôpital S.T.V. devient locataire de ce bâtiment qui appartient à la congrégation des sœurs de Saint Louis. Répondant aux normes de sécurité en vigueur, ce bâtiment peut être directement occupé.

Cinq mois avant ce déménagement, je suis recruté par la direction générale de l'hôpital S.T.V. pour préparer et gérer ce transfert de site ainsi que le nouveau dispositif à mettre en place, puis en prendre la direction. Si mon profil¹⁶ a été retenu, c'est également pour participer à la volonté de la direction générale de l'hôpital d'entamer une mutation dans les modalités d'accompagnement proposées aux résidents. Le 12 janvier 2004, le foyer quitte l'enceinte de l'hôpital pour se rendre à Pléchâtel.

Mais, des liens importants perdurent avec l'hôpital S.T.V.. Je bénéficie du CoDir pour m'accompagner dans la gouvernance du foyer de vie. J'utilise plus spécifiquement deux plateformes de l'hôpital :

- administrative (bureau des entrées, service de facturation, service de tutelle... etc.).
- technique (service lingerie, service restauration, service entretien, etc.).

Le changement architectural va être radical pour la vie des résidents :

- ils bénéficient majoritairement de chambres individuelles,
- de nombreux espaces de vie sont présents : un salon, des salles d'activités, une salle de restauration...
- le tout, au milieu d'un parc de plusieurs hectares.
- l'implantation du foyer est située au cœur d'un bourg, ce qui permet aux résidents de bénéficier de services de proximité : coiffeur, supérette, bibliothèque, salle de sport, bar, service de car ...etc.

Certains résidents verbalisent ce changement de la façon suivante : « *nous n'avons plus l'impression d'être malade* », « *nous sommes chez nous maintenant* ». L'image renvoyée par ce nouveau dispositif n'est effectivement plus liée à la dimension sanitaire, mais fortement connotée comme un lieu de vie et, pour reprendre l'expression des résidents : « *une grande maison* ».

¹⁶ Mon parcours de formation et mes expériences professionnelles sont fortement ancrés dans le secteur médico-social.

Très rapidement après mon arrivée, une de mes premières préoccupations est de faire évoluer l'équipe médico-sociale tant sur le plan quantitatif (afin de relever le ratio d'encadrement restreint) que qualitatif (pour accroître la dimension médico-sociale). Un travail en concertation avec le CoDir, et plus spécifiquement le directeur des soins et la D.R.H., permet de faire valider ces orientations par le conseil local et finalement par l'autorité de tarification (le conseil général d'Ille-et-Vilaine). L'organigramme actuel¹⁷ montre bien l'évolution qui s'est opérée :

- ✓ entre 2004 et 2005, deux éducateurs spécialisés sont embauchés et la part de l'équivalent temps plein des A.M.P. revue à la hausse.
- ✓ entre 2007 et 2009 deux postes d'animateur sont créés.
- ✓ 2009 voit également l'arrivée d'une psychologue à 0,20 E.T.P.. En 2010 sa quotité de présence passe à 0,40 E.T.P.

La constitution de cette équipe s'est faite progressivement pour arriver, aujourd'hui, à un ratio d'encadrement restreint correspondant à 1 salarié pour 2,34 résidents. Ce ratio est supérieur à la moyenne régionale qui, pour rappel, est de 1 personnel pour 3,84 résidents en 2009.

B) Une offre de service qui se diversifie.

Dès l'emménagement au foyer « Le Prieuré », je rends la pluridisciplinarité de l'équipe pleinement efficiente : la mise en place de fiches de poste permet de clarifier la place et le rôle de chaque catégorie de professionnels. Puis, je décline ces fiches de poste en « fiches d'activités » qui expliquent plus concrètement le déroulement de la journée de chacun et sa coordination avec les autres salariés. Les fonctions, rôles et activités des salariés apparaissent donc organisés, définis et clairement repérés par les acteurs en place. Personnels de formation sanitaire et personnels de formation médico-sociale travaillent en coordination.

Pour permettre aux salariés de parfaire leur professionnalisme, je développe avec la D.R.H. des axes de formation continue. Dans le même ordre d'idée, je mets en place des entretiens de progrès pour chaque salarié.

Je travaille avec l'équipe du foyer pour diversifier et développer l'offre de service. Elle n'est plus exclusivement orientée vers ce que l'on peut nommer « les actes essentiels de la vie quotidienne » (le lever, la toilette, etc.), mais elle s'élargit :

¹⁷ cf. Annexe 4 : Organigramme du foyer de vie

- la présence de deux animateurs permet d'étoffer l'offre en animation : quotidiennement, du matin au soir, des activités internes et externes sont proposées aux résidents.
- la présence de deux éducateurs spécialisés rend possible la mise en place d'une démarche de projets individuels pour chaque résident.
- la psychologue apporte un début d'analyse des pratiques et de prise de recul des salariés sur les situations rencontrées.
- j'anime une réunion hebdomadaire pour les salariés.
- un partenariat accru avec les représentants légaux notamment.

En 2006, j'entreprends, dans le cadre d'une démarche participative auprès de l'équipe, la réalisation du projet du foyer de vie. Cinq axes d'amélioration vont orienter ce projet :

- la dimension hôtelière.
- l'animation.
- l'accompagnement personnalisé.
- la dimension thérapeutique.
- le partenariat.

Il est validé début 2007 par le conseil local et le CoDir. Sa réactualisation est prévue en 2012. L'affirmation d'une culture **médico-sociale** est à l'œuvre. L'image de malade renvoyée aux résidents s'atténue. À titre d'illustration, je peux reprendre l'exemple de la « blouse blanche » qui était portée en permanence lors de mon arrivée. Progressivement, elle ne va plus être portée par les salariés tout au long de la journée. Ils la quittent après l'accompagnement aux soins d'hygiène, et se présentent alors aux résidents en tenue civile pour les autres modalités d'accompagnement. Cet exemple, loin d'être banal, marque la volonté d'affirmer et de mettre en œuvre la nouvelle culture d'accompagnement.

1.3 DES RÉSIDENTS ENCORE INSUFFISAMMENT CONSIDÉRÉS COMME SUJETS ET ACTEURS.

1.3.1 L'évolution du profil des résidents.

A) Les deux types de handicap présents au foyer de vie.

Sur les 48 résidents accueillis¹⁸, 25 ont pour déficience principale un handicap intellectuel et 23 un handicap psychique. Pendant longtemps, dans la littérature, ces deux types de

¹⁸ Je ne prends pas en compte, ici, la place d'hébergement temporaire.

handicap ont été confondus sous le terme de handicap mental. La loi 2005-102 a reconnu le handicap psychique dans ses particularités et l'a ainsi différencié du handicap intellectuel. On peut noter les grandes caractéristiques générales de ces deux types de handicap¹⁹ :

HANDICAP MENTAL	HANDICAP PSYCHIQUE
Apparaît à la naissance	Apparaît à l'adolescence ou à l'âge adulte
Déficiences durables	Capacités intellectuelles moins touchées
Soins médicaux peu fréquents	Soins médicaux indispensables
Grande stabilité	Évolution fréquente

Plus précisément, le handicap mental « est une limitation des performances des fonctions mentales sur le plan de :

- la perception
- l'abstraction
- la conceptualisation
- l'apprentissage cognitif
- la capacité à élaborer des réponses adaptées aux circonstances de la vie quotidienne »²⁰

Selon J.A. RONDAL²¹, pour parler de handicap mental chez une personne, il faut qu'il y ait à la fois un déficit dans le fonctionnement intellectuel et un déficit dans les comportements adaptatifs (cf. les capacités sensori-motrices, communicatives, de socialisation, les activités et savoir-faire journaliers, les jugements et raisonnements concrets, les activités de groupe et relations interpersonnelles). Je souscris à cette approche qui a le mérite de ne pas réduire la personne déficiente uniquement au domaine cognitif, mais de bien prendre en compte toute sa personnalité, sa spécificité, l'expression personnelle de son handicap.

Le handicap psychique, quant à lui, « est une manière de définir les conséquences sociales et relationnelles de la maladie mentale en tant que trouble psychiatrique et, inscrire ainsi l'accompagnement social de ces personnes dans les dispositifs propres au

¹⁹ IRTS de Rennes : Journée départementale des acteurs de santé mentale, du secteur du médico-social et du secteur social, sur le handicap psychique, décembre 2009.

²⁰ CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod, p.14.

²¹ RONDAL. J.A., 1985, *Langage et communication chez les handicapés mentaux*, Bruxelles, Mardaga, 316 p.

handicap et non dans le périmètre des seuls soins »²². J. FAYOLLE, président de l'U.N.A.F.A.M.35 note que « *le handicap psychique n'est défini nulle part de façon consensuelle* »²³. Pour le différencier du handicap mental, il donne cette image qui me semble pertinente au regard de ce que nous donnent à voir certains résidents : « *dans le handicap psychique ce n'est pas la réalisation de l'acte ou de l'activité qui pose problème, mais bien l'envie, le désir d'actes* »²⁴.

Le terme « *double diagnostic* »²⁵ est employé pour désigner les personnes chez qui, comme pour les résidents du foyer de vie, les situations de handicap mental et de handicap psychique se conjuguent. Il peut s'agir soit :

- d'un handicap mental prévalent avec troubles de la personnalité.
- d'un handicap psychique avec une évolution déficitaire.

Mais, quel que soit le handicap, le point commun à tous ces résidents est d'avoir des besoins d'accompagnement dans les divers actes de la vie quotidienne : l'hygiène, l'alimentation, les déplacements, les loisirs ...etc. L'observation clinique des résidents du foyer de vie de Pléchâtel peut m'amener à synthétiser les besoins principalement rencontrés. Il s'agit, entre autres, de besoins dans :

- les actes de la vie quotidienne (lever, coucher, hygiène...).
- les capacités intellectuelles (comprendre ou se faire comprendre).
- les capacités relationnelles et comportementales.
- les déplacements locaux.
- la prise d'initiative.

De cette observation, il ressort également que l'environnement dans lequel évoluent les résidents conditionne, en quelque sorte, les conséquences du handicap. L'expression de la déficience apparaît ainsi de façon moins prononcée à l'intérieur du foyer qu'à l'extérieur. Les résidents montrent des comportements plus adaptés dans leur espace de vie habituel que dans des lieux inconnus. Ceci est lié à deux facteurs.

- Ils mettent en place des capacités d'adaptation dans un environnement connu qu'ils ne peuvent pas totalement transférer à l'extérieur du foyer.

²² CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod, p.15.

²³ FAYOLLE J., « *Journée départementale des acteurs de santé mentale, du secteur du médico-social et du secteur social, sur le handicap psychique* », Institut Régional de Travail Social Rennes, décembre 2009.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ ZRIBI G. et SARFATY J., 2003, *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*, Rennes, ENSP, p.9.

- L'équipe qui les accompagne au quotidien a adapté l'environnement interne pour faciliter leur autonomie.

Il faut préciser que, de ces observations, il m'est impossible de formaliser des règles transposables à tous, car je pense que chaque individu est unique dans l'expression de sa déficience. Ce sont simplement des tendances qui se retrouvent. C'est « *ce qui fait du handicap une notion relative, difficilement réductible à une définition générale et donc impropre à recevoir une réponse globale* »²⁶.

B) Des évolutions qui débouchent sur la revendication de nouvelles attentes.

La moitié de l'effectif du foyer de vie, soit 24 résidents, est renouvelée entre 2004 et 2009.

Les départs ont eu pour causes principales :

- ✓ des changements de foyers pour des raisons de rapprochement familial ou autres.
- ✓ la présence importante d'adultes handicapés vieillissants qui a entraîné des passages en E.H.P.A.D. sur l'hôpital S.T.V..

Aujourd'hui, les grandes tendances suivantes se dégagent :

- une surreprésentation masculine est présente avec 66% d'hommes. Elle n'est pas exceptionnelle même si elle est supérieure à la moyenne départementale : en 2006, 55% des résidents accueillis en foyer de vie en Bretagne sont des hommes²⁷. La liste d'attente du foyer de vie confirme cette tendance : sur 20 dossiers, 70% concernent des hommes.
- un vieillissement de la population accueillie²⁸ : l'âge moyen est de 53 ans avec un équilibre entre hommes et femmes. La majorité des résidents, arrivés depuis 5 ans, se situe dans une fourchette de 40 à 60 ans avec une légère supériorité des 50-60 ans²⁹. Ici aussi, ces chiffres se rapprochent de la moyenne régionale³⁰ qui montre la diminution de la part des moins de 35 ans (de 38,5 % en 1995 à 26,7 % en 2006) et la progression des 50 ans et plus (passage de 24,4 % à 30,2 %). Je

²⁶ JEGU J., LAFORCADE M., RAYSSIGUIER Y., 2008, *Politiques sociales et de santé, comprendre et agir*, Rennes, EHESP, p.86.

²⁷ CREAM de BRETAGNE. A propose de...Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Bretagne. [visité le 01.06.2011], disponible sur internet : http://www.cream-bretagne.org/pdf/a%20propos_33.pdf

²⁸ cf. Annexe 5 : Répartition des résidents par tranche d'âge.

²⁹ cf. Annexe 6 : Répartition des résidents par tranche d'âge en fonction de leur ancienneté au foyer

³⁰ CREAM de BRETAGNE. A propose de...Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Bretagne. [visité le 01.06.2011], disponible sur internet : http://www.cream-bretagne.org/pdf/a%20propos_33.pdf

vais devoir, dans un futur proche, mettre en place un travail prospectif sur cette question afin de préparer au mieux l'avancée en âge des résidents.

- une évolution des mesures de protections juridiques avec l'arrivée de résidents sous curatelle en lieu et place des tutelles qui étaient majoritaires³¹. Ceci est la résultante de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection juridique des majeurs. La mesure de tutelle³² devient ainsi l'exception. Cette tendance à l'allègement des mesures de protection marque l'arrivée, au foyer de vie, de résidents présentant plus de capacités intellectuelles, mais aussi de résidents reconnus capables d'exercer leurs droits. Cette reconnaissance s'accompagne naturellement de nouvelles demandes émises par les résidents : aller voter, avoir accès à des documents administratifs, etc. Je vais en reparler.
- l'origine des résidents s'est diversifiée ces cinq dernières années³³. Si dans un premier temps, nombreux étaient les résidents issus de l'hôpital S.T.V., aujourd'hui une grande partie des résidents est issue de l'hôpital psychiatrique de Rennes³⁴ (ce qui explique l'augmentation de la proportion de résidents présentant un handicap psychique³⁵), mais aussi d'E.S.A.T. / S.A.C.A.T.. Leurs parcours de vie sont donc davantage diversifiés et moins influencés par l'histoire de l'hôpital S.T.V.

En effet, les résidents présents depuis l'origine du foyer présentaient, pour la majorité d'entre eux, des déficiences moyennes à profondes. Ils n'étaient pas, ou peu, en capacité de s'exprimer. L'altération de leurs aptitudes cognitives limitait leur capacité de jugement sur eux-mêmes et leur environnement. De plus ils n'avaient connu que l'hôpital S.T.V. comme lieu de vie principal. À défaut de parcours de vie, cet univers clos conditionnait les comportements dans une direction unique. Il y avait une forme d'institutionnalisation des comportements limitant les interrogations sur les situations qui leur étaient proposées. Ils semblaient être « acteurs par procuration » et se comporter en fonction de ce que l'on attendait d'eux et non au regard de réelles aspirations personnelles. Des « possibles » n'étant pas appréhendés et considérés comme accessibles, ils n'étaient pas revendiqués. La place faite aux usagers s'apparentait à une forme de soumission à l'autorité, représentée par l'institution, que ceux-ci devaient « remercier » de bien vouloir les accueillir.

³¹ cf. Annexe 7 : Répartition des mesures de protection en fonction de l'ancienneté au foyer.

³² cf. Annexe 8 : Comparatif entre la tutelle et la curatelle.

³³ cf. Annexe 9 : Origine des résidents en fonction de leur ancienneté au foyer.

³⁴ Cette tendance est la résultante du phénomène de désinstitutionnalisation psychiatrique qui a généré une hausse des demandes dans les institutions sociales et médico-sociales.

³⁵ cf. Annexe 10 : Handicap principal en fonction de l'année d'ancienneté.

Les résidents, qui sont arrivés depuis, présentent un profil différent. Leurs déficiences intellectuelles sont surtout légères et moyennes et s'accompagnent de troubles du psychisme davantage marqués. Ils n'ont pas connu l'histoire de l'institution et présentent des parcours de vie plus diversifiés. Ils ont également des droits qu'ils appréhendent de plus en plus. La conjonction de ces différents éléments a amené l'apparition, chez ces résidents, de nouveaux comportements et surtout de nouvelles formes de revendication.

La plus présente est qu'ils ne souhaitent pas que l'accompagnement se limite en une réponse collective et uniformisée qui consiste à les aider dans les actes essentiels de la vie quotidienne. Ils verbalisent également le fait d'**être reconnus en tant que personnes**, en tant qu'individus avec leurs propres spécificités. Ils émettent le désir d'être pleinement acteurs de la vie du foyer et de leur souhait de vie. Le manque de reconnaissance de cette place s'exprime dans des mécontentements verbalisés par les résidents : « *tout va trop vite* », « *on ne nous dit rien* », « *on ne nous écoute jamais* », « *on ne peut rien dire* », « *on ne prend pas le temps de parler* », « *on n'a pas le choix de toute façon* », « *on ne m'a pas demandé mon avis* », etc. On observe également des comportements d'opposition allant du refus de faire ou de participer, à de la violence centrée sur soi et/ou autrui, en passant par des attitudes mêlant passivité et repli sur soi.

Si, dans un premier temps, ces mécontentements ont surtout concerné les derniers résidents arrivés, je peux constater que ces manifestations concernent aussi aujourd'hui les résidents qui ont connu toute l'histoire du foyer et son évolution. Il y a eu comme un effet porteur, impulsé par les nouveaux résidents. Ils se découvrent l'autorisation de ne pas être d'accord sur tout.

C) Des modalités d'accompagnement remises en cause.

Au foyer de vie, il y a comme une uniformité de fonctionnement. Il y manque le souci d'une adaptation personnalisée aux demandes particulières et donc individualisées des résidents. La conséquence en est que, très souvent, l'équipe médico-sociale présuppose des réponses qui, aussi louables soient-elles, ne situent pas les personnes accueillies au cœur de la réflexion et ne leur permettent pas d'être totalement actrices de leur accompagnement. Ainsi :

- les résidents ne sont pas suffisamment impliqués et associés dans le quotidien du foyer. Une grande majorité des décisions en lien avec les différentes prestations de service (organisation hôtelière, animations proposées, suivi médical et thérapeutique ...etc.) sont prises pour eux, mais sans eux. Tout se passe comme si les personnels savaient mieux qu'eux ce qui était bon ou non pour eux, un peu

comme s'ils n'avaient pas leur mot à dire ou n'étaient pas considérés comme étant capables.

- le temps du foyer est davantage un temps qui peut être qualifié « d'institutionnel » qu'un temps personnalisé. J'entends par là qu'actuellement, c'est aux résidents de s'adapter à l'organisation du foyer et non pas le foyer qui s'adapte aux besoins des résidents. Par exemple, il sera difficile pour un adulte, qui en manifeste la demande, de se rendre au cinéma en dehors des temps dévolus à cette activité. De multiples raisons sont invoquées de façon plus ou moins légitime : sa sécurité, le manque d'accompagnant...etc.

Aujourd'hui **la négation de leur qualité de sujet** se manifeste de différentes façons.

Du côté des résidents³⁶ :

- une forme d'opposition qui peut s'exprimer par des refus des décisions prises pour eux (mais sans eux), que ce soit dans le domaine médical, social, thérapeutique... (*« je ne suis pas d'accord pour changer mon traitement médical », « je veux davantage d'argent de poche » ...etc.*).
- une remise en cause de l'organisation préétablie du service (*« je n'ai pas envie d'aller manger à cette heure », « je ne veux pas que l'on rentre dans ma chambre en mon absence »...etc.*).
- des demandes pour être associés aux décisions les concernant (*« qu'est-ce qui est écrit dans mon dossier », « je veux voir mon représentant légal », etc.*).
- des interrogations sur les actions mises en place, des demandes de justifications (*« pourquoi dois-je faire cette activité ? », « pourquoi ne me donne-t-on pas toutes mes cigarettes ? » ...etc.*).
- à l'inverse, d'autres résidents semblent « subir » leur vie au foyer. Ils sont comme apathiques, attendant que le temps passe. Ils ne sont ni force de proposition ni revendicateurs.

Du côté de l'équipe médico-sociale, l'expression de ces revendications, et des oppositions qui les accompagnent, débouchent sur :

- des interrogations de plus en plus importantes sur la posture professionnelle à adopter. Brigitte, aide-soignante, l'exprime ainsi : *« devons-nous tout accepter et répondre obligatoirement à toutes les demandes ? »*. Ou encore : *« si j'autorise un résident à manger dans sa chambre, ils vont tous demander la même chose !!! Ce n'est pas possible »*.

³⁶ Je reprends ici quelques exemples relatés au cours des réunions d'équipe.

- le sentiment de ne plus être capable. Si l'équipe maîtrise bien l'accompagnement des résidents dans les actes essentiels de la vie quotidienne, elle est un peu dépourvue et déroutée face aux autres demandes. Marie-Françoise, A.S.H., demande à me voir : « *Sylvain, je ne sais plus quoi faire. Catherine refuse que je fasse le ménage dans sa chambre, car, pour elle, c'est propre. On va la laisser faire longtemps comme ça ?* ».
- la crainte d'une perte de contrôle avec le sentiment d'être remis en cause par les résidents. Anita, éducatrice spécialisée, a vécu la situation suivante : elle a été contactée par le représentant légal d'un résident qui avait envoyé au juge des tutelles une lettre pour dénoncer son attitude qui obligeait ce résident à faire ce qu'il ne souhaite pas³⁷. Elle a dû « s'expliquer » au cours d'une rencontre où étaient présents le résident et son curateur. Relatée en réunion, cette situation a fortement troublé l'équipe.

Je suis mis en porte à faux lorsque les salariés me relatent ce type de situation, car ils attendent que je leur donne raison et que j'aie dans leur sens. Mon attitude les déroutent quand, au contraire, je décide de rencontrer, en leur présence, le résident concerné pour entendre sa version de la situation. Ils ont le sentiment que je ne leur fais pas confiance et que je vais donner raison au résident concerné. Or l'enjeu n'est pas celui-ci. Il s'agit simplement de respecter chacun dans son droit à la parole pour trouver la solution la plus juste. Si tous admettent, en parole, que chacun a le droit de s'exprimer que l'on soit salarié ou résident, dans les actes, l'acceptation est plus difficile surtout quand on peut avoir le sentiment d'être remis en cause.

1.3.2 Des résidents absents de leur accompagnement.

A) Des résidents qui n'ont pas assez le statut de sujet.

Considérer les résidents comme des « **objets** » c'est en quelque sorte, en référence à C.GARDOU³⁸, les manipuler, les rendre tributaires d'une situation qu'ils n'ont pas choisie. L'équipe médico-sociale du foyer de vie leur apporte une aide qu'elle pense bienveillante, elle présuppose les besoins des résidents en fonction de réponses préétablies, voire stéréotypées, donc inadaptées à tout un chacun. À chaque fois, le foyer impose d'une certaine façon ses prestations puisque ces dernières sont issues :

- de l'évolution structurelle du foyer à travers successivement la dimension caritative, sanitaire puis médico-sociale.

³⁷ Il s'agissait d'une animation "équitation".

³⁸ GARDOU C., 2003, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Paris, Eres.256 p.

- de besoins présupposés, mais non totalement évalués. Je reviendrai sur la démarche de projets individualisés et ses lacunes.
- de « bonnes » aspirations de l'équipe et non de souhaits réellement exprimés par les usagers.

« Un objet est ce que l'on manipule et ce dont on se sert sans qu'il choisisse. Un objet est dépourvu d'intériorité et de relation sociale »³⁹. Par opposition, rendre « **sujet** », c'est associer les résidents à la vie qui leur est proposée au foyer ; c'est leur reconnaître cette capacité à ressentir, juger, évaluer ce qui se passe autour d'eux, en leur attribuant un pouvoir d'agir sur les décisions qui les concernent. « *Le sujet est un être capable de se poser comme « je », de parler, de choisir, de se relier aux autres* »⁴⁰.

Cette reconnaissance constitue la condition nécessaire à la construction de soi, à l'émergence de son identité. Si elle est absente alors le sentiment de ne pas être quelqu'un, mais quelconque, peut se développer, la dépendance peut prendre le pas sur l'autonomie, l'opposition peut se substituer à la compréhension, à l'adhésion. C'est ce type de manifestations comportementales que j'ai décrites en amont de cette présentation. Un peu comme si le seul moyen, dans un premier temps, quand on cherche à devenir sujet et acteur, est de refuser ce que l'on me propose.

Dans cette optique, je pense que les différentes modalités d'accompagnement du foyer de vie doivent devenir un moyen, en vue d'un apprentissage de la place de sujet des résidents accueillis : ne plus faire en sorte que l'organisation du foyer s'impose aux résidents, mais qu'elle soit le résultat d'une concertation mutualisée avec les résidents.

Le rôle de l'équipe, en tant qu'acteur social est vital dans le sens où le regard qu'elle porte sur les résidents joue un rôle prépondérant dans la façon dont ils vont se trouver confirmés, ou au contraire, dépossédés d'eux-mêmes (N. DIEDERICH). C. GARDOU utilise également le terme de « passeur » pour qualifier ce rôle attribué aux accompagnants qui permet aux résidents de franchir le seuil du handicap, en tant que stigmate, pour exister en tant que sujet à part entière.

B) Des résidents qui ne sont pas véritablement acteurs de leur accompagnement.

