



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2018 –

**LA LOGIQUE INCLUSIVE A-T-ELLE DES
INCIDENCES SUR LES MODES DE MANAGEMENT
ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS
LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-
SOCIAUX ?**

– Groupe n° 9 –

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| – Habib BEKHTI | – Delphine LAMOURET |
| – Amel BOUCHEMLA | – Emilie LEGEARD |
| – Estelle DI SILVESTRO | – Victorien MAGINELLE |
| – Christine ETIEVE | – Coralie VASSEUR |

Animateur/trice(s)

- *Karine CHAUVIN*
- *Fernand LE DEUN*

S o m m a i r e

Méthodologie d'enquête	
Introduction	1
I. La France a amorcé le virage inclusif dans les secteurs social et médico-social, induisant une mutation des pratiques professionnelles et managériales.....	4
I.1 Inspirée des exemples anglo-saxons et scandinaves, la France développe progressivement la logique inclusive sous l'impulsion de la société civile et des pouvoirs publics	4
I.1.1 Le concept de société inclusive a émergé dans les pays anglo-saxons et scandinaves	4
I.1.2 La logique inclusive s'est développée en France en rompant avec la démarche d'intégration qui prévalait auparavant	5
I.1.3 La logique inclusive a progressivement imprégné l'ordre juridique français	6
I.2 Les pratiques managériales et professionnelles ont dû évoluer avec le développement de la logique inclusive dans les établissements et sur le territoire	8
I.2.1 La logique inclusive agit sur les pratiques managériales et professionnelles dans les établissements, faisant évoluer le positionnement des acteurs, les fonctions supports et la gestion de projet.....	8
I.2.2 L'émergence des parcours et de la personne actrice des décisions relatives à son projet de vie a progressivement inscrit les managers, les cadres et les professionnels dans une démarche partenariale	10
II. Face aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la logique inclusive, les pratiques professionnelles et managériales vont devoir s'adapter	12
II.1 En dépit de certaines limites rencontrées, les managers disposent de leviers pour associer les professionnels et les usagers à leurs projets.....	12
II.1.1 Une mobilisation limitée des professionnels et des usagers ainsi que des difficultés structurelles compliquent la mise en œuvre de démarches inclusives.....	12

II.1.2	Plusieurs projets étudiés portent des éléments de nature à faciliter l'atteinte d'objectifs d'inclusion des usagers.....	14
II.2	Des innovations et des évolutions sociétales permettent d'entrevoir de nouvelles transformations des pratiques managériales et professionnelles	15
II.2.1	Des formes innovantes de démarches inclusives voient le jour en dehors des établissements, dont les managers pourraient s'inspirer dans leurs actions quotidiennes	15
II.2.2	Les pratiques professionnelles et managériales vont davantage s'adapter sous l'impulsion des évolutions technologiques et sociétales en cours	17
III.	Des pistes d'amélioration doivent désormais être mises en œuvre dans le cadre d'un plan opérationnel managérial	19
III.1	Impulser une dynamique d'inclusion sur le terrain nécessite d'être accompagnée par les acteurs institutionnels.....	19
III.2	Au niveau des établissements, il est du ressort des directeurs de porter la logique inclusive au sein de leurs organisations	20
III.2.1	Les managers.....	20
III.2.2	Professionnels	23
III.3	Au niveau des usagers et de la société civile	24
	Conclusion.....	25
	Bibliographie.....	26
	Liste des annexes	I

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions l'ensemble des professionnels qui ont bien voulu nous accorder un peu de leur temps précieux pour réaliser les entretiens. Ces échanges nous ont été d'une grande utilité pour réaliser ce rapport.

Nous souhaitons également remercier Madame Karine CHAUVIN et Monsieur Fernand LE DEUN, animateurs du groupe, pour leur accompagnement et leur disponibilité à chacune de nos sollicitations.

Nous tenons enfin à remercier Madame Emmanuelle GUEVARA et Monsieur Christophe LE RAT pour l'organisation de ce module interprofessionnel, qui nous a permis de travailler en groupe en interfiliarité, de forger une cohésion d'équipe en échangeant et en confrontant nos points de vue sur un thème enrichissant professionnellement et intellectuellement.

Liste des sigles utilisés

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APA : Allocation Pour l'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Adaptation de la Société au Vieillessement

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DPC : Développement Professionnel Continu

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IEM : Institut d'Education Motrice

IME : Institut Médico-Educatif

ITEP : Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PAG : Plan d'Accompagnement Global

PRS : Projet Régional de Santé

RAPT : Réponse Accompagnée Pour Tous

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

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

Méthodologie d'enquête

Notre groupe est composé de huit élèves de l'EHESP : trois élèves Directrices d'Établissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, trois élèves Directeurs d'Hôpital, une élève Attachée d'Administration Hospitalière et une élève Directrice des Soins. Plusieurs élèves disposaient d'expériences professionnelles dans le secteur sanitaire, médico-social et social. La diversité des parcours académiques et professionnels a contribué à enrichir les échanges et les analyses.

A. Organisation et méthode de travail de groupe

Une première réunion a été organisée entre notre groupe et nos animateurs référents. Elle fut l'occasion d'échanger autour de nos différentes conceptions de la logique inclusive. Lors de cette première rencontre, nous avons également choisi un « référent Module InterProfessionnel (MIP) » parmi nous, chargé de faire le lien entre le groupe et les encadrants MIP de l'EHESP qui nous ont guidé durant ce travail. Afin de préserver l'efficacité des débats et le respect mutuel, nous avons veillé à organiser les tours de paroles et une personne volontaire était en charge de prendre en note toutes les réflexions.