Le handicap peut conduire à « *une situation de privation de liberté, variable selon le degré de gravité de la déficience et lié, d'une part, à ses résonances directes, et d'autre part,*

³⁹ *Ibid*, page 32

⁴⁰ *Ibid*, page 33

*aux entraves d'un environnement colonisé par les bien portants. Il ne touche donc pas uniquement le corps ou l'esprit : il affecte la liberté de la personne. Être handicapé, c'est encourir la menace d'être déterminé par sa seule blessure et soumis, par celle-ci et par le comportement des autres, à des formes de captivité et d'asservissement »*⁴¹. Je pense que c'est ce qui est à l'œuvre, d'une certaine façon, au foyer de vie. L'équipe médico-sociale, de par son approche trop protectrice, se substitue aux résidents en limitant finalement leur expression de sujet. Au foyer, cette privation de liberté tient à la fois :

- des effets du handicap lui-même par :
 - o les dysfonctionnements du corps. Certains sont tributaires d'une aide externe pour se laver, s'habiller, etc. De plus, il ne peut y avoir de principe de réciprocité (ils ne peuvent rendre ...).
 - o la gêne et la honte, qui peuvent être ressenties par les résidents, liées à la culpabilité de leur état, de leur dépendance.
 - o la contrainte qu'ils ont de vivre selon le rythme, et l'humeur parfois, de leurs accompagnants.
 - o un temps commun (celui de nous tous) qui n'est plus accessible, car le handicap limite les gestes, la pensée ...

- des effets du contexte et du regard d'autrui par :
 - o un défaut de reconnaissance. Les regards négatifs, ou tout du moins insuffisamment valorisants peuvent faire naître chez les résidents un sentiment d'infériorité et d'échec, plus stigmatisant que la déficience elle-même. Or l'image de soi se construit par la reconnaissance des autres.
 - o un étiquetage qui les catégorise en les réduisant à leur pathologie ou leur handicap (« le » psychotique, « le » trisomique 21 ...), ou en leur attribuant des stéréotypies de comportement. Quelle liberté leur reste-t-il d'être eux-mêmes ?
 - o des regards, parfois emplis de compassion, qui menacent leur participation sociale.

Conclusion de la partie 1.

Si rendre les usagers acteurs de leur accompagnement est une volonté affirmée par l'H.S.T.V., sa mise en œuvre apparaît difficile au foyer de vie « Le Prieuré ». Il est enraciné dans une histoire institutionnelle qui n'a pas favorisé l'expression du sujet chez les résidents accueillis. Malgré des évolutions notables, avec le développement d'un regard médico-social, une culture de la substitution perdure : on pense à la place des résidents ce qui est bien, ou non, pour eux, on présuppose des besoins, on ne les associe

⁴¹ GARDOU C., 2009, *Le handicap par ceux qui le vivent*, Toulouse, Eres, p.9.

pas suffisamment aux décisions qui les concernent, etc. Les modalités d'accompagnement privilégient une réponse quasi uniforme à l'ensemble des résidents.

Si les résidents présents à l'origine n'ont pas remis en cause cette modalité d'accompagnement, ce n'est pas le cas des derniers arrivés. Il s'ensuit des comportements d'opposition marquant ouvertement leur refus d'être considérés comme des objets extérieurs aux éléments qui concernent leur vie quotidienne. Face à cette situation, les professionnels qui les accompagnent expriment de plus en plus leurs difficultés et leurs malaises. Je suis au cœur de cette situation, confronté d'un côté aux mécontentements des résidents et, de l'autre, aux réactions de l'équipe.

Et pourtant, je me sens en adéquation totale avec cette philosophie de l'accompagnement qui privilégie cette place de sujet pour les résidents accueillis. Une bonne institution est celle où « *chacun est à la fois respecté et interpellé à quelle place que ce soit* »⁴². Il faut ainsi laisser de côté la compassion, le vouloir aider, au risque de se suppléer, pour autoriser la personne handicapée à se créer ses propres expériences, sa propre histoire. L'écueil actuel du foyer de vie est vraisemblablement de vivre lui-même rempli de ses propres croyances et de dénier aux résidents la capacité de construire leur histoire.

Je vais donc devoir reconsidérer la place des résidents accueillis tout en accompagnant l'équipe dans les évolutions à venir pour favoriser la mutation culturelle en cours.

⁴² GOMEZ J.F., 2005, *Handicap, éthique et institution : Loi du 2 janvier 2002*, Paris, Dunod, p. 36

2 LA RECONNAISSANCE DU STATUT DE SUJET DES RÉSIDENTS : UNE ÉVOLUTION SOCIÉTALE ET UN ENJEU INSTITUTIONNEL A RELEVER.

Introduction de la partie 2

Afin d'envisager des pistes d'action concernant le projet de direction que je souhaite développer, je vais, dans cette seconde partie, clarifier ce que sous-tend la prise en compte de cette dimension du statut de sujet des résidents. Dans un premier temps, je vais resituer cette question dans le cadre d'une évolution sociétale du regard porté sur le handicap, tant au niveau du droit que de la sémantique qui encadre ce terme. Un parallèle avec la situation du foyer de vie me permettra de mesurer les écarts et d'envisager un début de réponse. Dans un second temps, je vais élargir ce détour conceptuel en m'attachant à mettre à jour les conditions à réunir pour favoriser le changement de regard qui est à opérer.

2.1 Une évolution sociétale du regard porté sur le handicap.

2.1.1 Historique de l'évolution des droits des usagers.

A) Une place à part qui ne valorise pas la dimension du sujet.

Afin de mieux appréhender la question de la place des usagers du secteur médico-social, et de mieux comprendre comment elle s'est construite, il m'apparaît opportun de faire un détour historique. H.J. STICKER⁴³ fait référence à différentes périodes que je peux résumer à travers six mots clés.

La peur : dans la Grèce Antique, l'infirmité est perçue comme un maléfice. Un enfant qui naît difforme est un signe des dieux qui s'adresse à un groupe social fautif et en risque de déviance. Ce nouveau-né doit être renvoyé à ses expéditeurs pour montrer que le message est compris. Cela s'appelle l'*exposition*. Les responsables de la cité décident que les enfants qui présentent des anomalies soient emmenés hors de l'espace social où ils meurent.

La charité : au Moyen Age, le système de la charité et des institutions hospitalières est géré par l'Église et financé par les riches. L'infirme n'est alors plus la représentation d'une faute commise, et qu'il faut expier en le remettant aux dieux, mais c'est un être à aimer et

⁴³ STICKER H.J., 1997, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod, 253 p.

à assister. L'infirmes subit une sorte d'élévation spirituelle et devient la preuve de la présence de Dieu.

L'internement : le début du 18^{ème} siècle voit apparaître une nouvelle forme de charité qualifiée de « grand enfermement ». L'hôpital général accueille toutes les formes de pauvreté, dont l'infirmité, afin d'écartier le danger qu'elles représentent et non pour aider ou soigner.

L'éducation : dès le 18^{ème} siècle, on prétend éduquer les jeunes infirmes : les aveugles avec Valentin HAUY, les sourds avec l'Abbé de l'Epée, les idiots avec ITARD, les malades mentaux avec Philippe PINEL, etc. Ces précurseurs pensent que l'infirmité n'est rattachée à la notion d'infériorité que par manque de moyens d'accès à leurs capacités et de techniques d'éducation. Pour contrecarrer cet état de fait, des techniques spécialisées apparaissent comme : la lecture tactile, la langue des signes, la pédagogie spéciale, la psychiatrie, etc. Mais, même si on les pense capables d'accéder à la culture et à la connaissance, la société et ses « spécialistes » les reconnaissent encore comme « sous-humains » et on ne leur reconnaît pas la possibilité d'accéder au travail et à une autonomie.

La réadaptation : au début du 20^{ème} siècle, le vocabulaire négatif avec le préfixe « in » tel que infirme, invalide, disparaît pour laisser la place au terme générique de « handicapé ». Ce terme permet d'englober aussi bien les handicapés « de naissance » que ceux qui le sont devenus suite à un accident ou à la guerre. On parle alors de réadaptation du handicapé, et ce par toutes sortes d'actions médicales et sociales.

La législation : la seconde moitié du 20^{ème} siècle voit l'émergence de l'obligation nationale envers les personnes handicapées et la constitution de droits sociaux spécifiques qui leur donnent un statut. L'accent est mis sur la responsabilité de la société et non plus seulement de l'individu. Les lois n°75-534 et n°75-535 du 30 juin 1975 vont finir de valoriser la part du social dans la condition des personnes handicapées. Elles vont affirmer la responsabilité nationale en ouvrant des droits particuliers permettant tout type de rééducation.

Mais, malgré ces évolutions, et comme le souligne C. GARDOU, tous ces efforts vont être « *davantage des prises en charge que des accompagnements et des efforts pour l'autonomisation* »⁴⁴. Dans les lois du 30 juin 1975, c'est l'action sociale « instituée » : tout l'équipement est pensé à travers la logique de services et non à partir des attentes de la personne. En fait, les besoins se traduisent en termes de prise en charge, de créations de

⁴⁴ GARDOU C., 2003, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Paris, Eres, p.38.

services et d'institutions, lesquels peuvent laisser au second plan le souci du sujet. Il y a une forme de réponse technocratique, qui aussi louable et nécessaire soit-elle, ne prend pas suffisamment en compte la parole du sujet. La priorité est autre. P. CAMBERLEIN⁴⁵ note ainsi que si les lois n°75-534 et n°75-535 du 30 juin 1975 ont amélioré la situation des personnes handicapées, des insuffisances importantes sont apparues : **la place de la personne handicapée a été pensée comme différente, comme devant être protégée dans des dispositifs spécialisés.** L'intégration dans le milieu « ordinaire » est pensée dans un second temps ; les réponses institutionnelles sont prépondérantes (avec par là même un choix du mode de vie restreint) ; le projet de vie de la personne est peu présent dans l'évaluation de ses besoins ; l'approche « tutélaire » domine d'où des personnes peu impliquées dans les décisions les concernant, etc.

Il est intéressant de resituer le foyer de vie dans ce contexte législatif. Au-delà de valeurs congrégationnistes historiquement prégnantes (« servir », « l'attention au plus pauvre », « faire fleurir l'hospitalité », etc.), ce contexte social et politique confère également une place à part, différente, aux usagers des institutions sociales et médico-sociales. Leur intégration n'est pas pensée dans la société ordinaire, mais dans un système parallèle où leur parole est peu présente. Comment alors, dans ces conditions de protection, voire de surprotection, favoriser l'expression du sujet ?

Je pense que cela permet de mieux comprendre la difficulté actuelle que peut être celle du foyer, et de ses professionnels, pour changer de regard sur les résidents. Bon nombre de salariés du foyer ont construit leur identité professionnelle dans ce courant sociétal qui attribue une place à part à la personne handicapée. La priorité est davantage donnée à sa protection qu'à son expression. C'est un virage culturel que je dois désormais accompagner afin de repenser la place que peut être celle des résidents accueillis. Au-delà d'un mode de pensée, un savoir-être, c'est également un savoir-faire (technique, organisation, etc.) qu'il faut reconstruire, réinventer avec l'équipe en place. Pourtant des évolutions législatives ont eu lieu. Elles ont apporté un nouveau souffle dans la place que peuvent occuper les usagers dans les modalités d'accompagnement.

B) Des droits réaffirmés : les lois 2002-2 et 2005.

C'est dans une volonté de donner la place première à l'individu, comme personne acteur de son histoire, que s'articulent et se complètent les lois récentes. C'est le début d'une volonté politique de modifier le regard porté sur les personnes handicapées.

⁴⁵ CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod , 147 p.

La loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, va ainsi mettre l'accent sur :

- ✓ la priorité des bénéficiaires dans l'organisation des prestations, avec la priorité donnée à leurs droits.
- ✓ l'évolution des structures pour une plus grande efficacité de l'organisation de l'accompagnement des personnes.
- ✓ un encouragement au travail en partenariat, au développement du travail en réseau.

Elle réaffirme la place prépondérante **des usagers qui doivent être « au cœur » de l'accompagnement**. La finalité des établissements et des services est d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la personne prise en charge. La loi 2002-2 marque la volonté de passer d'une logique de « prêt-à-porter » à une logique de « sur-mesure » en s'adaptant à la singularité de chacun. Elle énonce des droits fondamentaux en reconnaissant des droits individuels dans tous les domaines, insistant sur l'expression de la parole de la personne :

- le respect, la dignité, le droit à la sécurité, le droit à l'intégrité physique, à l'image et à la vie privée (le droit à la vie en couple, à la vie de famille),
- le droit à l'information (qui se décline par le libre accès à l'information et au dossier médical), la confidentialité de l'information, c'est-à-dire la transmission des informations, la préservation de la parole de l'utilisateur et la discrétion professionnelle.

La loi affirme aussi le droit à l'autodétermination, c'est-à-dire le libre choix des prestations les plus adaptées, la recherche systématique du consentement éclairé et la participation de l'utilisateur ou de son représentant dans l'élaboration de son projet de vie. Enfin, la loi énonce le droit à un accompagnement individualisé qui ne doit pas isoler la personne vulnérable.

La loi 2005-102 du 11 février 2005 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » prolonge l'esprit de la loi 2002-2. Elle rend possible des devenirs en élargissant le panel de réponses à disposition des usagers. Au-delà de la volonté d'affirmer que c'est à l'environnement de s'adapter aux situations de handicap, quatre autres catégories de droit sont mises en avant :

- le droit à la participation à toutes décisions les concernant.
- le droit à l'exercice de la citoyenneté.
- le droit à la compensation des conséquences du handicap.

- le droit à l'accueil, à l'information et à la prise en compte de ses besoins dans le respect de son projet de vie.

Cette loi apporte également, dans son article 2 une définition juridique du handicap :

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

C) De nouvelles prérogatives trop peu présentes au foyer.

Ces évolutions législatives marquent bien le changement qui s'est opéré dans la volonté de resituer l'usager dans le dispositif d'accompagnement qui le concerne. Au foyer de vie, c'est bien ce virage qui n'est pas encore totalement réalisé. Sept ans après mon arrivée, il y a certes eu la volonté de spécifier l'accompagnement apporté aux résidents en leur proposant un lieu de vie spécifique et des professionnels spécialisés. Mais, force est de constater que la place qui leur est accordée est encore empreinte d'**une volonté inconsciente de se substituer**, de penser à leur place ce qui est bon ou non pour eux.

Il me serait aisé de me satisfaire de cette situation, de ne pas entendre les revendications des résidents, de faire comme si elles n'existaient pas, de les interpréter comme la seule expression du handicap. Il serait valorisant de se complaire face au chemin parcouru. Lorsque j'effectue des visites du foyer de vie, son caractère agréable est régulièrement mis en avant : le bâti en pierre est très typé et donne rapidement un sentiment de quiétude et de sécurité. Il est propre et bien entretenu aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur. Le parc paysagé est visuellement très agréable. Si cela a été ma volonté, et celle de l'équipe, de proposer aux résidents un cadre de vie aussi agréable, doit-on se contenter de ce paraître ? Est-ce suffisant ? Je ne le pense pas. Je ne souhaite pas accompagner un dispositif qui ne soit qu'une belle vitrine. Je souhaite que ces évolutions législatives soient pleinement efficaces. Si « *instituer des droits veut dire les rendre effectifs et opposables* »⁴⁶, cela veut aussi dire, au foyer de vie, de passer d'une forme d'assistantat (où l'on sait ce qui est bon pour les résidents) à une forme de contractualisation (où l'on se met en accord avec eux sur les objectifs à atteindre, sur les modalités d'organisation, etc.).

⁴⁶ JAEGER M., 2003, *Guide de la législation en action sociale : Décentralisation et politiques sociales*, Paris, Dunod, p. 31.

Je vais devoir accompagner l'équipe dans le passage d'une relation tutélaire à une relation de service à rendre. Au foyer, trop peu « d'espaces » sont mis en place pour faire advenir la parole des résidents, pour l'entendre, la comprendre et la prendre en compte dans sa dimension d'intersubjectivité. L'équipe intervient trop fortement dans les choix de vie des résidents. Je souhaite être porteur de cette conception de l'accompagnement qui permet aux résidents d'être pleinement acteurs. Accepter d'écouter l'autre c'est, d'une certaine façon, admettre de perdre une forme de contrôle sur lui, c'est entendre que l'on ne maîtrise pas tout de la situation. Il faut d'une certaine manière « *renoncer à la dimension éducative pour accepter de côtoyer un autre adulte, éprouver cette altérité, accepter qu'il ait du même et du différent de moi dans l'autre* »⁴⁷.

2.1.2 Du handicap à la personne en situation de handicap.

Il est également intéressant de se pencher sur quelques définitions données au terme « handicap » au cours de différentes périodes. Elles nous montrent l'évolution de la place qui a été accordée aux personnes handicapées. Pour ce faire, je vais me référer à l'ouvrage de D. MAUTUIT⁴⁸

A) La personne handicapée.

Le mot handicap est d'origine anglaise et signifie « la main dans le chapeau » (Hand in cap). C'est encore dans ce sens que le mot handicap est utilisé aujourd'hui pour les courses de chevaux : le handicapier pénalise les meilleurs chevaux en leur attribuant une charge supplémentaire (poids ou longueur) qui permet aux chevaux de moindre performance d'avoir la même chance que les meilleurs chevaux. Le handicap concerne donc les plus forts. Concernant les personnes handicapées, « *si le mot handicap avait gardé son sens propre (...) ce sont les personnes « normales » qui supporteraient le handicap du poids même de leur supériorité* »⁴⁹.

Mais, dès 1950, le handicap glisse de cette connotation positive à une connotation négative. Dans « le Petit Robert » de 1950, il est défini comme un désavantage, une infériorité que l'on doit supporter. En 1957, F.BLOCH-LAINE définit le handicap comme un écart à la norme. Le handicap est une différence qu'il faut réduire pour la rapprocher d'une norme communément admise⁵⁰. Ce rapport à la norme va perdurer. On le retrouve

⁴⁷ *Ibid*, page 62

⁴⁸ MAUTUIT D., 2009, *De la personne prise en charge à la personne prise en considération*, Lyon, Chronique Sociale, 192 p.

⁴⁹ COTE J., 1993, « Réflexion sur l'évolution historique de la notion de handicap », *Revue internationale CIDIH*, vol. 5, p. 36.

⁵⁰ La normale étant définie comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société.

en 1975 avec l'Organisation des Nations Unies qui définit le handicap comme désignant « *toute personne dans l'incapacité d'assumer par elle-même tout ou partie des nécessités d'une vie individuelle ou sociale normale (...)* ».

À partir de 1980, le handicap n'est plus lié uniquement à la personne, mais également au rapport entre la personne et son environnement. Il surgit lorsque des « *personnes rencontrent des obstacles culturels, matériels ou sociaux qui les empêchent d'accéder aux divers systèmes de la société qui sont à la portée de leurs concitoyens* »⁵¹. La notion de situations de handicap émerge. Ce renversement de perspective s'est opéré avec l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et la nouvelle classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. L'O.M.S. a pris en compte l'ensemble des interactions vécues par une personne pour que ses difficultés soient rattachées aux interactions avec son environnement. L'accent se déplace de la déficience ou de l'incapacité vers la situation dans laquelle cette incapacité est mise à l'épreuve. Cette analyse met au premier rang ce que l'O.M.S. appelle les « *facilitateurs* ». Il s'agit des aides techniques de compensation, des établissements et services, de la protection sociale, du regard tolérant de la société :

- si l'environnement est caractérisé par la présence des « *facilitateurs* », les interactions présentent surtout des aspects positifs.
- si les « *facilitateurs* » sont insuffisants, l'environnement constitue un obstacle ou une barrière pour la personne et crée un handicap de situation.

C'est en fait ce que je souhaite développer au foyer de vie : faire en sorte que des « *facilitateurs* », favorisant l'expression des résidents en tant que sujets, soient présents. Car, en ne facilitant pas suffisamment la capacité des résidents à être acteurs de leur vie, à être sujets, à participer pleinement au quotidien du foyer de vie, l'équipe médico-sociale accentue leur positionnement de soumission et de dépendance à un environnement.

B) La personne en situation de handicap.

C'est dans ce contexte de la nouvelle classification qu'est apparue, en France, l'expression « *personnes en situation de handicap* ». Cette expression présente l'avantage de déplacer le regard de la personne vers l'environnement. J'adhère et je défends cette position qui sous-tend qu'aucun individu ne peut être réduit à ses déficiences et à ses incapacités, car chacun a des capacités à valoriser. Un environnement non aménagé peut constituer un handicap pour nombre de personnes. Le

⁵¹ MAUTUIT D., 2009, *De la personne prise en charge à la personne prise en considération*, Lyon, Chronique Sociale, p. 24.

handicap est toujours une situation, c'est-à-dire la rencontre d'une dépendance et d'un environnement insuffisamment aménagé pour cette dépendance. Si l'expression du sujet, pour les résidents du foyer de vie, n'est pas suffisamment présente, ce n'est pas lié à leur handicap mental et/ou psychique mais c'est davantage la conséquence d'une non-adaptation de l'environnement.

Une situation de handicap est « *le résultat de la confrontation entre les possibilités d'une personne et son environnement (soi, les autres, l'organisation, l'espace) nécessitant une relation d'aide (technique, médicamenteuse, humaine) pressentie, identifiée ou faisant l'objet d'une demande. Elle est réductible par une intervention technique, humaine, médicamenteuse adéquate ayant fait l'objet d'un programme individualisé basé sur des objectifs négociés* »⁵². Par exemple, un adulte du foyer de vie, présentant une déficience intellectuelle et ne sachant pas écrire, est dépendant d'un tiers pour communiquer par courrier avec sa famille. Mais il devient handicapé dans ses communications écrites si ce tiers est absent ou inadapté.

Le handicap n'est plus dans la personne, comme le voulait le modèle médical traditionnel, **mais dans l'environnement** au sens large : physique, social, culturel (...). La définition du handicap, telle qu'elle est donnée dans la loi de 2005 va d'ailleurs dans ce sens : Il y est défini comme une restriction de participation à la vie sociale. Cette restriction est bien subie au travers d'un environnement considéré comme facteur de constitution du handicap. Je dois désormais créer les conditions nécessaires pour que le foyer puisse être un vecteur où l'expression du sujet est facilitée et devienne possible.

2.1.3 Pour une dimension citoyenne de l'utilisateur en institution.

A) Reconnaître l'individu dans l'utilisateur.

Les institutions sociales et médico-sociales, et donc le foyer, ne sont pas isolées du phénomène social et de ses évolutions. F. NOBLE dans un article intitulé « *l'utilisateur au centre du dispositif, énoncé d'une mission impossible* »⁵³ note que cette nouvelle posture de l'utilisateur est accentuée par le développement accordé, dans notre société occidentale, à la place de l'individu. Cette place se traduit par l'émergence du sujet individuel comme acteur. Cet individualisme se caractérise, entre autres, par une exigence de

⁵² *Ibid*, p. 32.

⁵³ HUMBERT C., 2000, *Les usagers d'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires ?*, Paris, L'Harmattan, 285 p.

personnalisation et de contractualisation des relations. Laurent BARBE⁵⁴, affirme que cette recherche constante d'un nouvel équilibre des pouvoirs entre individus et institutions coïncide avec les grands traits de l'évolution sociétale. Il le schématise de la façon suivante :

Principaux traits culturels caractérisant l'individu contemporain.	Exigences nouvelles dans le rapport aux institutions.
<ul style="list-style-type: none"> - Une exigence de personnalisation des adhésions. - L'évitement des conflits par la négociation ou le contournement. - Le déclin du style autoritaire d'éducation. - Une place grandissante du droit et du contrat dans les régulations sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - D'individualisation des prestations et interventions. - De clarification, de formalisation voire de contractualisation de l'action vis-à-vis de chaque personne. - De règles connues discutables, négociables.

L'auteur souligne l'exigence croissante du sujet moderne d'être soi-même dans les entreprises qu'il veut mener selon son libre vouloir et en connaissance de cause. Ainsi, et pour ce qui nous concerne, les résidents n'acceptent plus de signer « un chèque en blanc » au foyer de vie. **Ils souhaitent affirmer et mettre en avant leurs propres aspirations, souhaits, désirs.** Ce qu'ils n'admettent plus, c'est l'idée qu'ils doivent se plier à des règles imposées, sans débat, par le foyer. Il en va alors de l'importance de la contractualisation entre les bénéficiaires du secteur social et médico-social et les institutions qui les reçoivent.

Les idées de Jean-René LOUBAT vont également dans ce sens quand il affirme que : « *Nous ne sommes plus dans une société traditionnelle où l'individu doit se plier à des règles auxquelles il n'a pas directement participé et n'être reconnu qu'à la condition d'une intégration dans une communauté très prégnante et contraignante* »⁵⁵. En effet, nous vivons aujourd'hui dans une société où l'individu a une place évolutive, où une plus grande part est laissée à la promotion personnelle et à l'affirmation de soi. Un dispositif d'accompagnement reposant sur une vie communautaire, où l'on cherche à intégrer l'individu à cette vie collective sans prendre en compte sa spécificité, n'est aujourd'hui plus satisfaisant. En tous les cas, ce n'est plus suffisant. C'est pourtant ce qui se produit au foyer.

⁵⁴ BARBE L., 2006, *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social*, Paris, La Découverte, 200 p.

⁵⁵ LOUBAT. JR., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, p.123.