Outre les rencontres avec les référents échelonnées tout au long des semaines de MIP, nous avons décidé de nous rencontrer quotidiennement les deux dernières semaines. Ces rencontres sont apparues primordiales pour nous car elles ont permis de pouvoir discuter des termes choisis lors des recherches et de la rédaction du rapport.

Cette cohésion d'équipe, qui s'est forgée tout au long de nos rencontres, constitue à nos yeux un enrichissement professionnel indéniable. D'une part, il nous a semblé que le fait de nous réunir autant que possible en présentiel se révélerait propice à nous projeter dans le cadre de nos futures fonctions. En effet, le travail de groupe et en interfiliarité familiarise avec le débat, le respect de la parole de chacun, les avis divergents et la recherche de consensus. D'autre part, afin de partager une vision globale du sujet et de garantir une cohérence de son traitement, nous avons organisé des temps de relecture collective. Ainsi, très régulièrement, une réunion de groupe était organisée pour faire un point sur l'avancée des travaux sur la base d'ordres du jour, préalablement proposés et validés par l'ensemble des membres.

Afin d'optimiser nos temps de travail collectif, les documents utilisés pour la synthèse des informations étaient déposés au sein d'un dossier *Google Drive*. Chaque document correspondait à une thématique de travail (problématique, introduction, méthodologie, grilles d'entretien, repères législatifs etc.).

B. Formulation de notre question de départ et méthodologie d'enquête

1) Données de la littérature et observation de terrain

Il s'agissait dans un premier temps d'effectuer une revue de la littérature afin de disposer de matériaux pour commencer notre recherche. Cette étape cruciale nous a permis d'obtenir suffisamment de données pour poser et construire les premiers éléments de définition et formuler ainsi notre question de départ. En effet, nous devions définir précisément la logique inclusive, concept faisant l'objet de vifs débats, en confrontant les différentes définitions des auteurs s'y étant intéressés, mais aussi en utilisant nos échanges au cours de nos réunions de travail. Nous pouvons à cet égard ajouter que le périmètre précis donné à la notion de logique inclusive continuera à évoluer au fur et à mesure des entretiens et de la confrontation des discours.

Afin de confronter la notion d'inclusion à la réalité du terrain, différentes méthodes d'enquête ont été appliquées pour recueillir un maximum de données et ensuite de les analyser. Si de nombreux ouvrages traitent de l'inclusion des publics fragiles et/ou des transformations des institutions sociales et médico-sociales, une observation active de terrain s'est avérée indispensable dans le but de confronter la théorie à la pratique.

2) Réalisation et exploitation des entretiens

Dans un premier temps, afin d'analyser le sujet de façon globale, il nous a semblé opportun de recueillir différents points de vue. L'étude de l'impact de la logique inclusive sur les pratiques professionnelles et managériales impliquait en effet d'entendre la parole de directeurs, de professionnels de l'accompagnement, des acteurs institutionnels mais aussi celle de l'utilisateur, au cœur des dispositifs médico-sociaux. Pour ce faire, en amont de toute discussion ou entretien, la prise de connaissance des avancées (nouveaux dispositifs, solutions alternatives, évolutions des établissements d'hébergement...) sur le sujet de l'inclusion s'est avérée essentielle. Nous avons choisi de réaliser, sur la base des données

des Agences Régionales de Santé (ARS), une liste d'établissements, dont certains reconnus pour leurs pratiques innovantes.

Dans un second temps, une fois les rendez-vous planifiés, il nous a fallu réaliser la grille d'entretien. L'objectif de la grille d'entretien était principalement d'interroger les professionnels sur la mise en œuvre de la logique inclusive dans leurs établissements et d'obtenir leur perception de la notion d'inclusion. Toutefois, au regard de la diversité des profils interrogés, les questions semi-directives suivantes pouvaient prendre une orientation différente.

En effet, nous avons réalisé 13 entretiens semi directifs d'environ 1 heure. Ceux-ci ont été réalisés sur différents sites et dans quatre régions Aussi, au cours des entretiens, les questions d'un même guide ont pu être légèrement reformulées voire même ne pas être posées ou posées dans un ordre plus adapté pour assurer leur bon déroulement. Finalement, 2 usagers ont été rencontrés, 4 directeurs, 5 professionnels, 1 représentante d'association et 1 enseignante-chercheuse. Une grille d'analyse des entretiens a été élaborée par l'un des membres de notre groupe, nous permettant de croiser les discours portant sur des mêmes thématiques telles que la participation des usagers, la coopération et les partenariats.

Comme la plupart des travaux d'enquête, notre démarche a pu rencontrer un certain nombre de limites méthodologiques. Premièrement, nous n'avons pas pu réaliser l'ensemble des entretiens que nous avons prévus, faute de disponibilité des interlocuteurs lors de ces trois semaines de MIP. Deuxièmement, la prise de recul suffisante par rapport aux propos des différents acteurs n'est pas chose aisée et a impliqué un temps de réflexion collective important afin de croiser les discours issus des entretiens. Troisièmement, les troubles cognitifs de certains usagers du secteur médico-social a rendu la conduite des entretiens plus complexe.

Introduction

Dans son avis publié le 16 mai 2018, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) dénonce l'isolement dont souffrent trop souvent les personnes âgées dans les établissements d'hébergement et s'interroge sur les conditions nécessaires à l'avènement d'une société plus inclusive. Il appelle notamment à changer le regard que porte la société sur le vieillissement et revoir les modes d'accompagnement de nos aînés au nom du respect des principes de dignité et de solidarité.

Cette ambition de construire une société inclusive n'est pas nouvelle puisque, avant de s'étendre à l'ensemble du secteur social et médico-social, elle a été historiquement portée par les associations de familles et de défense des usagers du secteur de l'enfance et du handicap. Ainsi, lors de l'Année Européenne des Personnes Handicapées en 2003, les associations dans chaque État membre se sont mobilisées sous le mot d'ordre fédérateur « *Rien pour les personnes handicapées sans les personnes handicapées* », en rupture avec la tradition de l'utilisateur spectateur de son propre parcours de vie. En effet, les réponses centrées sur l'accueil des personnes vulnérables en institutions (établissements spécialisés du secteur social et médico-social), ayant pour mission de les protéger, sont non seulement considérées comme une source d'isolement du reste de la société mais aussi comme un frein à l'exercice d'une pleine citoyenneté. Les lignes directrices européennes communes sur la transition des soins en institution vers les soins de proximité soulignent que les résidents n'y « *ont pas un contrôle suffisant sur leur vie* » et que « *les exigences de l'organisation tendent à prendre le dessus sur leurs besoins individualisés* ».

Le mouvement en faveur de l'inclusion des personnes en situation de handicap s'est diffusé dans la société et a trouvé un écho auprès des pouvoirs publics. Au niveau international, la Convention des Nations Unies sur les droits de l'enfant et la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées traduisent ces aspirations. Cette dernière reconnaît explicitement que « *les personnes handicapées continuent d'être confrontées à des obstacles à leur participation à la société en tant que membres égaux de celle-ci* » et que ces dernières ont un droit à l'autonomie de vie et l'inclusion sociale (article 19). Depuis la ratification de la Convention par l'Union européenne en 2010, les États membres ont désormais l'obligation de prendre des mesures en ce sens dans leur législation interne. La France, restée étanche à ce mouvement en faveur des démarches inclusives qui se développaient partout en Europe, notamment en Scandinavie, rattrape cependant son

retard depuis le début des années 2000. En effet, sans mentionner ou définir explicitement le concept d'inclusion, plusieurs textes comme la loi 2002-2¹ et la loi de 2005² tendent à encourager l'adoption de parcours de vie adaptés aux choix des personnes qui s'inscrivent dans une logique inclusive. Les secteurs social et médico-social se transforment donc alors qu'ils font face à un contexte budgétaire contraint et connaissent des tensions en matière de ressources humaines, avec notamment des difficultés de recrutement de certaines catégories de personnels³ et des débats sur la qualité de vie au travail, comme dans les EHPAD qui ont connu un mouvement de grèves médiatisé au début de l'année 2018.

Afin de pouvoir étudier les conséquences de la logique inclusive dans les établissements, il convient au préalable d'établir une définition partagée de celle-ci. Cependant, elle fait l'objet de débats, du fait notamment d'absence de définition explicite dans le corpus juridique. De plus, les conceptions de l'inclusion varient en fonction des établissements et cultures professionnelles. Ainsi, au travers de lectures et échanges, nous avons choisi d'appréhender la logique inclusive comme, d'une part, la participation des personnes aux décisions qui les concernent, dans le milieu ordinaire et dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et, d'autre part, comme le respect des habitudes de vie dans un objectif de participation sociale. Cette dernière se conçoit comme « *la pleine réalisation des habitudes de vie, résultant de l'interaction entre les facteurs personnels (les déficiences, les incapacités et les autres caractéristiques personnelles) et les facteurs environnementaux (les facilitateurs et les obstacles)* »⁴. Quant aux habitudes de vie, il faut noter qu'elles comprennent à la fois les « *activités courantes* » mais aussi les « *rôles sociaux* », à savoir l'ensemble des comportements, conduites ou fonctions d'une personne qui sont valorisés au sein d'un groupe⁵.

Dans ce cadre, la logique inclusive est plus ambitieuse que la notion d'intégration. La logique inclusive suppose en effet l'ajustement de l'institution à la personne alors que l'intégration correspond à l'adaptation de la personne à l'institution. L'inclusion implique une approche centrée sur la personne et non plus sous le prisme de l'utilisateur bénéficiaire d'un dispositif médico-social. Elle impulse une réelle dynamique de changement et une

¹ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

² Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

³ « Les EHPAD face au casse-tête du recrutement d'aide-soignants », *Le Monde*, François Béguin, 11 mai 2018: http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/11/les-ehpad-face-au-casse-tete-du-recrutement-d-aide-soignants_5297287_1651302.html

⁴ RIPPH (Réseau international sur le Processus de production du handicap): <http://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>

⁵ HAS (Haute Autorité de Santé), Programme « Qualité de vie en EHPAD », volet 3 « *La vie sociale des résidents* »

transformation radicale favorisant le passage de « *lieux de soins* » à des « *lieux de vie* ». La logique inclusive a en effet vocation à faire émerger un usager citoyen, pleinement acteur au sein des différentes composantes de la société notamment l'école, le travail, la santé, l'habitat, la culture.

Dès lors, l'extension de la logique inclusive n'est pas sans conséquence sur le management des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Les modes de management, qui se situent sur le volet tant stratégique qu'opérationnel des établissements, sont ici entendus comme l'organisation ainsi que la gestion mises en œuvre par la direction, l'encadrement, parfois avec le concours de représentants des usagers et du personnel. Les pratiques professionnelles renvoient, quant à elles, aux actions mises en œuvre par toutes les catégories de professionnels de l'établissement. Aussi, dans la mesure où la logique inclusive suppose un accroissement de la place accordée aux usagers et aux acteurs de la société civile, il convient de s'intéresser aux éventuelles modifications organisationnelles et fonctionnelles affectant les établissements, ainsi qu'à l'évolution des regards et des représentations des professionnels. L'étude des pratiques innovantes permettrait de généraliser et de favoriser la mise en œuvre de la logique inclusive dans l'ensemble des établissements. Toutefois, si l'étude se centre principalement sur la logique inclusive mise en œuvre par les établissements sociaux et médico-sociaux, les effets des politiques d'inclusion développées à l'extérieur des établissements sur ces derniers seront également étudiés.