Nous sommes tous, et pas seulement les usagers des institutions sociales et médico-sociales, plus exigeants vis-à-vis de nos institutions. En étant mieux informés de nos droits, nous sommes prêts à faire jouer cette prérogative pour obtenir ce qui nous paraît nous être dû, ou tout du moins juste et acceptable. En fin de compte, c'est bien autour de la manière de « faire vivre ensemble », et de renouveler une forme de principe démocratique, que se situent les questions posées aujourd'hui au secteur social et médico-social. Je pense que cette dimension est tout particulièrement importante dans le cadre d'un accompagnement institutionnel comme au foyer de vie. Le ressenti d'enfermement, même symbolique, dans lequel vivent les résidents, peut faire oublier à l'équipe qui les accompagne qu'il faut dépasser le handicap, l'incapacité observée dans un premier temps. Sans cette vigilance, cela peut conduire à la négation progressive de la liberté, du droit au risque et au choix sous couvert d'une surprotection bienveillante. Je pense réellement que l'utilisateur n'est plus celui à qui l'on donne des droits, mais celui qui doit être consulté sur ce que l'on va faire avec lui. Il devient acteur, et non plus assisté, associé au fonctionnement de l'institution. Aujourd'hui il s'agit de répondre aux aspirations nouvelles des résidents qui demandent à être regardés, c'est-à-dire considérés, tout simplement comme des personnes, comme des citoyens à part entière.

B) Se confronter aux résidents.

La posture à laquelle aspirent les résidents n'est donc plus celle de l'assujéti, du « protégé ». Ils souhaitent être sujets de droit c'est-à-dire :

- sujets capables d'agir et de parler ou du moins, quand leurs capacités ne le leur permettent plus, d'être représentés dans leurs paroles.
- sujets qui réalisent leurs capacités.

Ils deviennent par là même de véritables interlocuteurs. Pour ce faire, J.LADSOUS, dans son article « De l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté »⁵⁶, préconise un certain nombre de conditions que je peux transposer à la situation du foyer de vie à travers trois mots clés :

- alliance : comment garantir les droits des résidents si nous n'avons pas, à leur égard, un préjugé favorable, si nous ne les considérons pas comme des citoyens à part entière, « *si nous ne nous débarrassons pas de cette image de contrôle qui nous colle à la peau* ».

⁵⁶ LADSOUS J., 2007, « De l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté », in GUEGUEN G.Y., L'année de l'action sociale, Paris, Dunod, pp. 183-190.

En fait, il faut croiser nos savoirs (les leurs et les nôtres) afin d'avoir un véritable échange entre citoyens. L'alliance est ce pacte qui nous lie à eux, sans idée préconçue, avec l'objectif de leur permettre de trouver leur place.

- posture : parler de posture des résidents, c'est réfléchir à la place qui leur est attribuée. Parler de posture des professionnels intervenants au foyer de vie, c'est réfléchir à leur implication, à leur capacité de négociation. Les professionnels ne peuvent pas être dans la toute-puissance. Ils doivent accepter que les résidents, aussi dépendants soient-ils de leur handicap, puissent avoir des objectifs, des souhaits, des attentes qui diffèrent des leurs, aussi bien pensants soient-ils. La posture est une recherche permanente d'équilibre qui concerne tous les acteurs :
 - o les usagers qui ne sont ni assujettis, ni clients-rois.
 - o les professionnels qui ne doivent être ni fluctuants, ni péremptaires.
- procédure : ce sont les règles à suivre pour rendre visibles et officiels certains droits, certaines décisions, certaines obligations, voire même certaines orientations. C'est en quelque sorte un cadre d'intervention repérant et sécurisant pour les professionnels et les résidents. C'est la garantie d'un traitement juste et équitable.

Considérer les résidents du foyer de vie dans leur dimension citoyenne c'est finalement :

- **entendre leur parole** / la faire émerger.
- **les faire participer** à la construction de leur avenir.
- **les associer** au fonctionnement des services.

C'est, comme le précise J.LADSOUS, prendre le risque des contestations et des remises en cause. Le foyer de vie doit aller dans cette direction au risque de maintenir les résidents dans un statut d'objet soumis aux aléas externes.

2.1.4 Des évolutions législatives insuffisamment appréhendées au foyer

A) Une méconnaissance des lois par les acteurs en place

Les enjeux de la loi du 2 janvier 2002 se jouent dans la capacité des professionnels du foyer à investir les nouveaux rapports avec les usagers. Dans l'assertion « l'utilisateur au cœur du dispositif », il faut bien entendre que c'est le dispositif d'accompagnement qui doit être centré sur les résidents. Pour construire ces rapports mieux définis entre les professionnels du foyer de vie et les résidents, il faut :

- affirmer le respect du droit des usagers, car reconnaître le droit d'une personne engage les devoirs que nous avons vis-à-vis d'elle.
- utiliser les outils de sa mise en œuvre. UBI SOCIETAS IBI JUS : il n'y a pas de société sans droit. « *Le droit a pour finalité d'arbitrer la vie sociale, de protéger nos*

libertés individuelles et collectives, d'éviter le maximum de conflits et d'être un régulateur le plus objectif possible »⁵⁷.

Les sept outils, issus de l'article L.311 du Code de l'Action Sociale et des Familles, préconisés par la loi pour garantir l'exercice des droits de l'utilisateur-citoyen sont les suivants :

- le livret d'accueil.
- la charte des droits et libertés.
- le contrat de séjour ou document individuel de prise en charge.
- la personne qualifiée.
- le conseil de la vie sociale (ou autre forme de participation).
- le règlement de fonctionnement.
- le projet d'établissement.

Au foyer de vie de Pléché, il y a **une connaissance partielle, par les professionnels en poste, de ces différents outils**, mais également de leur sens, de leur symbolique dans la relation qu'ils entretiennent avec les résidents. Je ne les ai vraisemblablement pas suffisamment informés et formés sur les nouvelles dispositions à mettre en œuvre. Comment alors donner du sens à l'accompagnement quotidien ? Comment sortir de cet « hospitalisme compassionnel » si une connaissance minimale n'est pas présente chez les acteurs en place. Cette formation / information m'apparaît aujourd'hui d'autant plus importante que je ne peux pas compter uniquement sur ma seule conviction, de ce que je pense être la place des résidents. Référencer cette philosophie de l'accompagnement à un cadre légiféré, c'est lui donner du poids, et une légitimité, en dehors de ce qui pourrait s'apparenter à une forme de toute puissance liée à mon positionnement hiérarchique.

B) Une mise en œuvre partielle et inadaptée des outils préconisés

Au foyer, certains de ces outils existent pourtant. Mais les conditions de leur mise en œuvre n'ont pas permis d'en faire de véritables leviers au service d'une réflexion sur la place des résidents accueillis. Ainsi :

- le livret d'accueil existe, mais il a été réalisé par la directrice des ressources humaines sans concertation avec le personnel du foyer de vie. En fait, il s'agit davantage d'un outil de communication externe que d'un véritable outil adapté aux personnes à qui il s'adresse à savoir, les résidents. Par exemple, l'écrit prédomine alors que nombreux sont ceux qui n'ont pas accès à la lecture.

⁵⁷ JAEGER M., 2003, *Guide de la législation en action sociale : décentralisation et politiques sociales*, Paris, Dunod, p.24.

- la charte des droits et libertés est affichée dans un des couloirs administratifs du foyer. Outre le fait qu'elle est peu accessible pour les résidents concernés, elle n'a pas donné lieu à une explication aux personnels et aux résidents. Quid alors de sa portée ?
- le contrat de séjour existe, mais il n'est pas connu des résidents. Seuls les représentants légaux y ont accès. Dans la quasi-totalité des situations, ces derniers n'en font pas part aux résidents concernés. Dans le meilleur des cas, les représentants légaux vont se déplacer pour obtenir une signature du majeur protégé, mais pas son consentement qui est d'emblée considéré comme acquis.
- la personne qualifiée : une liste est affichée, mais une fois encore aucune explication n'a été donnée aux résidents...ni au personnel.
- le conseil de la vie sociale existe, mais il apparaît peu opérationnel. Les réunions sont peu nombreuses (en 2010, aucun C.V.S. n'a eu lieu) ou pas préparées par et avec les résidents ; l'ordre du jour est « imposé » par le président du C.V.S., présupposant encore les thèmes souhaités par les résidents. Pendant les réunions, les résidents ont peu la parole, les propos qui y sont tenus leur sont peu accessibles. Le manque de clarté autour de cette instance empêche une fois de plus les résidents de s'en saisir.
- le règlement de fonctionnement est méconnu des résidents et du personnel. Il est peu utilisé et, lorsque c'est le cas, il apparaît également obsolète dans son contenu, car il date de 1999, année où le foyer de vie était encore intégré à l'hôpital S.T.V.. Il n'a pas été adapté au nouveau cadre de vie et à l'évolution des profils des résidents.
- le projet d'établissement existe, mais son point faible est qu'il s'est essentiellement attaché à résoudre des aspects techniques et pratiques de l'accompagnement quotidien. Une réflexion préalable plus globale sur la nature même de la mission du foyer de vie, sur sa spécificité, sur le sens de l'action collective, sur une mise en évidence des besoins des résidents accueillis n'a pas eu lieu. La dimension du « sujet » a été occultée. La projection s'est faite sur des besoins présupposés et non sur une véritable expertise. La dimension collective de l'accompagnement n'a pas été analysée au regard de la loi 2002-2 et de ses perspectives de mettre « l'usager au cœur du dispositif ».

Il n'est donc pas surprenant que l'opérationnalité de ces outils soit faible tout comme leur remise en question. Peu appréhendés par les salariés, ils suscitent peu d'interrogations et d'attentes concernant leur mise en œuvre. Au foyer de vie, la seule mise en place « administrative » de ces outils ne suffit donc pas à les rendre opérants en participant à la dimension citoyenne des résidents accueillis. R. JANVIER⁵⁸ parle ainsi de « droit impasse » lorsque l'on applique coûte que coûte le droit, sans réflexion, sans explication et prise de recul. Reconnaître dans les textes juridiques les droits des personnes est une chose, garantir l'exercice de ces droits par la mise en place d'instruments divers en est une autre.

Je vais devoir permettre au foyer de vie de **dépasser cette vision étroite au profit d'une vision dynamique**. Pour les rendre efficaces, il va s'agir de passer par une véritable information / formation, une explication sur ces différents outils en lien avec la dimension citoyenne des résidents.

2.2 Un changement de regard à opérer

2.2.1 Une quête de sens à apporter à l'accompagnement proposé

A) Un questionnement « éthique » balbutiant

Je souscris aux propos de Laurent BARBE lorsqu'il dit qu'« *il ne suffit pas de donner un livret d'accueil pour satisfaire au principe d'information et de développement d'un consentement éclairé des usagers ; il ne suffit pas de réunir une instance collective pour faire évoluer des rapports institués, ni d'informer formellement les usagers de leurs droits pour que ceux-ci les exercent réellement* »⁵⁹. En fait, il faut également favoriser auprès des équipes **la question du sens de l'action quotidienne**. Il faut mener avec elles une réflexion sur ce qui est recherché en associant les usagers. C'est la question des références éthiques qui est ici en jeu afin d'orienter l'action dans un certain nombre de questions clés et de dilemmes classiques. Je peux relever certaines de ces questions au cours des réunions d'équipe. Ce sont par exemple celles :

⁵⁸ JANVIER R., 2002, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Paris, Dunod, 300 p.

⁵⁹ BARBE L., 2006, *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social*, Paris, La Découverte, p. 71

- de l'intimité : comment accompagner le suivi de l'hygiène d'une adulte présentant une psychose importante et refusant cet accompagnement qu'elle dit pouvoir faire seule correctement, alors que ce n'est pas le cas ?
- du consentement : comment choisir à la place d'un résident qui n'en a pas les capacités ? Le faut-il ? Si oui, comment ?
- de l'argent de poche : en donner (ou pas ?), contrôler (ou pas ?) notamment pour ceux qui n'ont pas les aptitudes cognitives à le gérer.
- etc.

Autant de questionnements qui interrogent quotidiennement les professionnels de terrain qui sont au cœur de ces dilemmes qui, faute d'être véritablement réfléchis, restent bien souvent sans réponse. Il s'ensuit parfois un malaise exprimé au cours des réunions que j'anime, ou lors d'entretiens individuels avec ces professionnels. Un peu comme si la responsabilité qu'ils ont à porter dans les décisions à prendre est trop lourde.

La place des usagers n'interroge donc pas seulement le droit et les techniques. La visée éthique est centrale. Je fais mienne cette définition de l'éthique de RICOEUR : « *c'est la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* »⁶⁰. Ricoeur pose ainsi le triangle de base de l'éthique : je – tu – il (ou le tiers). Je suis convaincu que c'est sur ce terrain de la reconnaissance de l'autre comme sujet que se posent les questions éthiques liées aux activités de l'action sociale. Comme B.BOUQUET⁶¹, je pense que pour sensibiliser l'équipe à cette question de l'éthique du travail social, je peux l'appréhender par une triple réflexion sur :

- l'éthique de la conviction qui permet de défendre la place des résidents. Ce sont les valeurs fondamentales. S'ils se sentent considérés comme des personnes dans leurs identités, leurs singularités et leurs citoyennetés, ils peuvent s'affirmer comme tels.
- l'éthique de la responsabilité qui s'impose comme mode de structuration quotidienne. Les résidents peuvent et souhaitent répondre de leurs actes. Laissons-leur cette possibilité.
- l'éthique de la discussion qui promeut la réflexion partagée sur les valeurs, les missions et les orientations des uns et des autres. Cette réflexion doit donc également engager les résidents en tant que premiers acteurs concernés.

⁶⁰ BARREYRE J.Y., BOUQUET B., 2008, Nouveau dictionnaire critique d'action sociale, Paris, Bayard

⁶¹ *Ibid.*

B) « Une clinique du quotidien » à redynamiser

L'organigramme du foyer présente des niveaux de qualifications hétérogènes. Une de ses forces provient de la pluridisciplinarité de son équipe, riche en compétences diversifiées et complémentaires. Comme je l'ai déjà mis en avant, les formations initiales vont dans deux directions : le sanitaire et le médico-social. Mais, ce qui constitue une force peut aussi être un frein. En effet, les cultures métiers spécifiques amènent **un regard sur les résidents orientés par ces identités professionnelles**. Par exemple, prendre en compte la dimension du sujet peut ne pas revêtir le même sens pour un aide-soignant que pour un éducateur spécialisé. De la même façon, la priorité de l'agent de service qui va axer son intervention sur sa mission principale (la propreté) peut être différente. Je peux reprendre l'exemple de cette résidente qui a demandé à me voir pour me faire part de son désaccord concernant l'entretien de sa chambre. Elle ne remettait pas en cause la qualité des interventions, mais le fait que le ménage se fasse en son absence et sans qu'elle en soit avertie. Son espace de vie est pourtant bel et bien privé... . Accepterions-nous une telle intrusion sans notre accord ? Je ne le pense pas. Alors, pourquoi ne pas, naturellement, se poser ce type de question concernant les résidents ?

Si les formations initiales diffèrent, il en est de même concernant les trajets professionnels : certains n'ont connu, bien souvent, que l'hôpital S.T.V. comme seul employeur, d'autres, arrivés récemment, ont un parcours plus diversifié. Les premiers sont davantage « marqués » par l'histoire et par les valeurs congrégationnistes. Pour ces personnels, favoriser la dimension du sujet ne s'impose pas naturellement. Cela nécessite une rupture avec des pratiques anciennes qui, même si elles sont critiquées et reconnues comme inadaptées, n'en demeurent pas moins présentes au quotidien. Il leur est difficile de s'en défaire. Les seconds, quant à eux, souhaitent parfois des changements rapides (trop rapides ?) au risque de heurter leurs collègues.

Ce sentiment est renforcé par **une prise de recul des salariés qui n'est pas facilitée**. « L'arrêt sur image », qui permet à chacun de réfléchir sur les situations vécues, sur ses propres attitudes et comportements, sur ses difficultés, sur un échange entre professionnels est peu présent. Le seul véritable temps de réflexion se fait lors de la réunion d'équipe hebdomadaire qui dure une heure trente. Mais, ici également, ce temps est parfois parasité par la résolution de problèmes quotidiens (essentiellement organisationnels) que je dois traiter avec l'équipe au détriment d'une réflexion pleinement axée sur les résidents, sur le sens de l'accompagnement.

Plus globalement, cette question du sens dépasse le seul cadre des professionnels du foyer. De multiples acteurs interviennent auprès des résidents : famille, amis,

représentants légaux, médecins (généralistes, spécialistes), acteurs locaux (commerçants, association ...), partenaires... etc., pour qui cette notion du « sujet de droit » ne revêt pas le même sens voire le même intérêt. Un peu comme si chacun de ces acteurs faisait parfois preuve d'une forme de toute puissance au regard de sa position, mettant à l'écart le résident. Quelques exemples :

- un résident qui veut vivre chez lui de façon autonome alors que son représentant légal réfute cette idée.
- des parents qui refusent, pour leur enfant devenu adulte, une orientation dans une autre structure alors que ses besoins le nécessitent.
- un directeur d'E.S.A.T. qui ne peut admettre qu'un résident du foyer de vie puisse venir faire un stage dans sa structure alors que c'est son projet. Un peu comme si dans la « culture » (l'imaginaire ?) médico-sociale, un résident présent en foyer de vie y restera toute sa vie, sans autre projet possible.
- un représentant légal qui se rend au foyer de vie et rencontre l'éducateur référent, mais pas le résident concerné. Le manque de temps est invoqué ...
- un médecin qui diagnostique une situation sans rencontrer la personne concernée.
- etc.

Qu'en est-il alors de la parole du résident, et de sa force de proposition, quand il est confronté à tant d'obstacles ? Cette parole est mise en tension par des intérêts extérieurs qui lui échappent et qui pourtant remettent en cause son statut de sujet. Combien d'entre nous accepteraient ce type de situation ? C'est pourtant ce qui se produit fréquemment auprès des résidents. C'est encore plus vrai pour les résidents dont l'expression est limitée. Un peu comme si cet accès limité à la parole nous autorisait trop facilement à nous adjoindre une parole de substitution. Mettre en œuvre cette dimension du sujet acteur et citoyen nécessite donc d'élargir la réflexion au-delà du cadre du foyer pour qu'elle se développe positivement. Aujourd'hui, **les acteurs présents ne partagent pas suffisamment ce regard** et ce questionnement sur les résidents et cela peut être une source de tensions face à des impératifs contradictoires.

2.2.2 Considérer les résidents du foyer comme des êtres capables.

« Nous sommes ce que le regard des autres fait de nous ; quand le regard des autres nous méprise, nous devenons méprisables et quand le regard des autres nous rend merveilleux, eh bien ! Nous sommes merveilleux. L'important, c'est de se voir merveilleux dans le regard des autres ». Albert Jacquard

- A) Une image sociale des résidents à enrichir : le concept de la valorisation des rôles sociaux (V.R.S.)

Dans la mutation culturelle qui doit s'opérer pour repositionner les résidents en tant que sujets, le concept de V.R.S.⁶² m'apporte un éclairage intéressant sur lequel je peux appuyer ma philosophie de l'accompagnement des résidents. Développé par W. WOLFENBERGER⁶³, c'est une remise en cause de la manière de regarder les personnes en situation de handicap en les considérant comme **des êtres capables**. Ce changement d'angle s'effectue essentiellement selon deux grands axes en interaction :

l'amélioration de l'image sociale à travers différents aspects :

- le langage utilisé, avec et à propos des usagers, qui doit être respectueux.
- leur apparence personnelle, qui doit être la plus favorable dans le sens d'une mise en valeur de leur personne.
- les activités, habitudes et rythmes d'un service qui doivent se rapprocher du sens commun (que penser d'un dîner servi à 17h30 ou encore d'une activité piscine qui se déroule sur un créneau « réservé » au lieu d'avoir lieu dans le cadre des horaires publics ?).

le développement des compétences : toute personne, quel que soit son degré de handicap, doit être considérée comme étant en capacité de se développer tout au long de sa vie. Rien n'est irrévocable, et c'est parfois dans « les petits riens » du quotidien que peut s'exprimer la personne sans être destituée de sa capacité à faire.

Adaptée au foyer de vie, la V.R.S. préconise l'utilisation de trois moyens :

- la valorisation des résidents. Il s'agit d'amener les professionnels à davantage les considérer au-delà de leurs déficiences ou de leurs difficultés. Il faut leur reconnaître des capacités à :
 - se développer et à évoluer.
 - remplir les tâches de vie quotidienne pour qu'ils puissent en faire usage par eux-mêmes et gagner ainsi en autonomie.
 - faire des choix.

- la valorisation de leurs conditions de vie en :

⁶² C'est le développement, la mise en valeur, le maintien et/ou la défense de rôles sociaux valorisés pour les personnes, et plus particulièrement pour celles présentant un risque de dévalorisation sociale, en utilisant le plus possible des moyens « culturellement valorisés ».

⁶³ WOLFENBERGER W., 1997, *La valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Genève, Les deux continents, 107 p.

- respectant leur intimité et leur droit à une vie affective.
 - valorisant leur environnement, l'habitat.
- la valorisation de leur rôle social. Il s'agit de :
- développer leurs capacités à apporter une collaboration au sein du foyer. Cette collaboration ne peut se faire que si les résidents sont intégrés physiquement, fonctionnellement et socialement. Ils doivent être nos partenaires privilégiés.
 - les faire participer à l'élaboration de leur projet individuel, qu'ils (ou leurs représentants) puissent donner leur avis sur les décisions qui les concernent, voire qu'ils les contestent, pour que ce projet, souvent construit et mis en œuvre par d'autres, devienne leur projet personnel de vie.

Les résidents deviennent alors sujets et partenaires de l'action sociale. C'est vraisemblablement ce type de valorisation qui n'est pas suffisamment mise en œuvre au sein du foyer de vie.

B) Réattribuer aux résidents leur capacité à agir

J.F. GOMEZ⁶⁴ met en avant que les usagers présents dans nos institutions sociales et médico-sociales sont avant tout des hommes et des femmes à qui il faut proposer un vrai degré d'autonomie et de responsabilité. On les place beaucoup trop souvent dans ce que l'auteur nomme des trajectoires. Ces dernières supposent une cible, un objectif, une visée. La trajectoire nie la capacité de l'acteur-usager à fabriquer du sens. Ainsi, au foyer de vie, la trajectoire qui s'impose implicitement aux résidents est celle qui ne leur donne pas accès :

- aux documents les concernant, que ce soit le livret d'accueil, le contrat de séjour, etc.
- à la participation à toutes les décisions qui sont prises en lien avec les modalités de leur accompagnement. Je pense ici plus spécifiquement à la démarche actuelle de projet individuel dans laquelle la parole du résident est comme absente. Tout le projet est travaillé sans lui. Le document lui est présenté une fois finalisé, sans qu'il puisse véritablement s'y opposer ou même proposer une révision des objectifs ou des moyens. L'image qui lui est renvoyée n'est-elle pas celle d'un individu soumis à une forme de toute puissance ?

⁶⁴ GOMEZ J.F., 2005, *Handicap, éthique et institution : Loi du 2 janvier 2002*, Paris, Dunod, 202 p.

- à l'organisation de l'offre de service que ce soit pour la dimension hôtelière, l'animation, etc.

J.F. GOMEZ oppose à cette notion de trajectoire celle de trajets. Accompagner les résidents dans des trajets implique leur subjectivité, leur désir et leur passion, bref la notion de sujet. Les priver de trajets et d'épreuves de vie, c'est sans doute les priver de l'essentiel, c'est « handicaper les handicapés »⁶⁵. Comme l'auteur, je pense que c'est une forme de discrimination que de vouloir des résidents sans histoire ou qui adoptent la nôtre. Nous ne pouvons pas imposer notre propre bonne volonté en déniaient aux résidents la capacité de construire leur histoire. Sinon, le risque est grand d'en faire des « inclus » c'est-à-dire des individus enfermés dans un système sur lequel ils ne peuvent pas interagir. Aussi, au foyer de vie, est-il nécessaire de laisser de côté la compassion, le vouloir aider (au risque de se suppléer) pour **autoriser les résidents à se créer leurs propres expériences.**

2.2.3 L'appropriation ou réappropriation, de leur pouvoir par les résidents.

« Si tu donnes un poisson à un homme, il se nourrira une fois. Si tu lui apprends à pêcher, il se nourrira toute sa vie. »⁶⁶. Il serait vain de mettre en place cette intention de rendre pleinement les résidents « sujets » si eux-mêmes se ne réappropriaient pas leur capacité à agir. La mutation culturelle doit donc s'exprimer dans deux directions : vers l'équipe médico-sociale, mais également vers les résidents.

A) Le concept d'empowerment.

NINACS W.A. définit l'empowerment comme « le processus requis pour acquérir la capacité d'agir »⁶⁷. L'empowerment est en fait le pouvoir d'agir des personnes sur elles-mêmes et sur ce qui leur arrive. Il s'agit de **dépasser le simple assistantat ou le bon vouloir d'autrui** sur ses propres choix de vie. Ce processus d'aide permet aux personnes de franchir les barrières psychologiques de la stigmatisation et de la culpabilisation et favorise l'accroissement de l'autonomie d'action.

Concrètement, l'appropriation du pouvoir favorise la participation des personnes et de leurs proches aux décisions les concernant directement, et leur permet aussi d'influencer davantage l'organisation des services en fonction de leurs besoins, tout en étant associés au processus de décision, d'évaluation (...). Au fur et à mesure que la personne

⁶⁵ *Ibid*, p. 28.

⁶⁶ Proverbe chinois

⁶⁷ NINACS W.A., 2008, *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Pul, p. 2.

s'approprier du pouvoir sur sa vie, son estime d'elle-même et sa motivation à acquérir une qualité de vie augmentent. Travailler avec la personne sur ses capacités à être plutôt, que sur ses difficultés d'être, favorise ce phénomène. Pour ce faire, quatre composantes de la notion d'empowerment individuel sont nécessaires : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Ainsi, la démarche d'*empowerment* est un cheminement dans lequel une personne doit :

- pouvoir s'engager. Elle a une participation active aux modalités de son accompagnement, aux décisions qui ont un impact sur sa vie.
- avoir la possibilité d'exercer des choix libres et éclairés.
- se percevoir comme compétente (estime de soi).
- pouvoir connaître, comprendre, exercer et défendre ses droits afin de développer un sens critique.