Les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux ont-ils adapté leurs stratégies et leurs pratiques afin de mettre en œuvre la logique inclusive ? Cette analyse conduit à se demander si, au-delà des discours et des stratégies, la logique inclusive transparait également de manière opérationnelle au sein des établissements.

I. La France a amorcé le virage inclusif dans les secteurs social et médico-social, induisant une mutation des pratiques professionnelles et managériales

I.1 Inspirée des exemples anglo-saxons et scandinaves, la France développe progressivement la logique inclusive sous l'impulsion de la société civile et des pouvoirs publics

I.1.1 Le concept de société inclusive a émergé dans les pays anglo-saxons et scandinaves

En matière de réflexion sur une société inclusive et d'inclusion sociale des personnes fragiles, les pays scandinaves et anglo-saxons font figures de pionniers. Ainsi, dès les années 1960 apparaît en Scandinavie la notion de « *normalisation* », philosophie selon laquelle toute personne en situation de handicap a le droit de vivre au sein de la Cité et de participer à la vie sociale. Portée initialement par les associations de personnes handicapées, elle s'est largement diffusée dans le reste de la société, y-compris chez les personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour que la participation et la vie dans la communauté soient effectives, les pays scandinaves ont favorisé l'accessibilité, notamment l'adaptation des trottoirs et bâtiments aux personnes en fauteuil ou encore les signaux sonores pour les personnes avec une déficience visuelle, et encouragé un vaste mouvement de « *désinstitutionnalisation* ». En effet, il est apparu que les grandes institutions spécialisées au sein desquelles étaient admises les personnes vulnérables (personnes âgées, handicapées, jeunes enfants...) isolaient ces dernières du reste de la société et ne permettaient donc pas leur inclusion sociale. Dans les pays anglo-saxons également, l'« *independent living* » (vie autonome) et la valorisation du libre choix de son habitat par la personne allaient à l'encontre du maintien des personnes en institution.

Dès lors, la « *désinstitutionnalisation* » fut un processus d'humanisation des structures d'hébergement, de décroisement et d'ouverture aux autres acteurs de proximité, de création de plus petites structures d'hébergement, et surtout de mise en place d'aides à domicile de proximité (« *Community care* »), sous la houlette des communes. L'objectif étant d'aider les personnes accompagnées à reprendre le contrôle de leur vie («
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

empowerment ») et d'adapter les prestations et services dont ils ont besoin à leurs choix personnels, conformément à un principe d'autodétermination. Si la désinstitutionnalisation ne s'est pas traduite par la fermeture systématique des établissements d'hébergement, elle a conduit à une forte diminution du nombre de résidents en leur sein, et même à la fermeture complète des établissements d'hébergement d'adultes en situation de handicap mental en Norvège et en Suède dans les années 1990.

Ce mouvement en faveur de l'inclusion et la participation sociale, porté à l'origine par les personnes handicapées, trouva sa consécration internationale avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) du 13 décembre 2006 qui marque un changement d'approche fondamental. Il s'agit du texte de référence pour toutes les législations, textes réglementaires et politiques de l'Union européenne en matière de handicap, ratifié par cette dernière en 2009, puis par la France en mars 2010. Les vingt-huit pays de l'UE se sont formellement engagés à l'appliquer, notamment l'article 19 « *Autonomie de vie et inclusion dans la société* ».

I.1.2 La logique inclusive s'est développée en France en rompant avec la démarche d'intégration qui prévalait auparavant

A la suite de son développement dans les pays scandinaves et anglo-saxons, la logique inclusive s'est déployée progressivement en France. Ce mouvement apparu dans les établissements sociaux et médico-sociaux a été favorisé par la limitation du paternalisme médical et par l'essor d'un mouvement de légitimation de la parole des usagers portée par les associations. Cette vision inclusive est née dans le secteur du handicap et se développe progressivement dans le champ des personnes âgées. Dans les établissements, la logique inclusive correspond à la possibilité, pour un résident, de participer aux décisions qui le concerne. Les solutions proposées aux résidents doivent être élaborées par eux-mêmes, afin de développer leur autonomie. Il s'agit ainsi pour les résidents d'être pris en charge sans dépossession de soi, comme le souligne Florence Weber dans son article « *Etre pris en charge sans dépossession de soi* ». La logique inclusive est plus complexe lorsque les résidents « *perdent la capacité à décider* ».

Le recul du paternalisme médical, comme le souligne Bernice Elger dans *Le paternalisme médical : mythe ou réalité ?* favorise un accroissement de la place accordée

aux personnes dans la définition de leur parcours. Protéger un résident ou un patient en allant à l'encontre de ses souhaits est désormais considéré comme illégitime. Les décisions ne doivent plus être verticales mais co-construites entre les professionnels et les résidents. La logique inclusive s'est développée progressivement dans les établissements sociaux et médico-sociaux, provoquant un changement de paradigme avec la logique d'intégration qui prévalait. Dans ce cadre, le projet individuel de chaque résident doit être pris en compte, en lien avec le projet d'établissement, afin d'entendre et de prendre en considération les besoins et aspirations particuliers de chaque résident. Dans les EHPAD, l'arrivée progressive des personnes nées pendant la période du baby-boom induit un changement culturel et générationnel. Les résidents attendent désormais une plus grande association aux décisions qui les concernent.

La coopération entre le milieu ordinaire et les secteurs social et médico-social est la deuxième composante de la logique inclusive. L'intégration scolaire, professionnelle ou citoyenne semble indispensable. D'une part, les établissements nouent des liens avec les différents acteurs du territoire (logement, urbanisme, transports, école, culture, sports) afin que leurs résidents ne connaissent pas de ruptures à partir de leur entrée en établissement et tout au long de leur accompagnement. D'autre part, les personnes âgées ou les personnes en situation de handicap sont plus régulièrement associées aux débats qui les concernent. Un interlocuteur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) souligne, dans un entretien, que « *l'ouverture de l'établissement sur son environnement, et inversement, est une dimension de l'autonomie au quotidien* ». En effet, les établissements doivent être présents dans la ville afin de changer le regard de la société sur les populations vulnérables, à l'image des projets qui associent établissements, associations et acteurs institutionnels. Les représentations sociales évoluent progressivement mais de façon lente, comme le souligne Vincent Caradec dans *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*.

I.1.3 La logique inclusive a progressivement imprégné l'ordre juridique français

La consécration des droits des usagers et de l'exercice de leur citoyenneté par les lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002⁶ a constitué une première étape vers un changement des pratiques en faveur de l'inclusion. La loi du 2 janvier 2002 instaure des outils dans les

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

secteurs social et médico-social, tels que la charte des droits et des libertés et le Conseil de la Vie Sociale (CVS), pour répondre à ces nouvelles exigences. La loi du 4 mars 2002, affirme quant à elle, le droit des patients de prendre toutes les décisions relatives à leur santé, afin que les questions de santé ne soient plus seulement débattues par des experts et des professionnels.

Alors que le secteur du handicap était organisé autour de la logique d'intégration depuis la loi du 30 juin 1975⁷, la loi du 11 février 2005, sans définir, ni mentionner l'inclusion, donne des fondements juridiques à l'adaptation de la société aux personnes en situation de handicap. A ce titre, elle leur permet de choisir librement leur projet de vie grâce notamment à l'élaboration de « *projets de vie personnalisés* » au sein des établissements. Enfin, la participation des personnes en situation de handicap est renforcée, en prévoyant leur représentation par le biais d'associations, notamment dans les commissions exécutives et les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (M.D.P.H.).

En parallèle, la logique de parcours structurant les politiques publiques vise à adapter les moyens aux besoins des usagers. Déclinés à l'échelle des établissements médico-sociaux, les « *parcours de vie* » envisagent l'utilisateur dans son environnement et conduisent ainsi à personnaliser sa prise en charge conformément à ses attentes et ses besoins et à améliorer son interaction avec les acteurs extérieurs à l'établissement. Dans ce cadre, la réforme, initiée en 2014, du financement des établissements médico-sociaux relevant du secteur des personnes handicapées, appelée « *SERAFIN-PH* » (Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées), vise à allouer aux établissements les ressources financières sur la base des besoins des personnes accompagnées et non plus en fonction de leurs déficiences. De même, afin d'améliorer le parcours des personnes en situation de handicap, la démarche « *Réponse Accompagnée Pour Tous* », issue du rapport de D. Piveteau du 18 juin 2018, instaure pour les MDPH l'obligation d'élaborer un Plan d'Accompagnement Global (PAG), en l'absence de réponse institutionnelle adaptée.

⁷ Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Enfin, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015⁸ a étendu l'ancrage juridique de la logique inclusive aux dispositifs destinés aux personnes âgées. Affectant un spectre large de politiques publiques, elle a pour objectif, selon le ministère des Solidarités et de la Santé, de « *donner les moyens aux personnes âgées, même fragilisées, d'être actrices de leur parcours* », tout en cherchant à provoquer un « *changement de regard sur la vieillesse* ». Pour ce faire, elle renforce, les dispositifs d'accompagnement à domicile par des proches aidants, les mesures d'évaluation de la situation dans le cadre de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA) domicile ainsi que la prévention de la perte d'autonomie, à travers notamment les résidences autonomie et l'habitat inclusif. Les évolutions législatives et réglementaires ont progressivement modifié les pratiques quotidiennes des directeurs, de l'encadrement et des professionnels.

I.2 Les pratiques managériales et professionnelles ont dû évoluer avec le développement de la logique inclusive dans les établissements et sur le territoire

I.2.1 La logique inclusive agit sur les pratiques managériales et professionnelles dans les établissements, faisant évoluer le positionnement des acteurs, les fonctions supports et la gestion de projet

Les directeurs et les cadres adaptent progressivement leur gestion quotidienne pour inclure les personnes dans les établissements et sur le territoire. Les managers prennent davantage en compte les exigences légales et mettent en place un accompagnement des équipes afin de mener à bien leurs missions. Habités jusqu'ici à des modèles bureaucratiques d'organisation, les managers s'inspirent d'outils managériaux pour repenser leurs pratiques de gestion. En effet, la logique inclusive bouscule les pratiques professionnelles en passant d'un « *travail sur autrui* » à un « *travail avec autrui* », selon le directeur d'un hôpital gériatrique. Dans ce cadre, un directeur d'un IEM a insisté sur l'importance d'élaborer exclusivement des projets individualisés lors de réunions auxquelles participent la personne accueillie, sa famille ainsi que les professionnels. De même, dans un EHPAD du Sud-ouest de la France, l'infirmière coordinatrice mettait en avant, quant à elle, la manière dont avait été mis en place le projet d'inclusion : « *Ce projet a été mis en œuvre selon le point de vue des professionnels et a évolué pour s'adapter aux besoins et répondre*