Je vois donc dans ce concept une vraie complémentarité avec la V.R.S.. Il ne s'agit pas d'envisager des actions uniquement sur le seul environnement des résidents, mais bien sur les résidents eux-mêmes. C'est aussi cela être sujet, c'est être considéré en tous points de vue.

B) Un enjeu de démocratie participative.

Au foyer de vie de Pléchâtel, je souhaite ainsi développer un accompagnement fondé sur une relation orientée vers le « faire ensemble » c'est-à-dire, une posture d'échange et de partage entre les professionnels et les usagers. Il va falloir rechercher une démarche volontaire des personnes accompagnées pour qu'il y ait un engagement réciproque. Or, nombreux sont les résidents du foyer de vie qui n'ont plus cette aptitude naturelle à agir par eux-mêmes, à donner un contre avis, à s'autoriser à dire « non », à être « je ».

Je pense ici plus particulièrement aux résidents qui sont présents au foyer depuis plusieurs années et encore davantage à ceux qui ont connu et vécu l'époque où le foyer de vie était installé sur le site de l'hôpital. Je retrouve également cette difficulté chez les résidents qui ont un passé institutionnel relativement long. On peut avoir le sentiment qu'ils ont comme intériorisé une forme de soumission à cet autrui qui guide leur vie depuis tant d'années. Il suffit parfois de poser une question ouverte à un résident pour se rendre compte de sa difficulté à exprimer un sentiment ou un avis personnel. C'est l'exemple de ce résident à qui je demande, au cours d'un échange anodin, s'il s'est inscrit à une activité de loisirs qui est organisée le week-end suivant. Sa réponse peut paraître édifiante : il me dit qu'il ne sait pas et qu'il va voir cela avec son référent.

L'accompagnement devra pourtant s'appuyer sur les capacités des résidents à développer leurs ressources propres, leur capacité d'initiative et de choix en lieu et place

de « subir » des modalités d'accompagnement imposées. L'histoire du foyer de vie fortement ancrée dans cette culture de la substitution me laisse penser que le facteur temps sera à prendre en compte. La temporalité nécessaire doit être respectée au risque de ne pas obtenir l'adhésion des principaux intéressés. Car, si les lois amènent à traiter les citoyens comme tous égaux et à les considérer comme des sujets, l'enjeu est ici de **faire en sorte que tout être se considère comme sujet**. Nous pouvons avoir changé le regard et le rapport social sans que le rapport à soi-même n'ait été modifié. « *Il faut encore aller du sujet de droit à l'affirmation de soi comme sujet* »⁶⁸. C'est notre rôle de faire accéder les résidents à une autonomie, à cette réappropriation de son propre pouvoir sur soi-même.

2.2.4 Un foyer enfermé sur lui-même.

A) Une logique de territoire inopérante.

Sur le territoire d'implantation du foyer de vie, le pays des vallons de Vilaine, différents besoins concernant l'accompagnement des adultes handicapés sont couverts. On y trouve un E.S.A.T., des foyers d'hébergement, des foyers médicalisés (F.A.M. / M.A.S.), des accueils de jour, des foyers pour adultes handicapés vieillissants, etc. Malgré tout, **le foyer de vie semble fonctionner en vase clos**. Deux exemples illustrent bien cette situation.

- Un résident, pour qui un passage en maison de retraite est envisagé, va se voir naturellement orienté sur l'E.H.P.A.D. de l'hôpital S.T.V., excluant toute autre possibilité de lieu. Il s'agit d'un fonctionnement institutionnalisé qui semble naturel et qui n'interroge pas les acteurs en place (que ce soit les professionnels ou les familles). Un peu comme si le parcours de vie des personnes accueillies était préalablement établi en dehors de toute exploration du désir personnel des résidents ou de leurs proches.
- Il est habituel pour le foyer de continuer à accompagner un résident « jusqu'au bout » même si sa situation devrait nécessiter une réorientation. C'est le cas d'Hervé, un résident. Face à l'évolution progressive, mais certaine, de sa situation (problèmes médicaux, vieillissement précoce nécessitant des soins de type nursing, dégradation de ses capacités cognitives, etc.), l'équipe médico-sociale a voulu tout mettre en œuvre depuis des mois pour « réussir » à maintenir son accompagnement au sein même du foyer. Il y a eu comme un refus inconscient de voir son état de santé se dégrader et d'admettre que le foyer n'était sans doute plus la structure adaptée à sa

⁶⁸ GARDOU C., 2003, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Paris, Eres, p.32.

situation. Aujourd'hui, celle-ci est insatisfaisante pour tous : pour Hervé qui se trouve dans un foyer qui peine à répondre à ses nouveaux besoins, et pour l'équipe qui est en recherche « urgente » d'une place en M.A.S. (nouvelle orientation de la M.D.P.H. obtenue récemment).

Il y a peu d'anticipation et de projection sur le devenir des résidents. On est davantage dans une gestion du quotidien, voire de l'urgence.

« L'extérieur » est également peu présent au foyer en termes de réseau, de partenaires. Il n'y a ni travail en commun, ni réflexion sur des questions et des valeurs partagées. On ne se connaît pas. Il n'y a pas eu cette volonté, de ma part ni de celles de mes collègues des autres structures, de se rencontrer pour mieux se connaître, pour voir comment chacun fonctionne, pour envisager une démarche de co-construction (par exemple au travers de groupes de travail, etc.). En fait, le réseau n'existe pas. Historiquement, chaque structure du territoire a évolué chacune de son côté. Les directeurs n'ont pas travaillé ensemble, ce qui limite la richesse médico-sociale constituée par la présence de tous les acteurs pourtant présents sur un même territoire. Des thématiques actuelles doivent pourtant nous réunir.

Un fait illustre bien cette situation : l'ESAT le plus proche du foyer vient de me contacter, lui aussi dans l'urgence, pour trouver des places face au vieillissement de travailleurs handicapés qu'il emploie. Un travail en commun et en amont, aurait pu permettre de prévoir cette situation et d'envisager sereinement des devenir possibles pour les adultes concernés : anticiper les demandes de ces adultes vers le foyer de vie, les planifier, préparer ensemble et avec ces adultes leur accueil au sein du foyer, favoriser des échanges inter-structures, etc. Cela n'a pas été le cas, au détriment de ces travailleurs d'E.S.A.T. qui, aujourd'hui, se retrouvent dans une situation insatisfaisante et problématique à savoir : attendre qu'une place se libère au foyer de vie ou encore, être obligés d'accepter, par défaut, une place dans une autre structure qu'ils n'auront sans doute pas choisie ...

Les familles et les proches des résidents sont également peu sollicités par les professionnels et sont donc peu présents. Ils entretiennent des contacts avec les résidents, mais ils sont rarement associés aux modalités de leur accompagnement.

Tout se passe comme si le foyer proposait aux résidents une vie par procuration en dehors de toute ouverture possible. De ce fait, la place des résidents est surtout autocentrée sur l'interne. Un peu comme si le foyer avait intégré ces « non-parcours » possibles. Enfermé sur lui-même, il exclut trop souvent « l'extérieur » comme étant un

moyen supplémentaire de parfaire la réponse aux besoins des résidents et donc de répondre à leur singularité. L'offre de service proposée n'en est que plus limitée.

B) Un travail en réseau à développer.

Les situations des résidents, que le foyer est amené à accompagner, sont de plus en plus complexes. Elles nécessitent une approche globale et un travail en coordination entre les intervenants qui gravitent autour d'eux : représentants légaux, médecins, professionnels paramédicaux, familles, etc. Il y a donc une multiplication des dispositifs, des modes d'interventions et finalement une multiplication de professions et de métiers et donc de professionnels de cultures et d'horizons différents, spécialistes d'un segment d'activité auprès des résidents.

La logique de territoire doit m'amener à mutualiser ces forces et à rechercher leur complémentarité. La multitude d'intervenants pouvant se trouver impliqués dans l'accompagnement d'un résident nécessite une organisation plus formelle et structurée de ce réseau afin **d'utiliser sa richesse au service de l'individu** : lui faire entrevoir des devenir possibles en dehors même du foyer plutôt que de le rendre dépendant par manque de lisibilité.

Il peut également être opportun de rechercher une complémentarité avec d'autres structures pour proposer d'autres services ou pour élargir l'éventail de prestations et ainsi répondre aux besoins actuels et à venir des résidents. Le foyer de vie ne peut pas répondre à toutes les situations qu'ils rencontrent surtout s'il a la volonté de satisfaire les spécificités de chaque usager. La réponse peut être ailleurs dans la mutualisation d'équipements, de matériels, de savoir-faire, etc. En fait, il s'agit d'être complémentaires plutôt que concurrents.

F.DHUME⁶⁹ n'entrevoit que des aspects positifs dans cette ouverture. En effet, l'interaction entre des professionnels ou des services s'appuie sur l'existence d'un lien qui peut être formalisé (relation contractualisée) ou non (relation de connaissance). Ce lien qu'entretient un acteur avec d'autres doit lui permettre de faire appel à ces autres en tant que professionnels disposant d'autres compétences, d'autres moyens, et donc une autre légitimité à agir ou à dire. Dans ce cas, l'utilisation du réseau intervient pour pallier les limites d'action (incapacité ou incompétence) des acteurs, par l'utilisation d'un tiers identifié comme qualifié pour prendre le relais. Il s'agit d'un transfert de la réalisation de l'action auprès d'un autre service, transfert rendu possible par l'existence d'un réseau interpersonnel ou interinstitutionnel. C'est toute cette richesse que je dois mettre en œuvre au sein du foyer de vie.

⁶⁹ DHUME F., 2010, *Du travail social au travail ensemble*, Paris, ASH, 206 p.

Conclusion de la partie 2

Si historiquement la place des personnes handicapées a été pensée comme différente, les dernières évolutions législatives réaffirment fortement l'obligation qui s'impose à toute structure médico-sociale, à savoir : faire des usagers les premiers acteurs des modalités d'accompagnement les concernant. Une culture de la substitution n'est plus envisageable.

Mais des injonctions, aussi juridiques soient-elles, ne suffisent pas. Preuve en est, l'exemple du foyer de vie qui peine à favoriser cette dimension du sujet comme coauteur de son accompagnement. Les résidents sont encore trop soumis à des intimations externes issues des professionnels et de l'organisation du foyer de vie. Les moyens ne sont plus en congruence avec les objectifs à poursuivre.

Pour contrecarrer cette situation, je vais devoir repenser l'environnement dans lequel évoluent les résidents du foyer, en faisant en sorte qu'il favorise leur expression et leur participation. La mutation culturelle va pouvoir favoriser un nouveau regard de l'institution sur les résidents, mais également des résidents sur eux-mêmes.

3 PILOTER LA MUTATION CULTURELLE DU FOYER DE VIE POUR PROMOUVOIR LE STATUT DE SUJET DES RÉSIDENTS

Introduction de la partie 3

*« Il n'est pas de personnes handicapées susceptibles de s'accomplir comme sujets sans une société qui traduise en actes ses intentions démocratiques et d'intégration ».*⁷⁰

Favorisant l'échange et la réciprocité, la promotion du statut de sujet des résidents nécessite de les considérer à travers leurs potentialités et leurs aptitudes à être acteurs de leur vie. Il faut créer les conditions qui favorisent leur prise de parole. La parole possible est ce qui constitue la citoyenneté. Je suis garant des conditions de mise en œuvre d'un accompagnement des résidents favorisant la personnalisation, la participation et la satisfaction de leurs besoins et attentes. Le pilotage de la mutation culturelle qui doit s'opérer nécessite de mobiliser l'ensemble des acteurs qui la concerne : résidents, équipe médico-sociale, mais également toutes personnes concernées par les modalités d'accompagnement qui favorisent la promotion du statut de sujet des résidents.

Pour que les résidents soient pleinement considérés comme les interlocuteurs privilégiés de leur accompagnement, le plan d'action⁷¹ qui suit s'articule autour de deux grands axes. Le premier consiste à impulser une culture de l'accompagnement qui valorise la place des résidents en entretenant une clinique du quotidien et une réflexion éthique, en favorisant l'ouverture du foyer sur le territoire et en permettant à l'équipe de partager des valeurs collectives. Le second va promouvoir l'expression et la participation des résidents en redynamisant les conditions de leur participation, en facilitant leur possibilité d'effectuer des choix et en accentuant leurs liens sociaux.

3.1 IMPULSER UNE CULTURE VALORISANT LA PLACE DES RÉSIDENTS.

Il est important que chaque membre de l'équipe médico-sociale du foyer de vie s'approprie le cadre d'intervention au travers de valeurs clairement établies. Elles clarifient et guident l'action quotidienne en lui donnant du sens, elles permettent de partager collectivement une même culture de l'accompagnement et une même conviction au service des résidents accueillis : la promotion de leur statut de sujet.

⁷⁰ GARDOU C., 2003, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Paris, Eres, p.24

⁷¹ Annexe 11 : Présentation du plan d'action.

3.1.1 Une clinique du quotidien pour une éthique de la relation.

A) Entretien d'une clinique du quotidien.

Dans ses interventions quotidiennes, l'équipe est confrontée à une relation aux résidents qui peut être difficile : violences verbales, gémissements, proximité physique des résidents qui peut devenir envahissante, acceptation de la répétition de comportements (par exemple un résident qui vous dit « bonjour » à chaque fois qu'il vous croise), confrontation à l'intimité des corps au moment de la toilette, etc. Cette difficulté de la relation, difficile à admettre et à verbaliser par les salariés, peut pourtant, si elle n'est pas prise en compte, déboucher sur des réactions qui vont à l'encontre du respect des résidents en tant que sujet. L'évaluation clinique permet alors de prendre conscience des processus de transfert et contre-transfert, de donner du sens à ce que montrent les résidents (symptômes, maux, gestes ...), de ne pas se sentir seul, mais d'échanger, d'être porté par un collectif, de disposer d'une capacité à prendre de la distance avec les actes posés en travaillant à partir de situations très concrètes. Elle est la garante d'une posture qui assure aux salariés et aux résidents la place qui doit être la leur.

Pour favoriser une posture professionnelle respectueuse des résidents, je vais, en septembre 2011, revoir l'organisation de deux réunions qui existent au sein du foyer de vie.

La première concerne une réunion hebdomadaire qui se déroule le mardi matin de 10h30 à 12h15. Des aspects touchant à l'organisation du foyer (planning, horaires, etc.) et à la situation des résidents y sont abordés. Je vais scinder cette réunion en deux temps bien différenciés :

- une première partie dite organisationnelle dont j'assure l'animation. Je transmets à l'équipe les dernières informations et modalités d'organisation concernant le foyer, mais également celles en lien avec l'hôpital de Bain de Bretagne et l'H.S.T.V.. Cette information dure entre 30 et 45 minutes maximum.
- la deuxième partie dite « évaluation clinique » est animée par la psychologue du foyer⁷². Elle rédige un ordre du jour faisant état des situations à aborder en fonction des demandes qui lui sont adressées. Il s'agit d'aider, au sens où J.ROUZEL l'a développé dans son ouvrage⁷³, à la mise en paroles d'actions que les salariés accomplissent dans l'immédiateté de la situation, et de façon plus ou moins automatisée, c'est-à-dire en l'absence d'un vrai questionnement. L'objectif est de

⁷² Ceci est rendu possible suite à l'accord du conseil général, début 2011, d'une augmentation de la quotité de travail de la psychologue (passage de 0,20 à 0,40 E.T.P.).

⁷³ ROUZEL J., 2007, la supervision d'équipe en travail social, Paris, DUNOD, 253 p.

permettre aux salariés de développer une posture réflexive sur ce qu'ils font, pourquoi ils le font et comment ils le font. La clinique du quotidien est ainsi tout ce qui ne se quantifie pas, ne se procède pas, tout ce qui se passe dans la relation. C'est ici que viennent se dire les difficultés, les interrogations, les plaisirs, les angoisses, etc.

La seconde réunion concerne la « réunion d'autorégulation⁷⁴ ». L'objet de cette réunion, à destination de l'ensemble des salariés, est, à l'origine, d'aborder des thèmes en rapport avec l'organisation du foyer et son fonctionnement, avec pour objectifs principaux la prise de décision collective et l'harmonisation des pratiques. Cet espace peinant à trouver son utilité, je profite de la dynamique en cours pour lui donner un nouveau souffle. Coanimée avec la psychologue, je vais inclure systématiquement, dans l'ordre du jour, un temps de réflexion collective sur les thématiques « fil rouge » de la loi 2002-2 : le droit à l'intimité et à la dignité, le droit à l'autodétermination, le droit à la sécurité, le droit à la confidentialité des informations, etc.

Par exemple, « *le droit à l'intimité et à la dignité renvoie à la possibilité, pour la personne, de se retirer dans une chambre individuelle, de se soustraire au regard des autres ou à des questions intrusives, de posséder des affaires personnelles, de choisir sa place (à table...), mais aussi de voir sa « bulle sensorielle » respectée, de ne pas subir le stress d'une promiscuité constante. C'est encore voir respecter son image, son nom, ses parents, sa culture, ses pratiques religieuses, ne pas être apostrophé, dénigré* »⁷⁵. La question qui m'intéresse au cours de cette réunion est d'amener l'équipe à réfléchir sur les conditions de la mise en place effective de ce droit à l'intimité au sein du foyer de vie, au travers de trois interrogations : que faisons-nous concrètement pour respecter ce droit à l'intimité et à la dignité? Comment l'améliorer ? Que devons-nous mettre en place ?

Cet espace va permettre d'entretenir une dynamique de la réflexion en lien avec ce qui fait le concret du quotidien des salariés dans leur accompagnement des résidents. De ces réflexions, des aménagements du service, voire des réorganisations concrètes, vont se mettre en œuvre. L'objectif est d'être réactif, chaque fois que cela est possible, aux besoins et attentes qui émergent chez les résidents.

L'appréciation du caractère opérant de ces deux réunions est réalisée lors des entretiens annuels de progrès des salariés, mais également en estimant le degré de participation

⁷⁴ Cette réunion trimestrielle me permet de réunir l'ensemble des salariés. Ceux qui ne travaillent pas le jour de cette réunion récupèrent le temps horaire.

⁷⁵ LOUBAT J.R., 2002, « De l'éthique à la pratique », Union sociale, n°153, pp. 28-29.

des salariés selon l'axiome suivant : une participation effective et régulière peut être considérée comme étant un facteur de satisfaction. Ce sera également la perception de ce que BRIOUL nomme « l'allègement psychique »⁷⁶ des salariés, c'est-à-dire leur possibilité de penser sur et à propos des résidents.

B) Favoriser un questionnement éthique.

L'éthique permet aux membres de l'équipe médico-sociale de s'interroger sur des contradictions entre leurs valeurs ou des façons de faire qui diffèrent. C'est l'exemple de cet échange entre une éducatrice spécialisée et une aide soignante concernant l'argent de poche. La première est persuadée qu'il faut en donner à tous les résidents (elle défend un principe d'égalité), la seconde est persuadée que cela ne sert à rien et qu'il vaut mieux n'en donner qu'à ceux qui connaissent et savent gérer l'argent (elle défend un principe de réalité). Ce type d'échange peut rester stérile en ne débouchant sur aucune réponse. Nous sommes plus dans un débat d'idées confrontant les valeurs de ces deux salariés. La place du résident en tant qu'individu avec ses spécificités n'est plus présente. Au-delà d'une analyse clinique qui s'appuie sur les situations qu'ils rencontrent quotidiennement, l'engagement dans un questionnement éthique favorise⁷⁷ :

- la position de sujet / acteur des résidents du foyer de vie qui sont des personnes, des sujets à part entière possédant des capacités et une autonomie propre qui ne demandent qu'à pouvoir s'exprimer. La réflexion éthique permet de contrecarrer les logiques professionnelles et les contraintes institutionnelles qui limitent cette expression.
- des repères pour les professionnels qui se trouvent, au quotidien, confrontés à des incompréhensions mutuelles pouvant naître de valeurs insuffisamment comprises et partagées. Face à une même situation, les avis peuvent alors diverger et s'opposer, car ce qui prime au moment de la situation, ce n'est plus le résident, mais des valeurs personnelles sur ce qu'il est bon ou non de faire. La réflexion éthique va leur permettre de dépasser une logique d'action en donnant du sens aux pratiques quotidiennes en les questionnant, en facilitant une prise de décision la plus juste possible par l'analyse des situations, et en renforçant les relations de confiance entre les salariés, en confortant leur cohésion.

⁷⁶ BRIOUL M., 2008, *L'évaluation clinique en institution*, Rennes, EHESP, p.123.

⁷⁷ ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », 92 p.

Lors du dernier entretien annuel de progrès de la psychologue, nous avons convenu de la mise en place d'un groupe de réflexion éthique à compter du mois de novembre 2011. Elle va coordonner la mise en œuvre de ce questionnement en animant la réunion bimensuelle qui s'y rattache. Ces rencontres ont pour objectif l'aide et le soutien des professionnels en amont ou en aval d'une prise de décision. Cette aide et ce soutien s'organisent autour de deux valeurs fondatrices⁷⁸ autour desquelles s'articule la dimension des résidents sujets et acteurs :

- le respect de :
 - o toute personne humaine, à la fois corps et esprit, être individuel et être social, respect de sa dignité.
 - o la dynamique de vie de chaque personne, même altérée par le handicap.
 - o la différence : la personne handicapée est un citoyen à part entière. La conduite de sa vie en vue de son intégration sociale ne saurait être déterminée par l'adéquation à une normalité définie par les caractéristiques du plus grand nombre. La personne est donc singulière. L'objectif est de l'accompagner pour qu'elle devienne un acteur, sujet de sa propre vie par un accompagnement vers l'autonomie.
- le réalisme : « voir choses et gens comme ils sont, non comme on voudrait qu'ils soient, et les résultats des actions, traitements, interventions comme ils sont et non comme on aurait voulu qu'ils soient »⁷⁹.

La participation à ce groupe de réflexion éthique n'est pas obligatoire, mais les salariés travaillant le jour de cette rencontre ont la possibilité d'y participer : le jour retenu est celui au cours duquel un animateur vacataire vient proposer une animation aux résidents présents au foyer de vie. Il est donc plus facile pour les personnels intéressés de se libérer.

Ce questionnement éthique s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du projet de l'H.S.T.V. qui met fortement en avant cette dimension. Les salariés qui participent au groupe de réflexion éthique vont être amenés, s'ils le souhaitent, à rejoindre le comité éthique de l'H.S.T.V. lorsque celui-ci sera mis en place.

L'évaluation du suivi de la mise en œuvre de cette instance se fait par des indicateurs :

- quantitatifs : nombre de réunions, de situations / thèmes abordés, de personnels participants, etc.

⁷⁸ MANCIAUX M. TERRENOIR, 2004, *Les personnes handicapées mentales : éthique et droit*, Paris, Fleurus et UNAPEI, p.59.

⁷⁹ *Ibid.* p. 60.

- qualitatifs : ressenti / vécu des salariés tel qu'il est exprimé au moment des entretiens annuels, etc.

C) Permettre à l'équipe de s'emparer de l'esprit de la loi.

Une loi ne suffit pas pour changer l'existence des personnes en situation de handicap. Elle doit être connue et comprise par les personnes pour qui elle est faite et les professionnels qui sont censés l'appliquer. « *Un changement culturel qui n'est pas accompagné de formation a peu de chance de s'accomplir* »⁸⁰. Respecter l'utilisateur dans ses droits nécessite de lui présenter des intervenants qualifiés et formés. La formation permet, outre l'apport de connaissance, d'entretenir une forme de curiosité intellectuelle. Elle favorise la prise de recul des salariés. C'est un peu un investissement sur l'avenir, car elle leur permet de rester efficaces. Je vais, en lien avec la D.R.H., envisager le plan de formation 2012 selon deux axes :

- une formation relative aux lois 2002-2 du 2 janvier 2002 et 2005-102 du 11 février 2005. Elle est prévue au sein du foyer au cours du premier trimestre 2012. Cette formation concerne l'ensemble des salariés. Mais, pour favoriser les échanges, l'équipe va être scindée en deux groupes pluridisciplinaires. Le choix du prestataire s'est fait selon le critère suivant : cette formation ne doit pas être purement juridique, mais doit favoriser l'émergence de débats théorico – pratiques et amener l'équipe à réfléchir sur l'esprit de la loi. Un organisme spécialisé dans la formation de professionnels du secteur médico-social a été retenu.
- pour renforcer cette prise de recul, une formation à la V.R.S. est organisée au cours du second trimestre 2012. Elle se déroule selon des modalités identiques à la première : en intra, pour l'ensemble des salariés, en deux groupes pluridisciplinaires. Elle complète la formation juridique en sensibilisant davantage l'équipe aux incidences des évolutions législatives sur l'image que l'on peut avoir des personnes en situation de handicap et, tout particulièrement, sur les résidents du foyer de vie. Elle sera illustrée par des situations réelles du quotidien du foyer de vie, elle favorise le virage culturel en cours.

Pour information et validation, ces deux formations sont présentées à la commission de formation en octobre 2011 afin de les intégrer au P.A.U.F. 2012. Leur coût (2000 euros pour deux jours de formation sur les lois de 2002 et de 2005 et 2300 euros pour deux jours de formation sur la V.R.S.) va être intégré au budget prévisionnel de 2012. Elles

⁸⁰ DESAULLE M.S., 2007, « Une loi ne suffit pas pour changer l'existence des personnes en situation de handicap », in GUEGUEN G.Y., L'année de l'action sociale, Paris, Dunod, pp. 273-280.

rentrent dans un objectif d'amélioration des compétences, formalisé dans le cadre des entretiens annuels d'évaluation.

Outre ces deux axes, une partie du budget formation, soit 2000 euros par an, est consacrée, pour 4 à 5 salariés, à des colloques sur des thématiques en lien avec l'exercice professionnel et le projet du foyer. La finalité est de favoriser le maintien, la dynamique et l'actualisation des connaissances de l'ensemble des salariés. Dans ce cadre, les 20 et 21 octobre 2011, quatre salariés se rendent à un colloque intitulé : « *L'habitat, enjeu de la participation sociale des personnes en situation de handicap* ».

Le degré de satisfaction de ces formations s'évalue à l'aide d'un questionnaire remis à chaque salarié,⁸¹ mais également lors des entretiens annuels de progrès.

3.1.2 Faciliter l'accès des résidents aux ressources du territoire.

La vie des résidents ne peut pas s'envisager uniquement à l'intérieur d'un cadre institutionnel fermé. Vivre, c'est se confronter à des expériences multiples que le foyer ne peut pas proposer seul. Je dois faciliter et encourager ce mouvement afin de permettre aux résidents de maintenir des liens avec l'extérieur, de favoriser leurs interactions sociales et d'encourager leur autonomie. L'ouverture du foyer sur son environnement permet aux résidents d'être pleinement acteurs et sujets de leur accompagnement et de leur citoyenneté. Mais pratiquer l'ouverture, c'est aussi :

- permettre aux équipes d'enrichir leurs analyses et leurs pratiques en favorisant le changement de regard qui s'opère sur les résidents : décontextualiser / désinstitutionnaliser la vision qui est portée sur les résidents.
- s'inscrire dans les orientations du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale du département de l'Ille-et-Vilaine, et dans les nouvelles dispositions de l'H.S.T.V.
- répondre aux exigences du contexte législatif et de l'évaluation externe (décret du 15 mai 2007).

A) Les résidents du foyer : une place reconnue dans la cité.

Si, dès l'arrivée du foyer de vie sur la commune de Pléchâtel, cette ouverture sur l'extérieur a été affichée, elle ne s'est jamais réellement formalisée. Depuis 2008, date à laquelle un nouveau maire et un nouveau conseil municipal se sont mis en place sur la commune de Pléchâtel, il n'y a pas eu de réels contacts avec la mairie, à l'exception de la présence du maire lors des commissions de sécurité. Quelques échanges informels avec le maire ont montré son intérêt pour le foyer, mais ils n'ont débouché sur aucun projet. Et

⁸¹ Annexe 12 : Questionnaire d'appréciation des formations.

pourtant les résidents vont et viennent, seuls ou accompagnés, sur la commune. Je compte saisir cette volonté d'ouverture pour activer le travail en commun avec la mairie.

En décembre 2011, une rencontre formelle avec le maire, ou l'un de ses adjoints est programmée. Ce sera l'occasion de présenter l'activité du foyer de vie et de resituer la place des résidents en tant que citoyen à part entière⁸² et acteurs du territoire communal.

L'organisation d'une rencontre entre les résidents et le maire est prévue courant mars 2012. La thématique de cet échange s'articule autour de la politique du handicap de la commune, voire, plus globalement, du canton. Au cours de cette rencontre, les résidents pourront évoquer leurs questionnements. Je pense, notamment, à cette résidente qui nous a fait part récemment de sa difficulté à circuler de façon autonome en fauteuil roulant dans certaines zones de la commune, du fait de trottoirs non adaptés.

Ce travail en commun permet de considérer des pistes de réflexion concernant l'ouverture du foyer sur la commune (et vice versa). Nous allons identifier les ressources de chacun susceptibles de servir les intérêts de tous. Quelques pistes émergent déjà :

- utilisation du journal de la commune pour communiquer sur et autour du foyer. Par exemple, proposer aux résidents participant au journal interne du foyer d'élargir leur mission en écrivant des articles pour le journal communal.
- accentuation de la participation aux manifestations communales (fêtes des « classes », loto, fête de la musique, braderies...).
- intégration des résidents dans le système associatif (club informatique, bibliothèque...).
- proposition, aux résidents, d'assister ponctuellement au conseil municipal.
- ouverture de la kermesse bisannuelle du foyer aux habitants de la commune pour en faire une manifestation communale à caractère festif.
- aménagement envisagé du parc pour en faire un lieu ouvert au public (balade, exposition, cinéma en plein air...).
- encouragement de la présence de bénévoles sur des actions bien définies (par exemple s'enquérir d'un instituteur à la retraite qui accepterait de venir quelques heures entretenir les capacités cognitives des résidents qui le souhaitent...).

Les idées sont nombreuses. Cette ouverture est transversale et elle concerne l'ensemble des acteurs qui ne sont pas restreints à quelques salariés ou résidents. C'est un mode de

⁸² Les sénateurs ont rétabli le 15 février 2007, à l'unanimité, le droit de vote des majeurs sous tutelle, en faisant de la privation de ce droit civique non plus une généralité, mais une exception, lors de l'examen du projet de loi réformant les tutelles.

pensée et d'action que je veille à encourager quotidiennement. Outre l'inscription dans le projet du foyer, cette volonté sera également affirmée dans les prochains entretiens annuels des salariés, afin d'encourager chacun à accentuer la dynamique en cours. Une rencontre bisannuelle avec le maire de la commune de Pléchâtel va me permettre d'évaluer l'efficacité des actions mises en place.

B) Élargir le panel de réponses possibles.

J'ai la volonté de faire coexister l'offre médico-sociale du pays des vallons de Vilaine afin de proposer aux résidents un accompagnement qui peut s'envisager au-delà du foyer de vie. La promotion du statut de sujet des résidents nécessite de dépasser un fonctionnement autarcique, une forme de toute puissance. Le foyer ne peut pas répondre seul à tous les besoins. Pour favoriser une fluidité du parcours des résidents sur le territoire du pays des vallons de Vilaine quand cela est nécessaire, deux types d'actions vont permettre de promouvoir un réel travail en commun des différentes institutions sociales et médico-sociales du territoire.

La première consiste à solliciter les différents responsables des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées du territoire. Suite à la réponse favorable de cinq d'entre eux, deux premières réunions se sont déroulées en mai et juin 2011. Une autre a lieu en septembre pour continuer la réflexion entamée. L'objectif est d'identifier les représentations que l'on peut avoir les uns sur les autres, d'expliquer le cadre d'intervention de chacun afin de mieux se connaître, d'échanger sur nos difficultés, etc. Cela débouche sur un dialogue qui est facilité et une compréhension mutuelle qui s'accroît. Au cours de ces premiers échanges, il a été décidé d' :

- identifier les besoins et potentialités de chaque structure afin de mettre nos compétences en commun.
- envisager une organisation mutualisée sur certains thèmes. Le vieillissement des personnes handicapées et la formation du personnel ont notamment été évoqués.
- inviter lors d'une prochaine rencontre le représentant de la délégation territoriale de l'A.R.S. et nos interlocuteurs du conseil général. Il conviendra de clarifier leurs rôles et leurs attentes, mais également de leur montrer notre volonté de mettre en place des actions coordonnées.

L'ambition de ce nouveau dialogue est d'aboutir à une forme d'observatoire social local partagé qui permettra à chacun d'enrichir les réponses proposées, mais également de faire remonter aux autorités de tarification respectives et à l'A.R.S., les besoins du territoire du pays des vallons de Vilaine.

La seconde action concerne la mise en place d'un « réseau d'échange réciproque de savoirs » à partir du mois de janvier 2012. Il est animé par une éducatrice spécialisée qui a développé, au cours de ses différentes expériences professionnelles, les compétences nécessaires à l'animation de ce type réseau. À destination des professionnels des différents établissements du territoire, il prend la forme d'échanges trimestriels permettant d'aborder des thématiques communes (l'animation, les relations avec les familles, l'organisation des structures, etc.). Les expériences des uns se mettent au service des autres. C'est une véritable richesse qui se mutualise. Le choix a été fait d'organiser ces rencontres sur les différents sites afin de favoriser la découverte des différents acteurs. Pour 2012, un planning de trois réunions est déjà formalisé.

L'intérêt des acteurs et leur dynamique dans la poursuite de ces différentes rencontres, et les projets qui en découlent, sont de bons indicateurs pour évaluer cette volonté d'ouverture sur le territoire.

3.1.3 Asseoir des valeurs collectivement partagées.

A) Interroger les pratiques par l'évaluation interne⁸³.

Actuellement, les propos des salariés montrent, sans ambiguïté, leur adhésion à ce projet et à la mutation qui est en cours. Mais, ils reconnaissent qu'il leur est encore difficile d'interroger et de remettre en cause des pratiques anciennes qui sont parfois des automatismes. S'ils sont persuadés de la nécessité du changement à opérer, et du bénéfice que les résidents vont en tirer, je dois les aider dans la prise de recul qui s'impose pour mesurer les écarts entre la réalité des pratiques institutionnelles actuelles et les nouvelles modalités d'accompagnements qu'il faut mettre en place.

« Pour le travail social, l'évaluation est devenue incontournable. Désormais, elle représente une connaissance stratégique indispensable pour engager n'importe quel travail »⁸⁴. À ce titre, je considère la réalisation de l'évaluation interne comme l'opportunité d'interroger, avec les salariés, le fonctionnement actuellement en œuvre et de dégager des pistes d'amélioration. Les quatre principales thématiques à évaluer sont les suivantes :

⁸³ L'article L.312-8 du C.A.S.F. crée l'obligation pour les établissements et services de « procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». Le résultat de cette évaluation est communiqué à l'autorité de tarification tous les 5 ans. Cette évaluation a vocation, entre autres, à promouvoir les conditions d'une relation de qualité à l'utilisateur et l'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations.

⁸⁴ IRTS de Rennes : *Les recommandations de l'ANESM, des repères pour l'évaluation*, mai 2010.

- le foyer dans son environnement : le respect des droits / la participation des usagers / la personnalisation de l'intervention, (...).
- le foyer et ses modalités de mise en œuvre : le projet au regard des besoins / la cohérence à l'égard des missions, (...).
- l'organisation : insertion dans le contexte territorial / ouverture sur l'environnement / accessibilité.
- le droit et la participation des résidents, la personnalisation des prestations.

La réalisation de l'évaluation interne est prévue pour se dérouler du mois d'octobre 2011 au mois de mars 2012. Au cours de cette démarche, l'ensemble des professionnels est impliqué. Par sa dimension participative, l'évaluation est mobilisatrice. Les leviers de la participation sont, outre la présence directe dans les groupes : des comptes rendus réguliers, des notes de service, les réunions du personnel, le journal interne, etc. Entrer dans une démarche d'évaluation peut provoquer des résistances aux changements. Il faut donc expliquer pour en permettre l'appropriation. Pendant cette période, la responsable qualité du CoDir va plus particulièrement être mobilisée. Elle occupe une fonction transversale qui lui permet d'intervenir dans tous les services pour les questions en lien à la qualité et à son évaluation. Son expertise, issue de sa formation initiale et de son expérience de l'évaluation au sein de l'hôpital S.T.V., en fait une personne ressource sur laquelle je vais m'appuyer. Je mets en place un comité de pilotage composé de la Mère supérieure de l'hôpital S.T.V., du directeur des soins représentant le CoDir, de la qualitiennne et de moi-même. Il se réunit chaque mois pendant la durée de l'évaluation interne afin d'en suivre le déploiement et d'apporter les ajustements nécessaires.

Le calendrier prévisionnel est le suivant : la phase de lancement est prévue début octobre 2011 : une réunion générale, au sein du foyer et en présence des membres du CoDir, de la Mère supérieure de l'hôpital S.T.V., des salariés du foyer ainsi que des usagers et de leur entourage, marque l'engagement de l'équipe de direction dans cette évaluation et permet de susciter l'intérêt et la participation de tous. La démarche est présentée dans son ensemble (finalités, étapes, rôle des instances, etc.).

D'octobre à novembre 2011, un groupe de travail composé de la qualitiennne et d'un représentant de chaque catégorie professionnelle du foyer de vie réalise le référentiel utilisé pour conduire l'évaluation interne. La pluridisciplinarité du groupe permet à l'équipe de renforcer la connaissance des différents acteurs et des fonctions de chacun. Ce

référentiel va respecter l'exhaustivité et la fidélité des exigences de l'A.N.E.S.M.⁸⁵ concernant les thématiques à aborder. Il s'appuie aussi sur le « *référentiel qualité de l'accompagnement des personnes handicapées* » réalisé par le conseil général d'Ille-et-Vilaine en 2002. Il sera validé par le comité de pilotage.

La phase d'autoévaluation se déroule de décembre 2011 à janvier 2012. Elle est menée par les personnes ayant construit le référentiel. Elle est supervisée par la qualitiennne (choix des binômes, découpage et répartition du questionnaire, etc.).

Au mois de février 2012, la qualitiennne élabore la synthèse de l'autoévaluation. À partir de cette dernière, les membres du CoDir définissent le plan d'amélioration, au regard des écarts constatés. La qualitiennne est chargée de la rédaction du rapport final.

Au mois de mars 2012, une restitution orale est organisée au cours d'une réunion générale où l'ensemble des acteurs ayant participé est présent. Le rapport définitif est envoyé au conseil général.

La participation des résidents à cette évaluation se fait à l'aide d'un questionnaire de satisfaction qui fait état de leurs attentes au regard des prestations de service proposées. Je vais en reparler.

Je retrace la démarche et les résultats de cette évaluation interne dans le bilan annuel d'activité du foyer de vie.

B) Clarifier les orientations stratégiques du foyer.

Dans la continuité de l'évaluation interne, et pour permettre à l'équipe médico-sociale de formaliser les modalités à mettre en place pour repenser l'accompagnement proposé aux résidents, j'accompagne la production d'un nouveau cadre de référence qui sert l'action collective au service de la nouvelle culture favorisant la dimension du sujet. Les salariés ont besoin d'un socle sur lequel appuyer et légitimer leur pratique. Pour ce faire, je propose de réactualiser l'actuel projet⁸⁶ du foyer de vie en l'adaptant aux orientations à venir. Je porte une attention particulière à ce que ce projet soit un outil transversal propice à impulser une démarche participative :

⁸⁵ ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles* », 16 p.

⁸⁶ L'article L. 311-8 du Code de l'action sociale et des familles dispose que « Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. (...) Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation ».

- des professionnels, pour qu'ils aient un regard d'ensemble sur les prestations de service réalisées, qu'ils appréhendent leurs interrelations et, surtout, pour qu'ils puissent pleinement utiliser leur expertise dans la connaissance des besoins des résidents.
- des résidents, et de leurs représentants, pour la mise en avant de leurs attentes concernant la qualité des prestations et les modalités d'organisation et de fonctionnement.
- des partenaires dans un souci d'ouverture et de transparence des prestations réalisées.

Le projet me permet de garantir une qualité de service et conditionne l'image du foyer que je souhaite communiquer aux résidents, aux familles, au conseil général, aux partenaires et au public en général. Le calendrier prévisionnel de l'actualisation du projet du foyer de vie est prévu de décembre 2011 à juin 2012. Sept mois me paraissent être une durée raisonnable. En deçà, les salariés risquent de peiner à produire des contributions suffisamment étoffées. Au-delà, ils risquent de perdre l'objectif initial et de s'essouffler. Contrairement au premier projet réalisé en 2007, celui-ci va pouvoir se référer à une analyse objective de l'existant grâce à l'évaluation interne qui a fourni un état des lieux de la situation actuelle. L'ensemble des préconisations du plan d'amélioration réalisé par le CoDir va y être intégré. Lors de la phase de lancement de l'évaluation interne, en octobre 2011, le lien avec l'actualisation du projet du foyer de vie aura également été réalisé et la démarche présentée dans son ensemble (finalités, étapes, rôle des instances, etc.).

En décembre 2011, constitution du comité de pilotage⁸⁷ composé de professionnels (un par catégorie socio professionnelle), de la représentante du conseil local, d'un représentant des usagers, du directeur des soins, de la qualitiennne et de moi-même.

En janvier 2012, le comité de pilotage constitue huit groupes de travail thématiques en tenant compte des principes énoncés par l'A.N.E.S.M.⁸⁸ :

- l'histoire et le projet de la congrégation S.T.V.
- les missions.
- les résidents accueillis.
- la relation avec leur entourage (famille, amis, etc.).
- la nature de l'offre de service et son organisation.

⁸⁷ Ce comité de pilotage décide de la méthode et du calendrier, s'assure du respect du processus, priorise les thématiques, pré-valide les écrits.

⁸⁸ ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* », 80 p.

- les principes d'intervention : c'est plus spécifiquement au cours de cette thématique que seront affirmés et développés la dimension de résidents sujets et acteurs de leur accompagnement, et les moyens mis en œuvre pour rendre cette place effective.
- les professionnels et les compétences mobilisées.
- les objectifs d'évolution, de progression et de développement. C'est dans cette thématique que les préconisations du plan d'action de l'évaluation interne vont apparaître.

Ces groupes sont pluridisciplinaires au regard des compétences professionnelles présentes au foyer, et comprennent systématiquement un représentant des résidents. Afin de faciliter la communication intergroupe, les comptes-rendus de l'avancée de leurs travaux sont consignés, après validation par le comité de pilotage, dans un classeur à disposition de l'ensemble des participants. De plus, à mi-chemin de la démarche, une réunion générale présente les avancées et répond aux questions éventuelles qui se posent. Ils travaillent jusqu'en avril 2012 à raison de deux réunions mensuelles.

Début juin 2012, je rédige le projet du foyer de vie et le soumetts à la consultation du C.V.S.. Sa validation par la direction générale de l'hôpital, par la direction de l'H.S.T.V. et par la congrégation est prévue courant juin 2012. Fin juin, une ultime réunion générale finalise cette période avec la présentation du projet. Je souhaite qu'elle prenne un caractère festif pour remercier l'engagement de chacun.

Le suivi et l'évaluation des objectifs de ce projet se font avec les fiches actions et les tableaux de bord réalisés par la qualitiennne dans le cadre de son intervention dans le comité de pilotage. Ils font l'objet d' communication semestrielle :

- aux membres de CoDir pour information.
- à l'équipe du foyer de vie pour informer et maintenir une dynamique.
- aux résidents et leurs représentants, les premiers concernés.

3.2 FAVORISER L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS.

Je retiens la définition suivante⁸⁹ de l'expression et de la participation :

- *Expression d'une opinion, d'une préférence dans le cadre de l'institution.*
- *Participation à la prise de décision qui me / nous concerne (par le biais soit de la consultation, de la concertation voire de la codécision).*

Les enjeux de l'expression et de la participation sont divers pour les résidents : avoir la possibilité d'exercer leur citoyenneté, pouvoir prendre la parole / débattre, être en mesure de prendre des initiatives et d'influer sur leur vie et leur environnement, etc. Elles permettent aux résidents de sortir de cette stigmatisation qui veut que « *la nature très particulière de l'usager du secteur social et médico-social l'enferme dans un statut dont il peine à sortir* »⁹⁰. Elles facilitent le passage d'une culture de la prise en charge à une culture de la prise en compte.

3.2.1 Redynamiser la participation effective des résidents.

A) Prendre en compte leurs attentes.

Je vais l'organiser par le biais du projet personnalisé⁹¹ qui sert de point d'appui pour le dialogue et les échanges avec les résidents, et qui interroge l'organisation et le fonctionnement du foyer pour favoriser la personnalisation de l'accompagnement. Il permet de répondre au droit à un accompagnement adapté aux spécificités de chaque résident, au droit d'exercer un choix face aux prestations proposées et au droit de participer directement aux modalités de son accompagnement. Il permet de dépasser l'individualisation des prestations en les mettant d'une certaine façon au goût de chacun. « *Le projet personnalisé est donc l'aménagement de la mission globale d'un établissement à chaque individu avec ses potentialités propres, c'est aussi l'assurance-qualité d'une délivrance de prestations de service adaptées à ses besoins ou ses attentes* »⁹².

⁸⁹ ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* », 39 p.

⁹⁰ PAQUET M., 2008, « Usagers : une place encore à conquérir dans l'évaluation », *Actualités sociales hebdomadaires*, n°2583-2584.

⁹¹ Articles L.312-1 et L.313-1-1 du C.A.S.F.

⁹² LOUBAT J.R., 1998, « Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire », *Les cahiers de l'actif*, n° 266/267.

Début 2011, un travail préparatoire confié aux deux éducatrices spécialisées a permis, à l'aide des préconisations développées par J.R LOUBAT⁹³ et celles de l'ANESM⁹⁴, de réaliser une procédure type. L'enjeu est de resituer les besoins et attentes de la personne en mettant en œuvre sa participation effective aux différentes étapes du processus de production de son projet personnalisé. Le terme retenu pour qualifier la nouvelle démarche est celui utilisé par J.R. LOUBAT : Projet Personnalisé de Promotion (P.P.P.). Le projet va vers l'avenir, la personnalisation rend unique et la promotion oriente un regard positif sur les résidents. Les temps forts en sont les suivants :

- recueil des besoins via les professionnels.
- recueil des attentes directement auprès des résidents et/ou leur représentant à l'aide d'un guide d'entretien.
- mise en forme synthétique de ces besoins et attentes dans un document type dit « P.P.P. »
- réunion associant tous les acteurs pour présenter les points de convergence et résoudre les points de divergence.
- le document actualisé suite à la réunion est ensuite remis aux résidents.
- mise en place d'un suivi mensuel des objectifs énoncés dans le projet et de la mise en œuvre des moyens nécessaires à leur réalisation. Le résident est présent lors de chacune de ces évaluations.

Cette procédure, validée en comité de direction, a ensuite été présentée à l'équipe et aux résidents pour une mise en œuvre en mars 2011. Les premiers éléments d'évaluation vont être réalisés fin 2011. Ils vont s'attacher à la mesure de la satisfaction des résidents et des salariés. Mais, dès à présent, il apparaît que cette démarche participative concourt à :

- renforcer l'expression des résidents qui se sont pleinement saisis de cette possibilité. Je pense à ce résident qui nous a fait part de sa demande de rejoindre une maison de retraite. « *J'ai 60 ans, je ne veux plus rester au foyer. Je veux faire autre chose pour ma retraite* ». Ce projet, aucun membre de l'équipe ne l'aurait envisagé si le résident n'avait pas eu la possibilité de l'exprimer lui-même, car « *il paraissait heureux au foyer* ». Je pense également à cette résidente qui a demandé à ce que nous retrouvions les coordonnées de sa famille qu'elle ne voit plus depuis des années, etc.

⁹³ LOUBAT J.R., 2005, « Mettre en œuvre un P.P.P. » in JAEGER M. « Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale », Paris : Dunod, 1233 p.

⁹⁴ ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* », 52 p.

Nombreux sont les exemples qui permettent d'illustrer que les résidents peuvent être porteurs d'un projet personnel qui rend unique leur parcours.

- modifier l'image que l'équipe a des résidents dans leur capacité à se saisir des opportunités. Auparavant, si les salariés validaient la participation des résidents à leur projet, ils n'étaient pas forcément convaincus que les résidents allaient s'en emparer pleinement. Leur participation effective a agréablement surpris nombre de salariés qui s'amusent aujourd'hui de leur doute de la première heure. Aujourd'hui, après quelques mois, il n'est plus du tout envisageable de construire un P.P.P. sans les résidents.

Pour parfaire le rôle des deux éducatrices dans la conduite d'entretiens et l'animation des réunions du P.P.P., l'utilisation du droit individuel à la formation est prévue en 2012.

B) Ne plus travailler face à face, mais côte à côte.

Dans le quotidien du foyer de vie, il est important que les résidents se sentent légitimes pour intervenir et être force de proposition concernant les modalités d'accompagnement qui sont mises en place. Il en va du respect de leur capacité à interagir avec leur environnement. Ils doivent être les interlocuteurs privilégiés des décisions prises concernant leur lieu de vie. Je vais impulser cette dynamique au travers d'instances favorisant la prise de décision collective. Le fait de leur proposer une inscription dans des concertations institutionnelles permet de les rendre acteurs d'un collectif. C'est une réelle citoyenneté qui peut s'y exprimer. Deux dimensions sont envisagées :

- le C.V.S.⁹⁵.

Actuellement deux C.V.S. sont regroupés : celui du foyer et celui de l'E.H.P.A.D.. Mais, en voulant réaliser une économie de temps, c'est surtout l'essence même de cette instance qui n'a pas pu s'exprimer. Dans le cadre du CoDir, je propose et fais entériner la décision de scinder ces deux instances pour redonner une réelle dimension à chacune d'entre elles. Cette décision sera actée en octobre 2011 au cours du prochain C.V.S. qui correspond au renouvellement de l'ensemble de ses représentants⁹⁶. Parallèlement, un courrier est également envoyé aux familles pour leur rappeler l'importance de cette instance, en insistant sur leur rôle et leur participation, afin qu'elles se mobilisent davantage.

⁹⁵ Article L.311-3 et suivant du C.A.S.F., décret N° 2005-1367 du 02/11/2005 et décret N° 2007-1300 du 31/08/2007

⁹⁶ Il comprend deux représentants des usagers, un des familles, un du personnel, un de l'organisme gestionnaire et le directeur à titre consultatif.

Le représentant du personnel désigné est plus précisément chargé d'informer les résidents sur son utilité et ses modalités de fonctionnement. Au-delà de cette information, il organise une élection démocratique, sous forme de campagne électorale, des représentants des résidents d'ici le dernier trimestre 2011. Avant chaque C.V.S. il accompagne les résidents et leurs représentants dans sa préparation. Après chaque C.V.S., il favorise la restitution des comptes rendus à l'ensemble des résidents selon les modalités les plus adaptées à leur compréhension (réunion, tableau d'affichage...).

Pour début 2012, une formation des deux représentants des usagers est planifiée pour rendre leur participation effective afin qu'ils investissent pleinement leur mandat. Une rencontre avec le CREAL de Bretagne va me permettre d'élaborer le contenu de cette formation : prise de parole en public, participation à un débat, écoute, etc. Je vais proposer cette action de formation aux autres institutions médico-sociales du territoire afin d'en réduire le coût et de favoriser les échanges entre représentants de structures différentes.

Avec le président désigné, sont planifiées à l'avance trois rencontres annuelles en tenant compte du planning de tous les représentants. Je l'accompagne dans la rédaction du règlement intérieur du C.V.S. qui fera l'objet d'une présentation lors de la première réunion de 2012.