⁸ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

au mieux aux demandes des usagers ». Les enjeux sont désormais multiples : économique, déontologique et éthique. Un professionnel d'un établissement social accueillant des familles selon une démarche inclusive a ainsi indiqué que les « *professionnels doivent toujours veiller à respecter l'intimité des personnes accueillies* ». L'évolution des projets et des pratiques est particulièrement nécessaire dans les établissements. Aussi, lors d'entretiens dans un IME et dans un IEM, les directeurs ont souligné que la logique inclusive favorise le retour en milieu ordinaire mais conduit en parallèle à diversifier le profil des personnes accueillies. Par ailleurs, dans un EHPAD observé, la création d'une Unité de Vie pour Personnes Handicapées Âgées (UVPHA) a démontré l'importance de l'adaptation des pratiques professionnelles lors de la mise en œuvre de la logique inclusive. Depuis l'ouverture de l'unité, les professionnels du soin acquièrent de nouvelles compétences, en particulier en ce qui concerne leur posture professionnelle vis-à-vis des résidents. Une infirmière de l'EHPAD cite l'exemple de « *l'affichage des menus, qui a été adapté avec des pictogrammes afin de répondre aux spécificités du handicap, et finalement, cela se révèle utile pour tous les résidents* », mettant ainsi en avant à la fois la nécessité de préparer les professionnels au changement, puis de les former aux nouveautés à mettre en place. Un accompagnement tout au long de la mise en œuvre est nécessaire.

Les projets d'inclusion mobilisent les professionnels et les managers, qui doivent savoir faire preuve de capacité d'entraînement et de motivation des équipes. Ainsi, dans un IEM, un agent affirme : « *le directeur a depuis son arrivée pour objectif de développer l'inclusion scolaire* », ce qui démontre l'importance de l'implication personnelle des managers. De plus, la sensibilité des agents à la question de l'inclusion joue également un rôle important. Dans les secteurs social et médico-social, le profil du directeur-manager succède au profil du directeur-gestionnaire. En somme, la mise en œuvre d'un projet inclusif suppose un directeur « *qui sait mobiliser ses équipes, élaborer et gérer des projets transversaux, construire des partenariats* »⁹). Pour obtenir l'adhésion des équipes, il est essentiel d'établir un climat de confiance, de communiquer de façon adaptée aux cultures professionnelles. Ce travail collectif doit associer régulièrement les usagers pour être efficace. Depuis 2002 la mise en place des CVS en EHPAD est obligatoire. Le directeur d'un EHPAD situé dans le bocage normand précise « *la participation des résidents participent au CVS, c'est essentiel, mais si on ne fait rien derrière pour mettre en place des actions, ils ne participeront pas* ». En effet, il y a besoin de favoriser les expressions

⁹ Enquête KPMG, « *EHPAD : vers de nouveaux modèles ?* », 2015

singulières qui viennent enrichir les dispositions d'ensemble. De cette façon, les établissements pourront enrichir l'action collective et la créativité organisationnelle.

Dans un contexte législatif mouvant, les concepts d'efficacité et de performance deviennent de plus en plus prégnants dans le monde des établissements sociaux et médico-sociaux. L'approche managériale peut faire émerger des projets qui permettent de concilier l'optimisation de l'organisation et l'atteinte des objectifs du service public. Dans cette nouvelle manière de gouverner, la performance financière des établissements tient une place importante. Cette notion est présente dans les contrats qui engagent le directeur avec ses autorités de tarification. Dans un contexte budgétaire contraint, le financement de projets inclusifs innovants « *va être déterminant pour franchir le pas de la mise en place organisationnelle* », comme le souligne un directeur d'EHPAD dans un entretien.

I.2.2 L'émergence des parcours et de la personne actrice des décisions relatives à son projet de vie a progressivement inscrit les managers, les cadres et les professionnels dans une démarche partenariale

L'émergence des parcours et de la personne actrice des décisions relatives à son projet de vie a progressivement inscrit le manager dans une démarche partenariale.

Un établissement ou service médico-social ne peut pas permettre des parcours fluides et sans rupture sans coopérer avec les acteurs extérieurs car il ne dispose pas en son sein de toutes les ressources, compétences et services. La coopération entre établissements et services d'un même territoire par le biais d'outils juridiques plus ou moins intégrés sonne comme une opportunité pour déployer des stratégies de filières. A ce titre, un directeur d'IEM indique que « *après la définition de notre stratégie, si nous n'avons pas les moyens, il faut aller les chercher ailleurs* ». Au-delà de l'intérêt économique d'une mutualisation des moyens et des fonctions supports, il s'agit d'une stratégie territoriale au service d'un parcours d'accompagnement médico-social plus global. De cette manière, une pédopsychiatre souligne, dans un entretien, « *les enfants doivent être suivis sur l'ensemble de la ville, de l'école aux loisirs, sans coupure entre les différents moments* ». De plus, un professionnel d'un IME a souligné que l'ouverture vers l'extérieur des prises en charge présente des avantages économiques, tout en renforçant l'inclusion des personnes accompagnées.