- des réunions internes à destination de l'ensemble des résidents.

Un premier type de réunion, dont la mise en place est prévue au premier semestre 2012, prend la forme de groupes d'initiative qui sont complémentaires du C.V.S.. Ces groupes ont plus spécifiquement pour vocation de permettre aux résidents de reprendre leur « pouvoir d'agir » sur leur propre vie et sur leur environnement. Sous la responsabilité des deux animatrices, ces réunions trimestrielles abordent plus spécifiquement les différentes prestations de service proposées au foyer (alimentation, hôtellerie, animation, etc.). Il s'agit d'amener chacun à se positionner dans un collectif et être force de proposition dans l'amélioration du système en place. Les pratiques d'auto organisation des résidents sont recherchées. Les animatrices ont davantage un rôle de facilitateur. Les propositions des résidents seront étudiées en réunion d'équipe et mises en œuvre si elles semblent pertinentes et réalisables. Dans le cas contraire, une explication sera apportée aux résidents afin d'expliquer l'impossibilité de la mise en œuvre.

Le second type de réunion consiste en une réunion d'information à destination des résidents. Cette réunion utilise une communication ascendante et descendante. Une fois

par mois, au foyer, je rencontre collectivement les résidents pour leur donner des informations concrètes (projets en cours et à venir, travaux planifiés, informations concernant l'hôpital et l'H.S.T.V....). De leur côté, les résidents sont amenés à me poser des questions auxquelles j'apporte une réponse concrète. Cette réunion revêt symboliquement un caractère important : un membre de l'équipe de direction s'adresse directement à eux en tant qu'interlocuteurs privilégiés concernant le cadre dans lequel ils évoluent. Cette réunion est pleinement efficiente de façon récente. Il a fallu du temps aux résidents pour s'autoriser à s'exprimer et pour être force de proposition face à une organisation qui jusqu'ici se faisait pour eux, mais sans eux. Je peux évaluer l'intérêt de cette réunion au travers sa dynamique actuelle. Elle est devenue un rendez-vous incontournable très attendu par les résidents. Certains ont pris l'habitude de préparer par écrit les questions qu'ils souhaitent voir abordées.

C) Responsabiliser les résidents.

Responsabiliser les résidents, c'est leur donner l'opportunité de se positionner dans l'appréciation qu'ils peuvent faire concernant les conditions d'accompagnement mises en œuvre au sein du foyer de vie. Les considérer comme des sujets, c'est accepter qu'ils puissent avoir un positionnement qui diffère du nôtre, c'est accepter un regard critique sur ce qui est mis en place, sur les modalités d'organisation. Être sujet ce n'est pas, pour les résidents, subir un environnement, mais être force de proposition face à leurs éventuelles insatisfactions.

La mise en place d'une enquête de satisfaction permet de véritablement les positionner en tant que citoyens responsables. Elle a également l'avantage de créer un cadre acceptable pour l'équipe médico-sociale qui doit d'une certaine façon affronter une remise en cause de ses propres actions. En effet, elle s'insère dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité des prestations fournies initiée au travers de l'évaluation interne. Ce n'est donc pas le professionnel en tant qu'individu qui est évalué, mais bien un système d'organisation.

La qualitiennienne ayant déjà mené ce type de démarche sur l'hôpital S.T.V., je vais de nouveau la solliciter pour accompagner les salariés du foyer de vie dans cette évaluation. Fin octobre 2011, elle va constituer et coordonner l'animation d'un groupe de salariés qui sont volontaires pour mener à bien ce travail. Ensemble, ils déterminent la procédure à employer : création du questionnaire, méthode retenue pour recueillir l'information, temporalité, traitement et analyse des résultats. L'expertise et les compétences de la qualitiennienne rendent possible cette démarche dans un délai relativement réduit.

La réalisation de cette enquête est prévue en décembre 2011 avec la prise en compte de ses résultats dans le cadre de l'actualisation du projet du foyer de vie. Les objectifs de cette enquête consistent à :

- renforcer la connaissance des attentes des résidents (quelles sont leurs préférences, leurs priorités, etc.)
- mesurer le niveau de satisfaction (et d'insatisfaction) des différentes prestations de service présentes au foyer.
- expliquer des dysfonctionnements.
- faire émerger des axes d'amélioration, de nouvelles idées.

Au-delà de son étude au sein du CoDir, elle va être présentée lors d'une réunion spécifique en présence des résidents, de leurs représentants et des salariés. Le journal du foyer⁹⁷ va également présenter ces résultats.

3.2.2 Informer les résidents pour qu'ils puissent choisir.

Nous ne pouvons pas demander aux résidents du foyer de vie de se positionner en tant que sujets et acteurs sans faciliter leur accès aux documents les concernant. L'accès à l'information, et sa compréhension, apparaissent comme la condition sine qua non pour pouvoir choisir en toute liberté et en toute connaissance de cause ce qui leur semble être bon, ou non, pour leur vie.

A) Leur donner la possibilité de se positionner.

Si la connaissance du cadre législatif permet aux membres de l'équipe de donner du sens à l'action quotidienne, en construisant et en validant, en commun, des pratiques participatives, il en est de même pour les résidents : ils ne peuvent jouir de leurs droits que s'ils les connaissent, ils ne peuvent effectuer un choix que s'ils en mesurent les différentes conséquences, les avantages, les inconvénients, etc. Deux modalités d'action sont concernées :

- l'information des résidents sur le cadre législatif qui les concerne et, plus précisément, celui de la loi 2002-2 et 2005.

Cette action est prévue d'avril à juin 2012, juste après la formation du personnel. En effet, ce sont les deux éducatrices spécialisées du foyer de vie qui sont chargées de la mise en œuvre de la formation des résidents. Il est donc nécessaire qu'elles maîtrisent le cadre législatif pour bien le communiquer. D'un point de vue pédagogique, l'utilisation de

⁹⁷ Le comité de rédaction de ce journal est composé de résidents. Les destinataires de ce journal sont : les résidents, le CoDir, le directeur de l'H.S.T.V., le conseil local et les familles.

supports adaptés (images, jeux de rôles, théâtre forum, etc.) permet aux résidents de se saisir concrètement des informations et facilite leur compréhension. La taille des groupes n'excède pas 10 personnes. Les différents types de droits (à l'information, à la sécurité, à la vie privée, etc.) seront abordés. Les représentants légaux sont également invités à y participer s'ils le souhaitent. Je pense ici plus précisément aux familles, ou amis, qui exercent ces différents mandats auprès des résidents. Dans le cadre des échanges que j'entretiens avec eux, je me rends souvent compte de leur manque de connaissances sur ces droits. Au foyer de vie, ils sont environ un quart à être concernés.

- la mise en place du dossier unique des résidents. C'est une obligation issue de la loi 2002-2. Dans ce dossier se trouve l'ensemble des informations qui concernent le résident, lequel a un droit de consultation. La possibilité pour un résident d'accéder à son dossier est un véritable gage de sa pleine participation à son accompagnement, en toute connaissance de cause. Actuellement, les différentes informations écrites concernant les résidents sont dispersées dans des lieux divers, et dans des documents qui ne leur sont pas accessibles.

Au mois de septembre 2012, un groupe de salariés se constitue pour mettre en place ce dossier unique. Il est composé de la psychologue, d'un éducateur spécialisé, d'un A.S. / A.M.P., d'une I.D.E. et de moi-même. Ce groupe va réfléchir au contenu du dossier unique (volet administratif et volet technique), à son classement et son archivage ainsi qu'aux conditions de sa consultation. Leurs propositions sont soumises au CoDir pour validation. La mise en place est effective pour la fin de l'année 2012.

Ces deux axes, la formation des résidents et la constitution du dossier unique, seront présentés au C.V.S. L'évaluation de leur mise en œuvre se fait à travers la réalisation des sessions d'informations et la constitution du dossier unique.

B) Rechercher leur consentement éclairé.

La perception, par les résidents, du cadre législatif qui les concerne va véritablement prendre forme au travers d'outils concrets : ceux proposés par la loi 2002-2. L'accès des résidents aux documents internes « *peut leur permettre de se réapproprier quelque chose qui les concerne, de se dégager d'un certain pouvoir que d'autres ont détenu sur eux. Il est restitution d'une dignité, d'une égalité et donc porteur d'une humanité* »⁹⁸.

⁹⁸ MOLLIER A., février 2002, « Quel droit au choix de l'entrée en institution ? », *Union sociale*, n° 154, p 29-30.

Jusqu'à présent, la mise en œuvre des outils actuellement utilisés au foyer a davantage répondu à une obligation juridique en lieu et place d'un réel travail de réflexion sur leur mise en place, mais surtout sur la possibilité de les rendre accessibles aux résidents et de rechercher leur consentement éclairé. Aujourd'hui ces documents sont soit inexistant, soit inadaptés. L'amélioration des documents internes sera étudiée de juillet à octobre 2012, après la formation des résidents et du personnel. Il s'agit :

- du livret d'accueil⁹⁹ auquel sont annexés le règlement de fonctionnement¹⁰⁰ et la charte des droits et libertés de la personne accueillie¹⁰¹.
- du contrat de séjour¹⁰²
- de l'information sur la personne qualifiée¹⁰³

Un groupe de travail composé de la psychologue, d'un représentant de chaque catégorie professionnelle et de résidents, est chargé de leurs révisions en mettant à jour leur contenu et en l'adaptant aux aptitudes des différents résidents accueillis. Si, pour certains, l'écrit ne pose pas de soucis de compréhension, pour d'autres il est nécessaire de trouver une communication adaptée. Par exemple, concernant le livret d'accueil où l'écrit domine, l'illustration du contenu par des photographies ou des pictogrammes représentant concrètement le lieu de vie va pouvoir le rendre davantage accessible.

Dans le cadre de ce groupe de travail, je souhaite ouvrir la réflexion en favorisant la rencontre avec d'autres structures ayant adapté leurs outils. Je pense aux institutions médico-sociales qui viennent de rejoindre l'H.S.T.V., mais également aux structures présentes sur le territoire. L'expérience des uns peut servir celles des autres en ne reproduisant pas les mêmes erreurs.

La révision de chaque document, après avoir été testée et approuvée par les résidents, sera présentée au C.V.S. et soumise au CoDir pour validation. Parallèlement, la qualitiennne, en référence au document de l'ANESM¹⁰⁴ sur la personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement dans le cadre d'une vie en collectivité, mettra en place une procédure concernant la communication de l'ensemble de ces outils (qui, quand, comment).

⁹⁹ Article 311-4 du CASF, introduit par la loi 2002-2 et la circulaire DAGAS N° 2004-138 du 24/03/2004

¹⁰⁰ Article L 311-7 du CASF et le décret N° 2003-1095 du 14/11/2003

¹⁰¹ Article L. 311-4 du CASF

¹⁰² Article L311-4 du CASF et décret N°2004-1274 du 26/11/2004

¹⁰³ article L. 311-5 du CASF et Décret n°2003-1094 du 14 novembre 2003

¹⁰⁴ ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* », 52 p.

La modalité d'évaluation consiste en leur réactualisation effective, et dans l'appréhension qu'en font les résidents (mesurée dans le cadre du questionnaire d'appréciation). Une commission annuelle de suivi de ces outils fera le point sur leur adaptation afin d'envisager d'éventuels aménagements périodiques.

3.2.3 Faire valoir les liens sociaux des résidents.

A) Exploiter leur environnement proche

Outre l'équipe médico-sociale du foyer, de nombreux acteurs gravitent autour des résidents. On peut distinguer le réseau primaire qui est constitué de leurs proches (famille et amis) et le réseau secondaire qui fait référence aux divers professionnels intervenant dans le cadre de leur accompagnement (médecins libéraux, prestataires de services extérieurs, etc.). La mutation culturelle en cours doit prendre en compte ces différents acteurs. Il me semble important de les associer à la démarche qui est la nôtre, car la place des résidents, en tant que sujets et acteurs de leur accompagnement, et plus globalement de leur vie, n'est pas que l'apanage du foyer. Ouvrir cette ambition permet d'en élargir la portée et les effets positifs sur les résidents.

Concernant le réseau primaire, je vais impulser des actions qui vont permettre de réinstaurer le dialogue avec les familles pour lesquelles celui-ci n'existe pas ou trop peu. De nombreuses familles ont abandonné, d'une certaine façon, l'accompagnement des résidents, bien souvent sous prétexte qu'« *ils sont bien au foyer* » et que les professionnels savent mieux qu'elles ce qu'il faut faire. Il est vraisemblable que la culture de substitution sur laquelle s'est construit le foyer a également encouragé ce mouvement. Or, la famille constitue un point d'appui important pour les résidents et les professionnels. Elle concourt, par le regard extérieur qu'elle porte sur les modalités d'accompagnement, à la distanciation qui doit nécessairement s'opérer pour éviter une forme de toute puissance institutionnelle. Quatre axes retiennent l'attention des professionnels du foyer dans le cadre de ce projet :

- la proposition systématique, aux résidents qui le souhaitent, d'inviter un membre de leur famille ou un ami à la réunion dite « P.P.P. ». Cette possibilité s'inscrit dans la procédure qui guide la formalisation de cette démarche projet.
- la création de deux espaces conviviaux permettant aux résidents de recevoir famille et amis dans plus d'intimité : une cafétéria et un espace cuisine. Le coût¹⁰⁵ de ces aménagements sera imputé sur la partie « vie sociale » du budget du foyer.

¹⁰⁵ Le coût de l'espace cafétéria sera d'environ 500 euros et celui de la cuisine de 1300 euros

- la mise à disposition pour les résidents d'un ordinateur¹⁰⁶ équipé d'une connexion internet pour faciliter les relations avec la famille et les amis. L'achat de cet ordinateur est possible grâce aux actions de l'association ELAN¹⁰⁷.
- étendre l'envoi du journal interne du foyer aux familles et amis des résidents.

Concernant le réseau secondaire :

- privilégier, chaque fois qu'un résident le souhaitera, le maintien de ses liens avec les prestataires antérieurs à son arrivée au foyer.
- associer ces prestataires en les invitant aux différents temps d'échange tels que je les ai abordés précédemment. La volonté est bien celle de les inviter à réfléchir sur la place des personnes accompagnées et l'importance de les considérer comme les acteurs privilégiés et incontournables.
- favoriser une approche globale et un travail en coordination entre les intervenants. Ce sera possible en les rendant acteurs des P.P.P. notamment pour les domaines les concernant.

B) Penser un habitat hors murs

Actuellement, le foyer de vie propose un ensemble de prestations de service dont, pour la partie hôtelière, la mise à disposition de chambres individuelles intégrées au bâti principal. En janvier 2009, nous avons obtenu l'autorisation d'aménager une ancienne maison présente dans le parc. À l'époque, cela a été une réelle opportunité de pouvoir proposer une chambre individuelle aux derniers résidents qui n'en possédaient pas encore.

De par son détachement du bâtiment principal, cette maison donne le sentiment, aux trois résidents qui y habitent, d'une plus grande autonomie. Ils sont toujours fiers de faire visiter leur espace de vie en précisant bien souvent « *je suis encore plus chez moi ici. Je peux recevoir qui je veux, sortir quand je veux* ». Et pourtant les modalités d'accompagnement proposées sont les mêmes que pour les autres résidents. Seul le lieu d'hébergement change en n'étant plus intégré dans le vaste bâtiment principal. Mais, derrière ces paroles, ce qui apparaît surtout, c'est que le type d'habitat proposé conditionne d'une certaine manière l'image que les résidents ont d'eux-mêmes et la façon dont ils s'autorisent à utiliser des espaces de liberté (recevoir des visites, sortir du foyer, etc.). Je fais également le même constat lorsque je fais visiter le foyer à un résident qui souhaite s'inscrire sur la liste d'attente. Bien souvent, cet espace de vie est ressenti plus positivement que le reste de l'habitat.

¹⁰⁶ Il s'agit d'un ordinateur adapté au public handicapé : Ordissimo

¹⁰⁷ Cette association, composée de professionnels et de résidents, organise des actions pour récolter des fonds au profit des résidents (achat de matériel, organisation de voyages, etc.).

Ce constat, partagé au sein du CoDir et avec l'équipe du foyer de vie, débouche sur la constitution d'un groupe projet chargé d'entamer une réflexion sur la possibilité de diversifier notre offre d'hébergement, en proposant des chambres hors murs c'est-à-dire dans la commune de Pléchâtel et non plus uniquement dans l'enceinte du foyer. Cette réflexion s'inscrit dans la possibilité de créer une alternative à des structures d'accueil à caractère collectif. Le terme désinstitutionnalisation est employé pour qualifier ce mouvement. « *La désinstitutionnalisation n'est pas sortir les personnes des constructions appelées institutions. Il s'agit plutôt d'un processus visant à aider les personnes à gagner ou reconquérir le contrôle de leur vie comme des citoyens à part entière* »¹⁰⁸. La finalité de ce groupe projet n'est donc pas de remettre en cause l'habitat tel qu'il est actuellement proposé au foyer de vie, mais de le diversifier en proposant aux résidents qui le souhaitent une alternative au tout institutionnel, tout en bénéficiant des autres prestations de service du foyer (repas, animation, accompagnement à l'hygiène, etc.). Cet habitat hors murs favorise le changement de regard des résidents sur eux-mêmes, mais aussi le regard des Pléchâtellois sur les résidents.

La DAF, le directeur des soins, cinq membres volontaires représentant chaque catégorie socioprofessionnelle présente au foyer, et moi-même, constituons ce groupe projet depuis le mois de mai 2011. Une réunion mensuelle permet d'affiner les aspects à prendre en compte dans la mise en place de ce type d'habitat : sa situation géographique par rapport au foyer de vie, le profil des résidents concernés, les modalités de financement, le type de personnel pour accompagner les résidents, les partenariats à mettre en place, etc. Des visites de structures médico-sociales¹⁰⁹, proposant une alternative au mode d'habitat collectif, sont prévues afin de profiter de leur expérience, d'en envisager les avantages, mais également les contraintes. Des invitations ponctuelles de représentants de la mairie sont aussi programmées.

En février 2012, une présentation des bases de ce projet est organisée au sein du CoDir afin d'en mesurer le bien-fondé et l'opérationnalité.

Une véritable émulation existe dans le cadre de ce projet qui retient l'attention de tous. Les premiers éléments de la réflexion, suite à la réalisation de deux visites, confirment déjà sa pertinence et le bénéfice qu'en tirent les résidents concernés : accroissement de leur capacité à utiliser leur autonomie, relation accentuée dans leur rapport à l'environnement social (commerçants, association, etc.), expression d'un mieux-être, etc.

¹⁰⁸ CREAMI DE BRETAGNE. Valise institution. [visité le 01.12.2010], disponible sur internet : http://www.creami-bretagne.org/pdf/valise_institution_cfhe.pdf

¹⁰⁹ Visites actuellement réalisées : « Résidence les lilas » à Vitré et le « Foyer résidence de La Combre » à Hédé.

Conclusion de la partie 3

Ce plan d'action, de par la diversité de ses propositions, a la volonté de prendre en compte toutes les dimensions qui favorisent la promotion du statut de sujet des résidents : l'équipe médico-sociale qui les accompagne, l'organisation interne du foyer de vie et ses modalités d'accompagnement, son environnement et, bien sûr, les résidents et leur entourage. Je pilote cette pluralité d'actions au service des résidents accueillis en ayant toujours deux préoccupations centrales : celle de favoriser la pleine participation des résidents aux projets qui les concernent et celle de permettre aux salariés de s'approprier les intentions revendiquées. Concernant ma fonction, c'est également cette variété d'actions qui en fait l'intérêt. Je l'éprouve quotidiennement dans la gestion du foyer de vie « Le Prieuré ».

Conclusion

Par conviction, j'ai choisi d'aborder la question de la place des résidents accueillis au foyer de vie « Le Prieuré ». Conviction que tout être humain, aussi différent soit-il d'une norme collectivement admise et valorisée, doit d'être respecté dans son statut de sujet.

Lors de mon arrivée au foyer de vie, j'ai été porté par un enthousiasme collectif qui revendiquait haut et fort le respect des résidents accueillis au sein de ce foyer. Cette culture d'une charité bienfaisante organisait des modalités d'accompagnement qui voulaient offrir la meilleure solution possible aux problèmes des personnes accueillies. Mais est apparue progressivement une forme de doute lorsque des résidents ont ouvertement commencé à remettre en cause ce qui leur était proposé. Comment pouvaient-ils refuser ce qui nous semblait bon pour eux ? Comment pouvaient-ils ne pas éprouver du plaisir face à ces modalités d'accompagnement ?

La réponse à ces questions s'est construite avec le temps, nécessaire à la prise de conscience, et grâce à la pugnacité des résidents. Une fois entendues leurs paroles et leurs revendications, cette évidence est redevenue le fil conducteur de ma philosophie d'accompagnement : faire des résidents les interlocuteurs privilégiés des modalités d'accompagnement les concernant, promouvoir leur statut de sujet, les rendre coauteurs et pleinement acteurs. Outre une philosophie, cette conviction s'inscrit au cœur même de la fonction de direction : *« Les directeurs créent et sont garants des conditions d'un accompagnement des usagers individualisé, de qualité et respectant leur consentement libre et éclairé. Ils facilitent l'expression et la satisfaction des besoins et des attentes des usagers et favorisent l'accès à leurs droits et à l'exercice effectif de leur citoyenneté »*¹¹⁰.

Le projet que j'ai souhaité partager dans cet écrit n'a pas d'autre ambition que de promouvoir un accompagnement qui doit rester un moyen en vue d'un retour au sujet. L'enjeu est désormais d'entretenir cette forme de démocratie médico-sociale reposant sur la place effective des résidents accueillis, et leur possibilité de participer à la construction et à la conduite de leur vie. Par une veille continue et une attention permanente portée aux résidents et aux personnels, je souhaite ancrer cette « éthique de la conviction » telle qu'elle est exprimée par B. BOUQUET.

¹¹⁰ Annexe 1 du référentiel professionnel des directeurs d'établissement ou de service d'intervention sociale

Cette question de la place des personnes accueillies n'est pas que l'apanage du foyer de vie. Elle concerne toutes les structures médico-sociales qui accueillent des publics fragilisés et qui doivent se prémunir des risques liés à une forme de toute puissance institutionnelle.

Je souhaite, dans le cadre de la réflexion menée au sein du CoDir, élargir la portée de cette philosophie de l'accompagnement. Je pense plus particulièrement aux EHPAD qui sont gérés par l'hôpital S.T.V. Le partage de l'expérience vécue par le foyer de vie va pouvoir nourrir la réflexion actuellement en cours dans les services qui accueillent des personnes âgées dépendantes. Plus largement, je compte également me saisir de l'opportunité du regroupement des établissements gérés par la congrégation S.T.V.. Dans le cadre de son projet, l'H.S.T.V. promeut fortement la position de sujets des personnes accueillies. La mutualisation de nos ressources et de nos expériences respectives va servir la promotion du statut de sujet des populations accueillies.

Je souhaite terminer ce mémoire par une citation qui, à elle seule, résume cette conviction qui m'habite quotidiennement dans ma fonction de direction :

« La valeur d'une société se mesure largement à la place que celle-ci réserve aux personnes handicapées »¹¹¹, Simone VEIL.

¹¹¹ RISSELIN P., handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000, Odas éditeur, p.17

Bibliographie

PÉRIODIQUES

BEYLEMANS C., 2004, « Le travail en réseau, culture du partage », *Direction(s)*, n°12.

COPPET C., 2011, « Ouverture des établissements et services, une nouvelle culture ? », *Direction(s)*, n°86.

COTE J., 1993, « Réflexion sur l'évolution historique de la notion de handicap », *Revue internationale CIDIH*, vol. 5, p. 36.

DOHY A., 2008, « Enquêtes de satisfaction, les usagers en question(s) », *Direction(s)*, n° 48

DUBREUIL E., 2009, « Usagers, des droits ... et des devoirs », *Direction(s)*, n° 67.

JANVIER R., 2004, « Le droit des usagers au risque de l'individualisme ? », *La revue d'action juridique et sociale*, n°235.

JARDINAUD M., 2011, « Désinstitutionnalisation, virage ou mirage ? », *Direction(s)*, n°82.

JOUFFRAY C., 2010, « Adhésion des usagers : derrière la belle intention... », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2675.

LADSOUS J., octobre 2006, « L'utilisateur au centre du travail social », *Empan*, n°64, pp.36-45.

LOUBAT J.R., 2008, « Sommes-nous préparés à l'inventivité », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2581.

LOUBAT J.R., 2002, « De l'éthique à la pratique », *Union sociale*, n°153, pp. 28-29.

LOUBAT J.R., 1998, « Le projet personnalisé ou l'engagement dû au bénéficiaire », *Les cahiers de l'actif*, n° 266/267.

MORIN C. et GRARADJI N., 2010, « Conseil de la vie sociale, huit ans, l'âge de raison ? », *Direction(s)*, n° 70.

PAQUET M., 2008, « Usagers : une place encore à conquérir dans l'évaluation », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2583-2584.

ROUSSEAU P., 2008, « Comment se saisir de l'évaluation », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2583-2584.

ROUZEL J., 2008, « Feu la clinique ? », *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n°2564.

OUVRAGES

BARBE L., 2006, *Une autre place pour les usagers ? Intervenir dans le secteur social et médico-social*, Paris, La Découverte, 200 p.

BARREYRE J.Y. et PEINTRE C., 2004, *Evaluer les besoins des personnes en action sociale*, Paris, Dunod, 146 p.

BRIOUL M., 2008, *L'évaluation clinique en institution*, Rennes, EHESP, 200 p.

CAMBERLEIN P., 2008, *Politiques et dispositifs du handicap en France*, Paris, Dunod, 147 p.

DESAULLE M.S., 2007, Une loi ne suffit pas pour changer l'existence des personnes en situation de handicap, in GUEGUEN G.Y., *L'année de l'action sociale*, Paris, Dunod, 199 p.