Les partenariats sont d'autant plus nécessaires lorsque le soin nécessite d'être intégré à l'accompagnement médico-social. A ce titre, l'élaboration des Projets Régionaux de Santé (PRS) promeut une approche transversale de l'offre au profit de l'organisation de véritables parcours de santé en articulant soin et accompagnement médico-social. A titre d'exemple et à l'échelle des EHPAD, 55 % en moyenne des résidents des EHPAD sont en GIR 1-2, selon la CNSA, soit à un niveau de dépendance élevé. Aussi, afin d'éviter une trop forte médicalisation de ces structures, tout en maintenant l'accessibilité aux soins pour les résidents, le développement de la télémédecine, l'intervention de l'Hospitalisation A Domicile (HAD) ou encore des maisons de santé adossées à des EHPAD apportent non seulement un cadre sécurisant pour les soignants et résidents mais permettent aussi un échange de pratiques et de savoir-faire. La généralisation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) pourrait aider à la mise en œuvre de ces parcours, en définissant le périmètre d'intervention des structures. De même, le dispositif intégré IME / Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) conforte à nouveau l'idée que les managers de structures et services doivent offrir des parcours modulaires, plus souples et inscrire leurs projets d'établissement sur des espaces et temporalités élargis dépassant le cadre « *fermé* » de la structure. Les entretiens menés ont mis en exergue la prise en compte des acteurs du territoire par les projets de service et de pôle des établissements. Dans ce cadre, un directeur d'IME indique que « *je ne suis jamais dans mon bureau ; je dois me déplacer à l'extérieur très souvent* ». De fait, agir pour développer les parcours suppose pour les managers de rendre compte différemment de leurs actions aux autorités de tarification, renforcer et adapter leurs outils, notamment les tableaux de bord.

Aussi, des acteurs institutionnels et opérationnels sont amenés à collaborer ensemble, avec des visions métiers et contraintes structurelles différentes, plus particulièrement entre les secteurs médico-sociaux et sanitaire, comme le souligne une pédopsychiatre dans un entretien. Enfin, la mise en œuvre du projet individualisé de l'individu, de la réponse à ses besoins selon une véritable logique inclusive nécessite également une interaction renforcée des structures avec l'environnement. Un agent d'un établissement social nous confie ainsi : « *le territoire est riche en partenaires, donc on s'appuie sur eux pour prévenir la perte de lien social chez les personnes accueillies* ». L'objectif étant d'éviter les ruptures avec le milieu de vie ordinaire et de rendre effective la participation sociale de l'utilisateur accompagné. Les CVS inter-établissements peuvent contribuer à dynamiser l'expression de la parole des usagers sur un même territoire, à partager des pratiques permettant une meilleure participation de l'utilisateur aux décisions concernant son cadre de vie. En conséquence, le

EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018 - 11 -

manager est amené à encourager davantage la mise en réseau des représentants des personnes accompagnées. Tel est le cas lorsque se constituent des CVS à l'échelle d'un département.

L'ouverture sur l'environnement des personnes accompagnées est une composante essentielle du maintien de l'autonomie et des liens sociaux. Aussi, la logique inclusive incite de plus en plus les établissements et services à créer de l'interaction avec les espaces de sociabilité environnants et ainsi de cultiver l'esprit d'ouverture : bénévoles, associations, chorales, etc.

II. Face aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la logique inclusive, les pratiques professionnelles et managériales vont devoir s'adapter

II.1 En dépit de certaines limites rencontrées, les managers disposent de leviers pour associer les professionnels et les usagers à leurs projets

II.1.1 Une mobilisation limitée des professionnels et des usagers ainsi que des difficultés structurelles compliquent la mise en œuvre de démarches inclusives

Les managers et les professionnels éprouvent parfois des difficultés à mettre en œuvre des pratiques inclusives en raison d'une forme de résistance au changement des équipes au sein des établissements et des acteurs du territoire. Cette résistance, pouvant s'observer au regard des traits culturels mis en évidence par P. D'Iribarne dans *La logique de l'honneur* (1989), résulte à certains égards d'un écart entre les formations et les pratiques. A ce titre, deux directeurs ont souligné que l'orientation stratégique en matière d'inclusion qu'ils impulsent au sein de leur établissement, découle de leur précédente carrière au sein du ministère de l'éducation nationale où ils participaient à l'inclusion scolaire. A l'inverse, ils ont souligné que leur équipe n'était pas toujours formée à l'inclusion. A cet égard, une assistante sociale d'un IME indique : « *je suis parfois un peu sceptique sur l'inclusion car c'est pas approprié pour tout le monde* ». Pour autant, l'implication des acteurs demeure primordiale. Philippe Bernoux constatait dans *Sociologie du changement* (2004) qu'en l'absence d'implication des différents acteurs dont les managers, les changements ne se produisent pas. Une responsable d'un café-mémoire, ancienne directrice, explique que « *les directeurs sont tellement occupés au quotidien par la mise en œuvre des nombreuses*

réformes, qu'ils n'ont pas toujours le temps et la motivation pour travailler sur des sujets innovants ».

De plus, les usagers et leurs familles sont parfois réticents à s'exprimer. L'absence de revendications explicites des usagers constitue également une forme de résistance au changement. Dans certains établissements, les usagers ne suggèrent pas de nouveautés à mettre en place car ils sont satisfaits de ce qui est mis en place, ce qui peut freiner la créativité en matière d'inclusion dans les établissements. Une pédopsychiatre nous confiait : *« les usagers ne sont pas en demande, ce qui pose problème car mes collègues attendent souvent qu'on leur demande d'agir pour changer de pratiques. »*. Certains de nos entretiens ont ainsi pu mettre en évidence que les personnes accompagnées ne percevaient pas toujours l'intérêt de leur participation. Un agent d'un IME nous a confié que les *« personnes n'osent pas toujours s'exprimer car elles pensent que les professionnels savent mieux qu'elles ce qu'il leur faut »*. De même, le directeur d'un EHPAD affirme ainsi dans un entretien : *« les usagers ou leurs familles ne veulent pas toujours plus d'inclusion, n'ont pas toujours le temps de s'impliquer ou ne peuvent pas »*. Il ajoute ainsi : *« les familles ne veulent pas intervenir sur tous les sujets et parfois n'osent pas intervenir car ils sont déjà très heureux d'avoir une place dans l'établissement »*.