DHUME F., 2010, *Du travail social au travail ensemble*, Paris, ASH, 206 p.

GARDOU C., 2003, *Connaître le handicap, reconnaître la personne*, Paris, Eres.256 p.

GOMEZ J.F., 2005, *Handicap, éthique et institution : Loi du 2 janvier 2002*, Paris, Dunod, 202 p.

HUMBERT C., 2000, *Les usagers d'action sociale : sujets, clients ou bénéficiaires ?*, Paris, L'Harmattan, 285 p.

JAEGER M., 2003, *Guide de la législation en action sociale : Décentralisation et politiques sociales*, Paris, Dunod, 431 p.

JANVIER R, 2009, *Conduire l'amélioration de la qualité en action sociale*, Paris, Dunod, 200 p.

JANVIER R., 2002, *Mettre en œuvre le droit des usagers dans les établissements d'action sociale*, Paris, Dunod, 300 p.

JEGU J., LAFORCADE M., RAYSSIGUIER Y., 2008, *Politiques sociales et de santé, comprendre et agir*, Rennes, EHESP, 491 p.

JOING J.L., 2001, *Maîtriser les projets individualisés*, Genève, Les deux continents, 282 p.

LADSOUS J., 2007, *De l'énoncé des droits de la personne à l'exercice de la citoyenneté*, in GUEGUEN G.Y., 2007, *L'année de l'action sociale*, Paris, Dunod, 289 p.

LE BOTERF G., 2008, *Travailler efficacement en réseau*, Paris, organisation, 166 p.

LOUBAT J.R., 2005, *Mettre en œuvre un P.P.P.* in JAEGER M., *Diriger un établissement ou un service en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, 1233 p.

LOUBAT J.R., 2002, *Instaurer la relation de service*, Paris, Dunod, 258 p.

LOUBAT JR., 1997, *Elaborer son projet d'établissement social et médico-social*, Paris, Dunod, 354 p.

MANCIAUX M. et TERRENOIR G., 2004, *Les personnes handicapées mentales : éthique et droit*, Paris, Fleurus et UNAPEI, 350 p.

MAUTUIT D., 2009, *De la personne prise en charge à la personne prise en considération*, Lyon, Chronique Sociale, 192 p.

NINACS W.A., 2008, *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Travail social, 240 p.

RISSELIN P., 1998, *Handicap et citoyenneté au seuil de l'an 2000*, Paris, Odas, 166 p.

RONDAL. J.A., 1985, *Langage et communication chez les handicapés mentaux*, Bruxelles, Mardaga, 316 p.

ROUZEL J., 2007, *La supervision d'équipe en travail social*, Paris, Dunod, 253 p.

STICKER H.J., 1997, *Corps infirmes et sociétés*, Paris, Dunod, 253 p.

VIARD A., 2005, *La loi de rénovation de l'action sociale au quotidien*, Paris, L'Harmattan, 222 p.

WITDOUCK O., éd., 1997, *Ethique et handicap mental*, Namur : Presses Universitaires de Namur, 261 p.

WOLFENBERGER W., 1997, *La valorisation des rôles sociaux. Introduction à un concept de référence pour l'organisation des services*, Genève, Les deux continents, 107 p.

ZRIBI G. et SARFATY J., 2003, *Handicapés mentaux et psychiques, vers de nouveaux droits*, Rennes, ENSP, 127 p.

COLLOQUES

FAYOLLE J., « *Journée départementale des acteurs de santé mentale, du secteur du médico-social et du secteur social, sur le handicap psychique* », Institut Régional de Travail Social Rennes, décembre 2009.

IRTS de Rennes : *Journée départementale des acteurs de santé mentale, du secteur du médico-social et du secteur social, sur le handicap psychique*, décembre 2009.

IRTS de Rennes : *Les recommandations de l'ANESM, des repères pour l'évaluation*, mai 2010.

DICTIONNAIRES

BARREYRE J.Y., BOUQUET B., 2008, *Nouveau dictionnaire critique d'action sociale*, Paris, Bayard, p. 637.

DORTIER J.F., 2008, *Le dictionnaire des sciences humaines*, Auxerre : Sciences humaines, 829 p.

ZRIBI G. et POUPEE-FONTAINE D., 2007, *Dictionnaire du handicap*, Rennes : ENSP, 333 p.

Le Petit Larousse illustré, Edition 2011, dictionnaire et encyclopédie, Paris : Larousse

LOIS, DÉCRETS, CIRCULAIRES

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

SITES INTERNET

CONGRÉGATION DES SŒURS HOSPITALIÈRES DE SAINT-THOMAS DE VILLENEUVE. Bienvenue sur le site STV. [visité le 01.12.2010], disponible sur internet : <http://www.congregation-stv.org/>

CREAI de BRETAGNE. A propos de... Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés en Bretagne. [visité le 01.06.2011], disponible sur internet : http://www.creai-bretagne.org/pdf/a%20propos_33.pdf

CREAI DE BRETAGNE. Valise institution. [visité le 01.12.2010], disponible sur internet : http://www.creai-bretagne.org/pdf/valise_institution_cfhe.pdf

RAPPORTS ET DOCUMENTS

ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* », 80 p.

ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* », 52 p.

ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles « *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* », 52 p.

ANESM, 2009, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux* », 92 p.

ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles* », 16 p.

ANESM, 2008, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, « *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* », 39 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : La charte des établissements de la congrégation Saint Thomas de Villeneuve

Annexe 2 : Positionnement de l'H.S.T.V.

Annexe 3 : Organigramme hiérarchique de l'hôpital S.T.V.

Annexe 4 : Organigramme du foyer de vie

Annexe 5 : Répartition des résidents par tranche d'âge en fonction de leur ancienneté
au foyer

Annexe 6 : Répartition des résidents par tranche d'âge en fonction de leur ancienneté au
foyer

Annexe 7 : Répartition des mesures de protection en fonction de l'ancienneté au foyer

Annexe 8 : Comparatif entre la tutelle et la curatelle

Annexe 9 : Origine des résidents en fonction de leur ancienneté au foyer

Annexe 10 : Handicap principal en fonction de l'ancienneté au foyer

Annexe 11 : Présentation du plan d'action

Annexe 12 : Questionnaire d'appréciation des formations



HOPITAL MAISON DE RETRAITE SAINT-THOMAS DE VILLENEUVE
Congrégation des sœurs hospitalières de Saint-Thomas de Villeneuve

35470 BAIN-DE-BRETAGNE TEL. 99 - 43.71.40

CHARTRE

▪ HISTORIQUE DE LA CONGRÉGATION

La Congrégation des Sœurs Hospitalières de Saint Thomas de Villeneuve, dont la Maison Mère est située à Neuilly sur Seine (92 200) 52 Bd d'Argenson, a été fondée au XVIIème siècle à Lamballe, par le Père Ange Le Proust. Placée sous le patronage de Saint Thomas de Villeneuve, nommé le « Père des pauvres », elle a pour but de donner assistance aux pauvres les plus abandonnés. Elle a été reconnue par Décret Impérial du 16 juillet 1810.

Depuis plus de trois siècles et aujourd'hui encore, la Congrégation poursuit son œuvre dans les domaines du sanitaire, du médico-social et de l'éducation dans ses établissements en France et à l'étranger.

Les sœurs de Saint de Thomas de Villeneuve développent les activités professionnelles :

- en animant les Etablissements dans la fidélité à la doctrine de l'Eglise Catholique, respectant la personne humaine et sa dignité,
- en maintenant le caractère privé à but non lucratif,
- en renforçant la collaboration avec les laïcs,
- en utilisant les moyens techniques actuels.

En collaboration, les sœurs de la communauté, le personnel de l'établissement et tout autre intervenant cherchent à faire "fleurir l'hospitalité". Ils maintiennent le caractère de l'œuvre, la qualité de l'accueil et du service. Ainsi toute personne trouve la convivialité, le respect et l'environnement chaleureux dont elle a besoin.

▪ L'ÉTABLISSEMENT ST THOMAS DE VILLENEUVE DE BAIN DE BRETAGNE.

L'Etablissement Saint Thomas de Villeneuve de Bain de Bretagne est un établissement particulier de la Congrégation des Sœurs Hospitalières de Saint Thomas de Villeneuve.reconnu par décret impérial du 09 décembre 1854.

L'hôpital S.T.V. est admis à participer à l'exécution du service public hospitalier depuis le décret n° 76-1015 du 03 novembre 1976.

L'hôpital S.T.V. est classé comme hôpital local par arrêté ministériel depuis le 10 mars 1988.

SIRET 777 651 662 000 40 APE 8504

CCP RENNES 214-18 C

Congrégation reconnue

Et. agréé aide sociale, sécurité sociale et caisses diverses

▪ PROJET DE LA CONGRÉGATION

LE CHARISME

- L'esprit de notre Institut peut se résumer ainsi :

Servir toute personne que nous rencontrons avec une attention cordiale et délicate, en privilégiant celui qui est démuné, faible, en situation précaire.

Et ainsi "**Faire fleurir l'hospitalité**" par un accueil respectueux de chaque personne. "Nous l'exerçons en reconnaissant la dignité de chaque personne et surtout lorsqu'elle est atteinte par le handicap, l'infirmité, l'âge..." Const. n°8

Selon l'exemple du Christ qui est venu pour "soigner les malades, consoler les pauvres et chercher les brebis égarées, et les rapporter sur ses épaules"(Lettre du Père Ange).

LES VALEURS

C'est pourquoi nous voulons développer les valeurs suivantes :

❖ *L'accueil*

Chaque personne accueillie est prise en charge comme un être unique, dans ses besoins physiques, psychologiques, spirituels avec son histoire personnelle.

❖ *L'attention aux plus pauvres*

Le plus démuné, le plus fragile doit attirer toute notre attention bienveillante et une disponibilité active.

❖ *Le respect de la vie*

"Tout homme est une histoire sacrée." L'Eglise nous enseigne les dimensions humaines et les attentes spirituelles de l'homme. Le caractère sacré de la vie humaine nous engage au respect de la vie, de la mort. Ainsi, nous voulons promouvoir et respecter la vie jusqu'au bout en refusant l'acharnement thérapeutique comme l'euthanasie - Sur ce point, nous demandons l'adhésion sans équivoque de tous les salariés et autres intervenants et une information claire aux résidents et à leurs familles.

❖ *Le service*

Servir dans cet esprit demande aux membres du Personnel un travail d'équipe dans le respect des compétences et des responsabilités de chacun.

Les cadres sont plus particulièrement missionnés pour faire régner dans les Etablissements un climat de confiance et un esprit de famille. Ensemble, ils cherchent à améliorer la qualité de la prise en charge et favorisent la motivation et la créativité du personnel. Ils ajustent les pratiques professionnelles.

❖ *La collaboration*

Afin de mieux servir les personnes accueillies, il est nécessaire de cultiver la collaboration dans les équipes pluridisciplinaires et entre les différents services.

❖ *Des soins de qualité*

Il appartient tout particulièrement au corps médical et paramédical d'assurer des soins de qualité dans le respect de la déontologie définie plus haut. A travers leurs activités professionnelles, ils s'engagent à accueillir, soigner et accompagner les patients ou les résidents :

- en respectant l'altérité et la volonté de la personne,
- en oeuvrant pour une vie pleine et entière malgré la maladie et le handicap,
- en préservant les liens affectifs, sociaux, culturels et spirituels,
- en maintenant l'espoir et le désir.

▪ **LE RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ**

Les sœurs de saint Thomas de Villeneuve participent à la vie quotidienne de la Maison dans le rôle qui leur est confié.

De plus, elles ont la mission de définir :

- Les objectifs
- Les grandes orientations
- Les nouveaux projets.

Il est capital qu'une réelle collaboration se réalise entre les sœurs et les laïcs en vue d'un partage permettant de vérifier la réalisation de l'objectif précisé. C'est ainsi d'ailleurs que chacun se sentira soutenu dans son rôle propre.

Les laïcs veilleront à respecter le caractère catholique même s'ils ne partagent pas la foi chrétienne des sœurs. Ils faciliteront toute expression religieuse dans le respect des autres.

POLITIQUE GENERALE

La politique est définie par la Supérieure Générale aidée de son Conseil.

Chaque année, une situation précise de l'Etablissement sera présentée à celle-ci.

Aussi souvent que nécessaire, la Congrégation devra être informée des difficultés ou des questions, tout en respectant les délégations de pouvoir instituées dans chaque établissement.

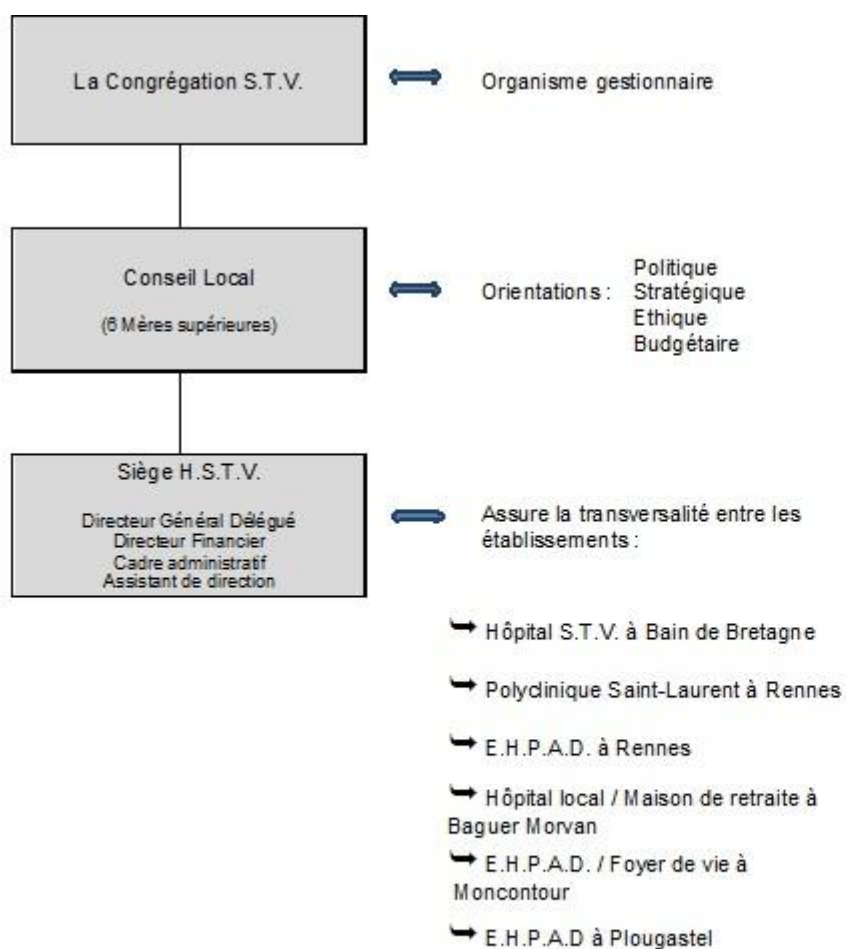
Fait à Neuilly sur Seine, le 28 août 2002

S^r Jean Marie

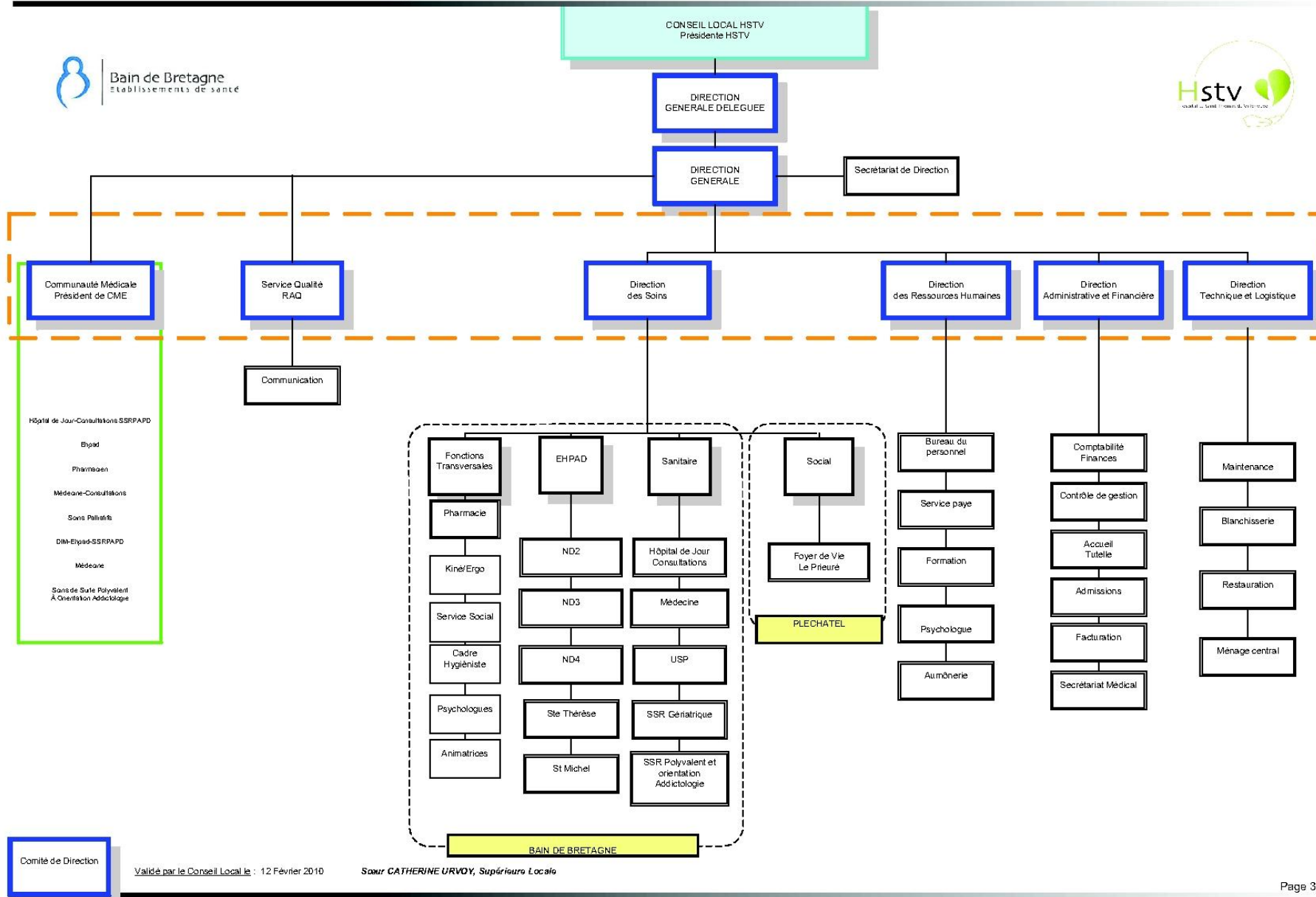
Supérieure Générale



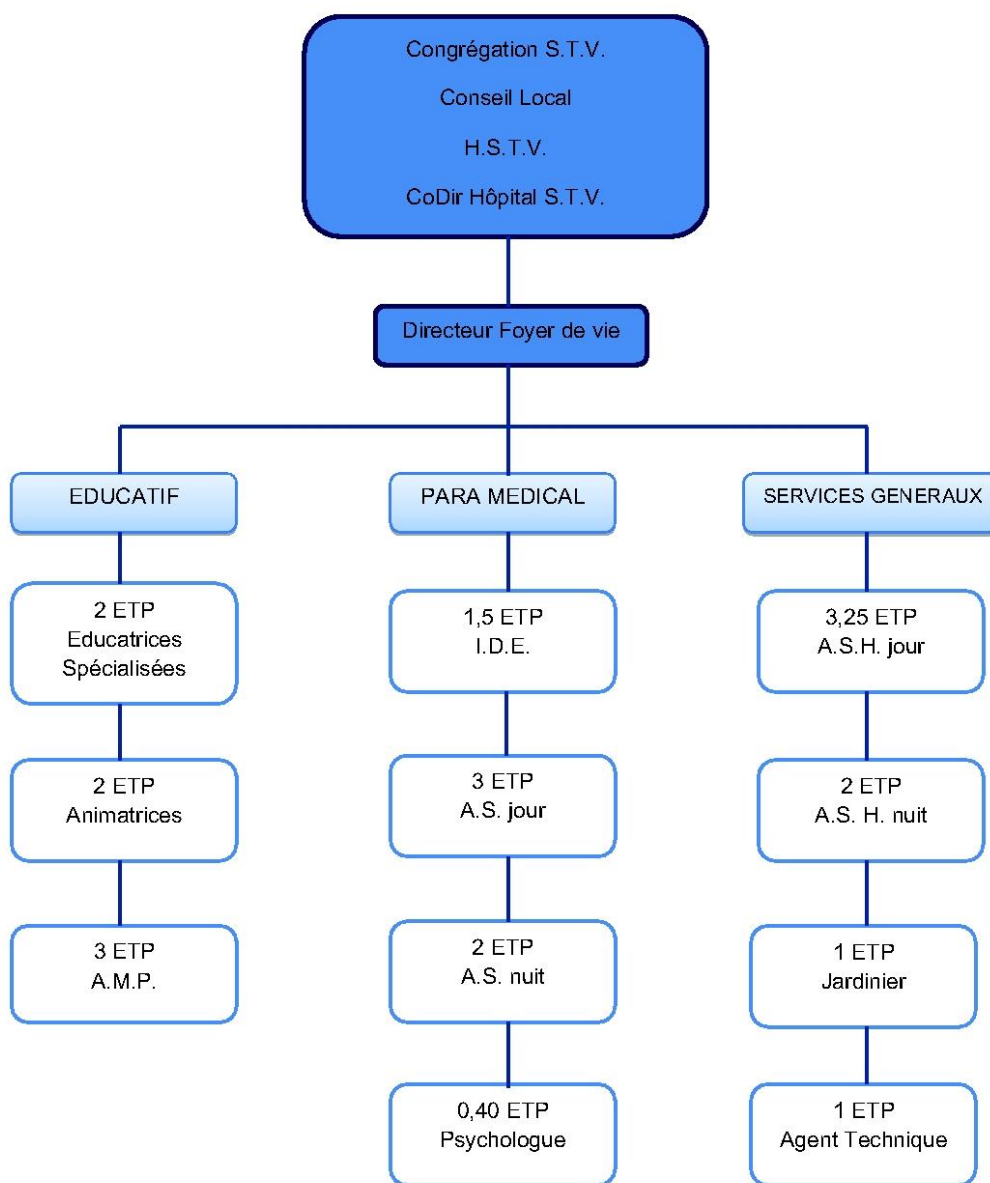
Annexe 2 : Positionnement de l'H.S.T.V.



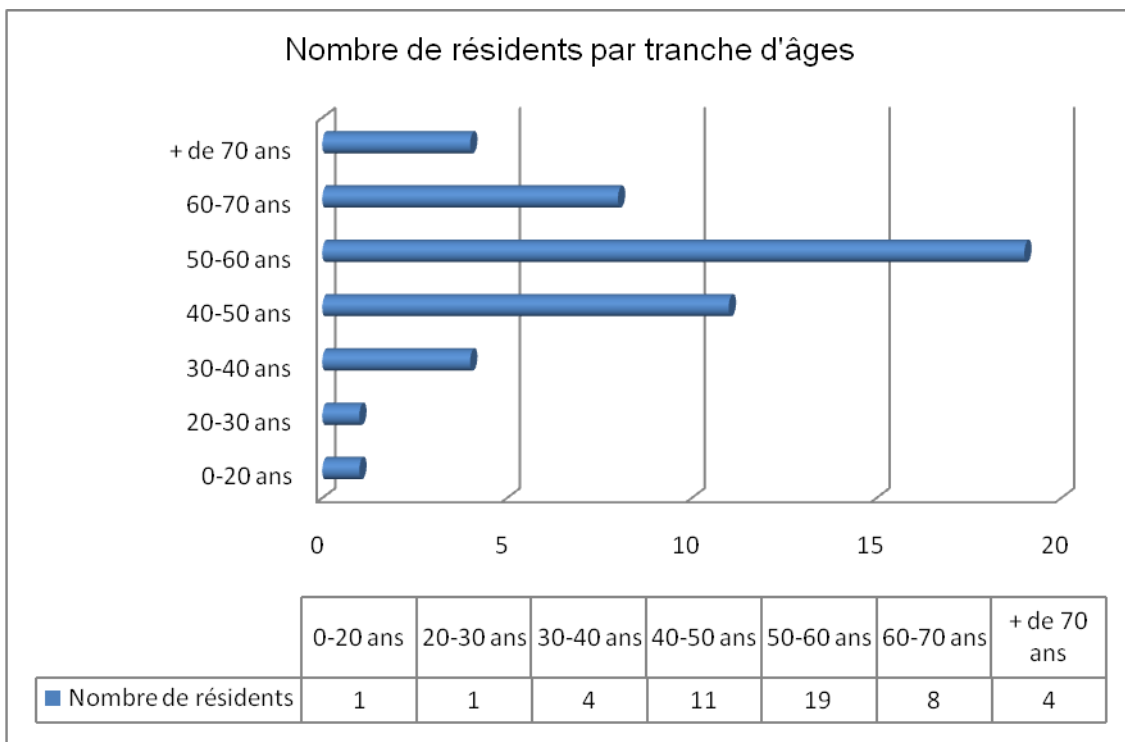
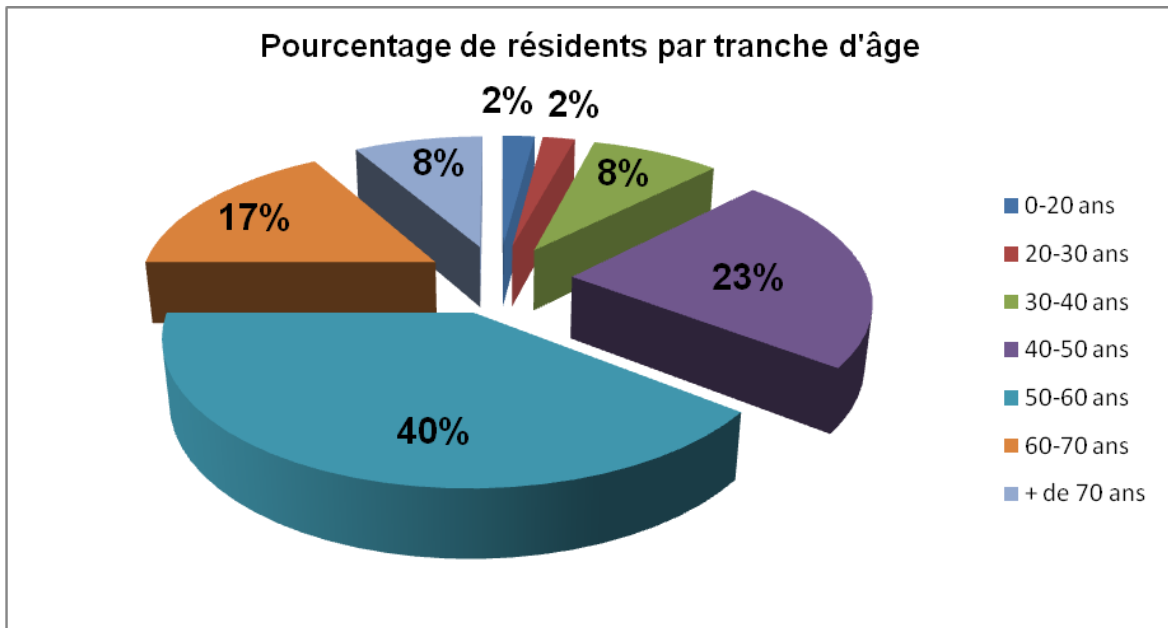
ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE - Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve – BAIN DE BRETAGNE



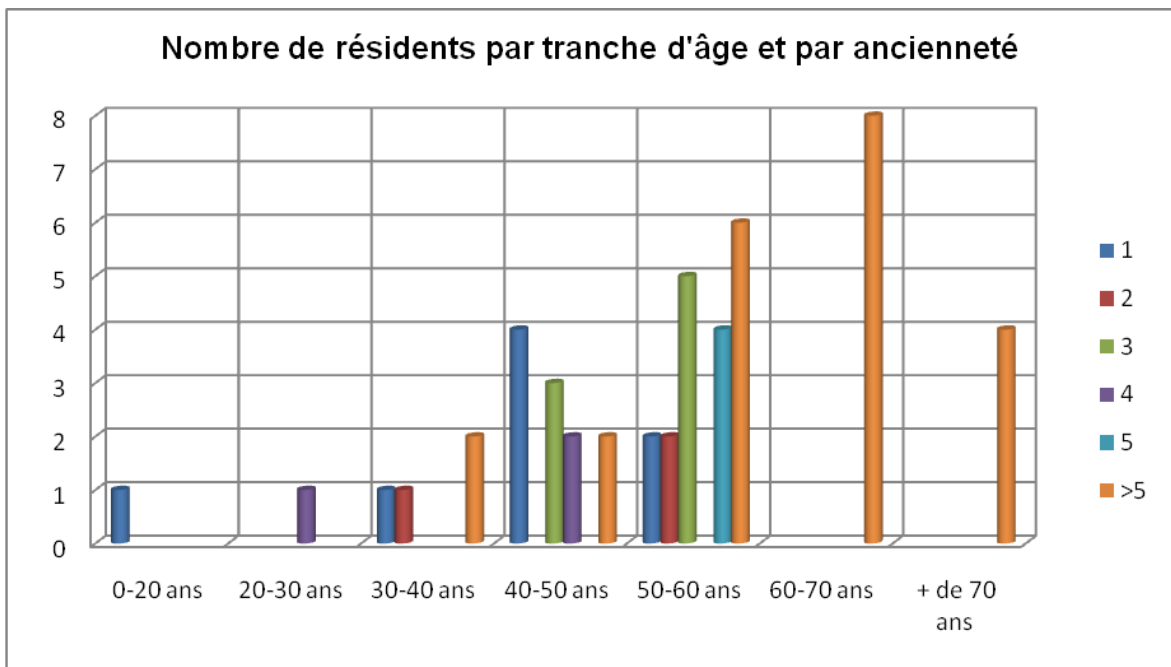
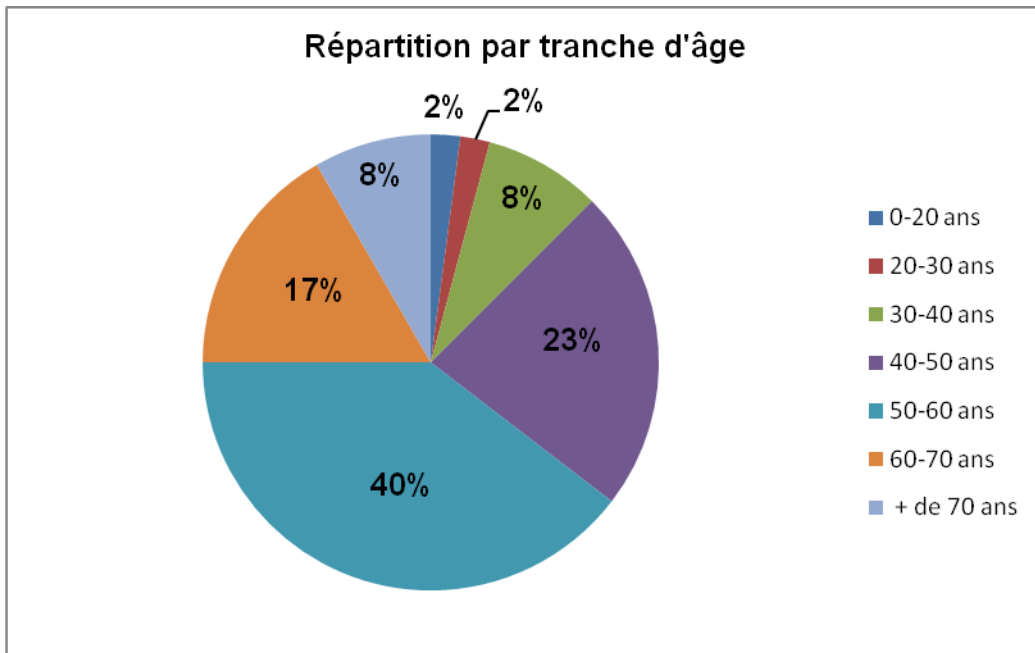
Annexe 4 : Organigramme du foyer de vie de Pléchâtel



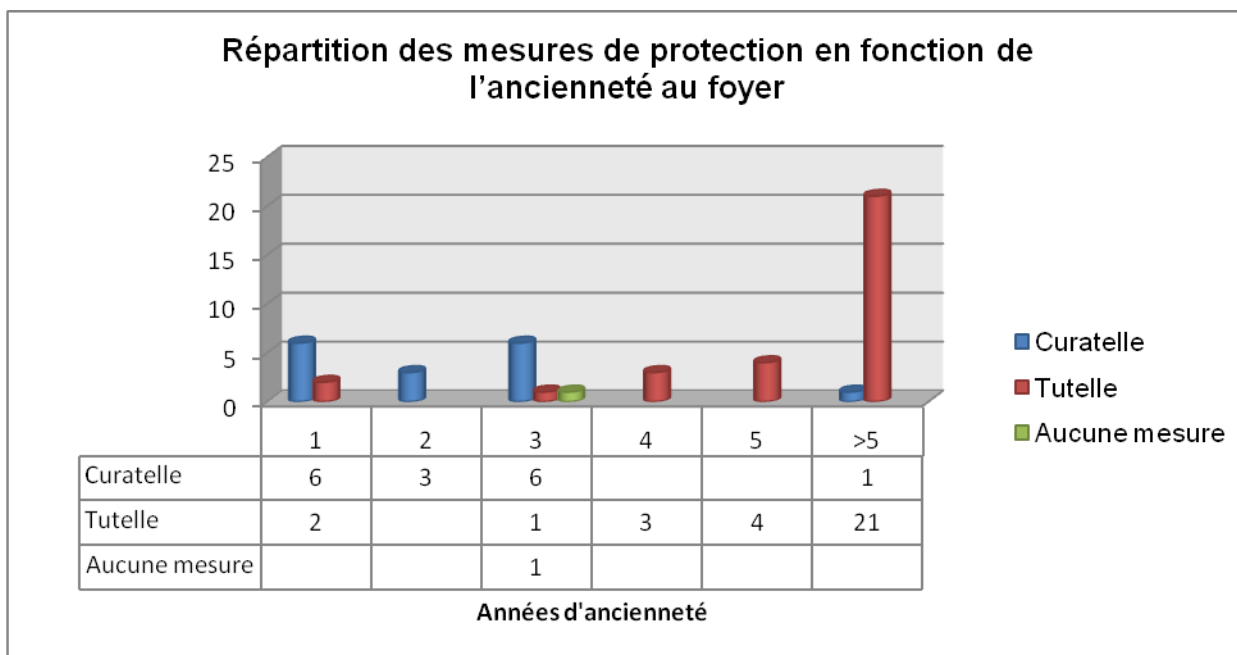
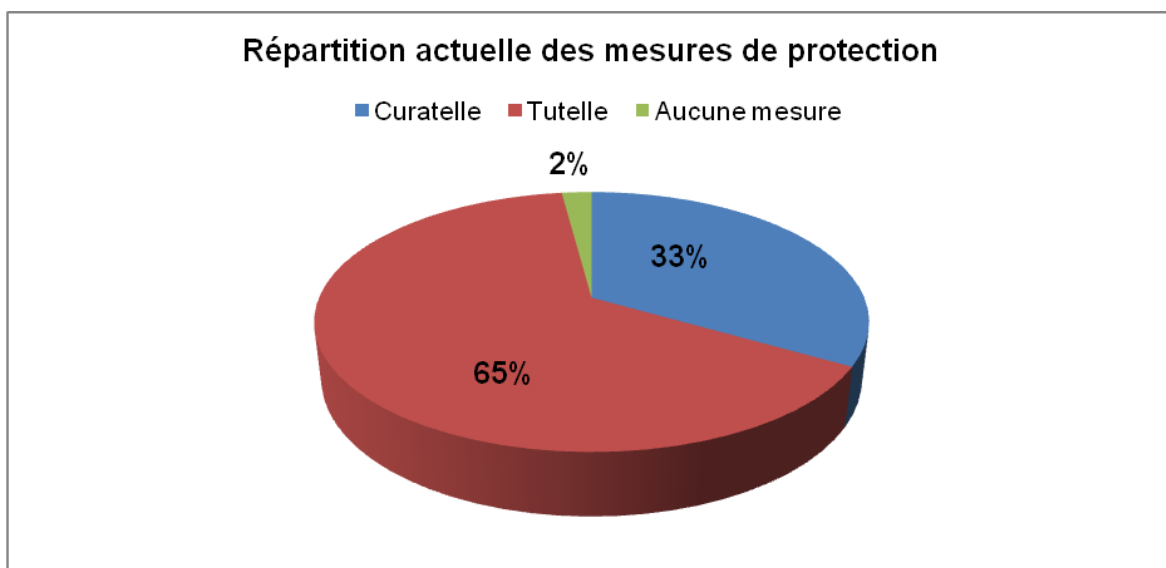
Annexe 5 : répartition des résidents par tranche d'âge



Annexe 6 : répartition des résidents par tranche d'âge en fonction de leur ancienneté au foyer



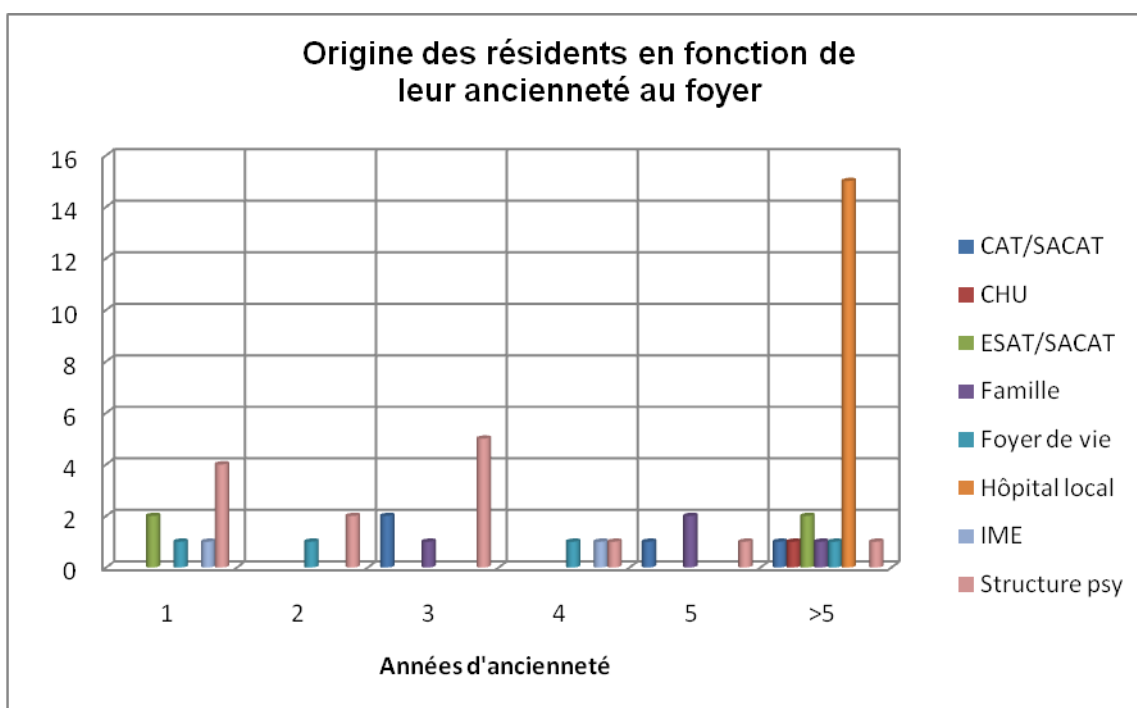
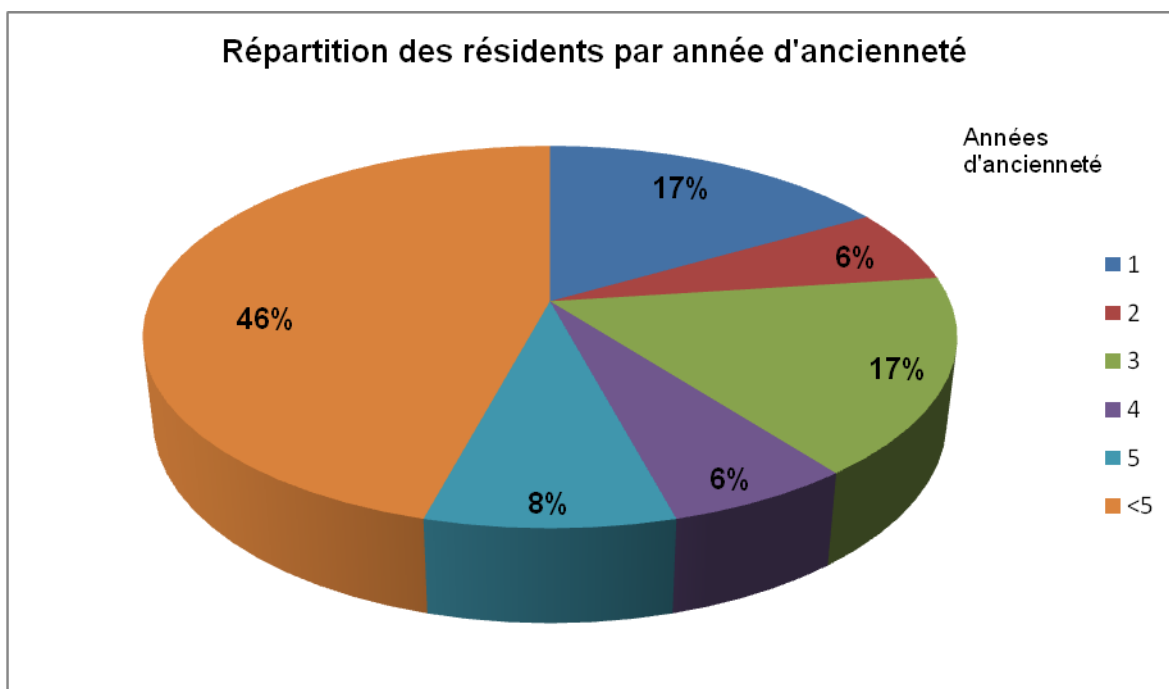
Annexe 7 : répartition des mesures de protection en fonction de l'ancienneté au foyer



Annexe 8 : comparatif entre la tutelle et la curatelle

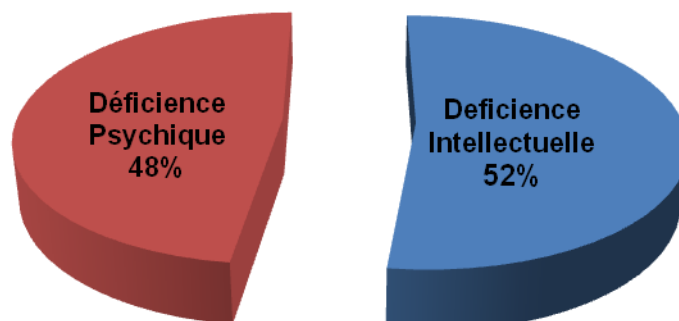
	Curatelle	Tutelle
Mise en route de la procédure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décision du juge des tutelles en attendant curatelle ou tutelle. ▪ Le juge ne peut se saisir lui-même. ▪ Demande : la personne, la famille, les proches, le Procureur. ▪ Avis motivé d'un médecin inscrit sur une liste établie par le Procureur. ▪ La personne est entendue par le juge, sauf urgence ou décision motivée. 	- idem
Durée de la protection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La mesure est limitée à 5 ans et systématiquement réexaminée. 	- idem
Effets de la protection	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vote possible, ni juré, ni tuteur ni membre conseil famille. 	- Droits civiques : le juge doit obligatoirement statuer sur le maintien ou la suppression du droit de vote.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestion quotidienne possible, assistance curateur pour actes de disposition (achats, ventes...) ou autorisation du juge. 	- Perte des droits civils : incapacité pour tous les actes : mariage, vente...
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité de choix au lieu de résidence, sauf en cas de difficultés. 	- idem
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité de souscrire à certains actes (assurance vie, testament) sur autorisation. 	- idem
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possibilité d'annulation des actes, de réduction. 	- Possibilité d'annulation d'actes antérieurs, nullité des actes postérieurs
Recours	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Possible, au tribunal de Grande Instance, par qui peut déposer la requête ou donner avis pour ouverture de curatelle. 	- Possible, au tribunal de Grande Instance, par qui peut déposer la requête ou donner avis pour ouverture de tutelle.
Cessation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lorsque ses causes disparaissent en suivant la même procédure. Décision du juge : maintien ou mainlevée. 	- Lorsqu'il y a amélioration ou disparition des troubles, en suivant la même procédure
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si aggravation et demande d'ouverture d'une tutelle. 	- Décision du juge : mainlevée ou ouverture d'une curatelle.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Révision tous les 5 ans. 	- Révision tous les 5 ans

Annexe 9 : Origine des résidents en fonction de leur ancienneté au foyer

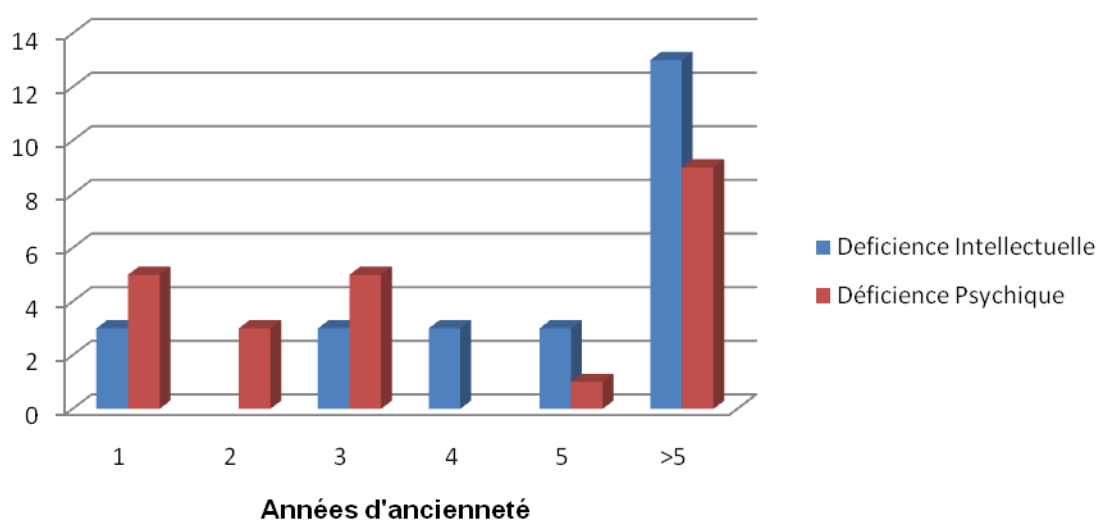


Annexe 10 : handicap principal en fonction de l'ancienneté au foyer

Répartition actuelle des déficiences principales



Handicap principal des résidents à l'arrivée au foyer



FICHE DE SYNTHÈSE DES ACTIONS ENVISAGÉES

FINALITÉS	OBJECTIFS	MOYENS	ÉCHÉANCIER
AXE 1 IMPULSER UNE CULTURE VALORISANT LA PLACE DES RÉSIDENTS	Engager une clinique du quotidien pour une éthique de la relation	Révision de l'organisation de la réunion hebdomadaire et de la réunion d'autorégulation.	sept-11
		Mise en place d'un groupe de réflexion éthique	nov-11
		Formation de l'équipe aux lois 2002-2 du 2 janvier 2002 et 2005-102 du 11 février 2005	Premier trimestre 2012
		Formation de l'équipe à la V.R.S.	Deuxième trimestre 2012
	Faciliter l'accès des résidents aux ressources du territoire	Rencontre directeur du foyer/ maire de Pléchâtel	déc-11
		Rencontre résidents / maire de Pléchâtel	mars-12
		Rencontre des établissements du territoire	Depuis mai 2011
		Mise en place d'un réseau d'échanges réciproques de savoirs	janv-12
	Asseoir des valeurs collectivement partagées	Réalisation de l'évaluation interne	Octobre 2011 à Mars 2012
		Réactualisation du projet du foyer de vie	Décembre 2011 à juin 2012

FICHE DE SYNTHÈSE DES ACTIONS ENVISAGÉES

FINALITÉS	OBJECTIFS	MOYENS	ÉCHÉANCIER
AXE 2 FAVORISER L'EXPRESSION ET LA PARTICIPATION DES RÉSIDENTS	Redynamiser la participation effective des résidents	Mise en place de la démarche de Projet Personnalisé de Promotion	Depuis mars 2011
		Révision du fonctionnement du C.V.S.	Dernier trimestre 2011
		Mise en place des groupes d'initiative	Premier semestre 2012
		Réalisation de l'enquête de satisfaction	Octobre à décembre 2011
	Informers les résidents pour qu'ils puissent choisir	Information des résidents concernant le cadre législatif	Avril à juin 2012
		Mise en place du dossier unique	Dernier trimestre 2012
		Adaptation du livret d'accueil, du règlement de fonctionnement, de la Charte des droits et libertés, du contrat de séjour	Juillet à octobre 2012
	Faire valoir les liens sociaux des résidents	Réinstaurer le dialogue avec les familles	En cours
		Réfléchir sur une alternative au mode d'hébergement	En cours

Annexe 12 : Questionnaire d'appréciation des formations



EVALUATION DE LA FORMATION

Intitulé :

Date :

formateur :

NOM, PRENOM : <i>facultatif</i>

FONCTION :	SERVICE :
------------	-----------

évaluation : A = très bon, B= Bon, C = Passable, D = Mauvais

I- CONTENU	Note
1. Apports d'informations	
2. Utilité par rapport à vos connaissances avant la formation	
3. intérêt pour le sujet de la formation	
Vos commentaires :	

II- ANIMATION - PEDAGOGIE	Note
1, Animation de la séance	
2. Outils et supports d'information	
3. Relation avec les autres stagiaires du groupe de formation	
Vos commentaires :	

III- CONDITIONS MATERIELLES	Note
1. Rythme, durée	
2. Accueil, locaux	
Vos commentaires :	

APPRECIATION GENERALE	Note
Vos suggestions et autres commentaires :	

LE BORGNE

Sylvain

Novembre 2011

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

CENTRE DE FORMATION : Institut Régional du Travail Social de Bretagne

**PILOTER LA NÉCESSAIRE MUTATION CULTURELLE DU FOYER DE VIE
POUR PROMOUVOIR LE STATUT DE SUJET DES RÉSIDENTS**

Résumé :

Le foyer de vie « Le Prieuré » accueille des adultes en situation de handicap. L'origine congrégationniste et l'histoire institutionnelle dans lesquelles il s'inscrit sont fortement ancrées dans une culture de la substitution qui ne favorise pas la pleine expression des résidents concernant les modalités mises en œuvre pour leur accompagnement quotidien.

Aujourd'hui, en tenant compte des changements apparus au foyer de vie et des évolutions juridiques et sociétales, l'enjeu est de promouvoir le statut de sujet des résidents en les rendant sujets et acteurs de leur vie.

Le pilotage de ce projet va s'orienter dans deux directions. La première va impulser une culture de l'accompagnement valorisant la place des résidents en tant que sujet et acteur. La seconde va rendre effectif l'expression et la participation des résidents.

Mots clés :

FOYER DE VIE, HANDICAP, SUJET, ACTEUR, DROIT, CITOYENNETÉ, MUTATION CULTURELLE, ÉTHIQUE, EXPRESSION, PARTICIPATION

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