La formation des professionnels apparaît parfois insuffisante pour répondre aux particularités de l'accompagnement. Une aide-soignante d'un service gériatrique affirme ainsi dans un entretien : *« je ne vois pas l'intérêt de réaliser des formations, pour moi c'est normal de faire ça [actions d'inclusion], j'agis comme si c'était mes grands-parents »*. Selon un usager interrogé, le manque d'inclusion par les professionnels provient d'un temps limité laissé à la parole de la personne pour qu'elle exprime ce dont elle souffre. Les formations adaptées pour modifier les représentations des professionnels et dépasser les préjugés sont indispensables.

La prise en compte des spécificités de chacun est complexe car les équipes doivent apporter une réponse individuelle, non seulement sur l'établissement mais également sur le territoire. Selon la CNSA, il s'agit de *« faire en sorte que la personne ne perde pas sa citoyenneté et sa capacité à participer socialement en entrant dans l'établissement »*. Les efforts semblent d'autant plus nécessaires pour les personnes qui sont accompagnées à leur domicile, celles-ci se retrouvant, de fait, à l'écart de tout collectif. La structure qui organise le service joue, dans ce cas, un rôle encore plus décisif et doit susciter la mise en réseau de ces personnes en facilitant leur rencontre.

II.1.2 Plusieurs projets étudiés portent des éléments de nature à faciliter l'atteinte d'objectifs d'inclusion des usagers

Une démarche inclusive réussie suppose le partage d'une idée commune de l'inclusion et une implication d'acteurs issus d'horizons différents. En amont, l'association de l'ensemble de ces mêmes acteurs dans la définition des besoins et de l'organisation de l'initiative, facilite également la mise en œuvre du projet. Les projets qui s'inscrivent résolument dans cette logique sont vecteurs de liens sociaux et d'engagements réciproques. L'existence d'un fil conducteur commun à l'action semble nécessaire afin de limiter le risque que ces mesures manquent de cohérence et de sens. Si la logique inclusive doit être un principe d'action interministériel, elle doit aussi imprégner l'ensemble des acteurs de la société civile. En effet, l'inclusion est un projet de société, ce qui implique un changement des représentations sociales. Aussi, l'inclusion suppose l'implication de tous les acteurs puisque par essence, elle ne peut être l'apanage des seuls professionnels des secteurs social et médico-social. La mise en place des Groupes Opérationnels de Synthèses paraît être une avancée dans le « *travailler ensemble* » et avec l'utilisateur dans la définition d'un projet de vie. Ainsi, la co-construction d'un projet impliquant professionnels et usagers est une étape à consolider dans le cadre d'une démarche d'inclusion puisqu'elle incite au changement culturel.

Le développement de liens sociaux entre les publics différents pour favoriser l'inclusion doit également être impulsé par les managers. La direction d'une résidence dans l'ouest de la France qui réunit des personnes âgées, des étudiants, des familles, des salariés et des personnes en situation de handicap a saisi l'enjeu de création de lien social entre les publics logés en identifiant un profil de poste dédié, celui d'animateur de lien social. Le restaurant associatif intégré dans la résidence est également propice aux temps de rencontres et de convivialités. Ce modèle de mixité générationnelle est le fruit d'un travail partenarial rassemblant des associations, la mairie et autres acteurs locaux tels que le conseil départemental.

Au niveau du management opérationnel, l'accompagnement des professionnels dans ce changement de paradigme doit se traduire par une attention particulière au sentiment de remise en cause de l'identité professionnelle. Si le travail demandé ne peut pas s'appuyer sur les connaissances acquises pendant la formation, les agents peuvent ressentir une instabilité qui oblige les professionnels à se définir autrement. De cette manière, le sociologue Claude

Dubar souligne dans *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles* - que les identités professionnelles peuvent être déstabilisées lors de changements managériaux. Les managers doivent accompagner ces transformations identitaires afin que la qualité de vie au travail des équipes soit favorisée, de même que la reconnaissance professionnelle.

Enfin, la mise en œuvre de projets inclusifs nécessite l'inscription de l'établissement dans le dialogue de gestion avec les autorités de tarification. Aussi, la généralisation des CPOM peut s'accompagner d'une formalisation précise des objectifs d'actions inclusives et d'un engagement clair sur l'allocation des moyens correspondants. Enfin, si la logique inclusive implique pour une large part les directions des établissements et services, l'implication et le positionnement des autorités de tarification sont fondamentaux, à nouveau pour la garantie d'une feuille de route partagée.

II.2 Des innovations et des évolutions sociétales permettent d'entrevoir de nouvelles transformations des pratiques managériales et professionnelles

II.2.1 Des formes innovantes de démarches inclusives voient le jour en dehors des établissements, dont les managers pourraient s'inspirer dans leurs actions quotidiennes

De nombreux dispositifs relativement récents et inspirés de modèles étrangers viennent questionner le management et les pratiques professionnelles en institution ou en milieu ordinaire. Nous pouvons évoquer l'habitat inclusif (ou « *alternatif* ») qui est un mode d'accompagnement innovant et alternatif à « *l'institutionnalisation* ». D'après l'étude du collectif « *Habiter Autrement* » intitulée *L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné, prenant en compte le vieillissement, cet habitat est un logement dont « le principe actif et commun est de compter sur l'implication des personnes concernées et le lien social pour faire face au vieillissement »*. Il est accompagné par des acteurs divers qui « *entendent laisser une place à la participation des citoyens vieillissants dans la définition et la gestion des projets d'habitat qui les concernent* ». Ces habitats inclusifs sont, par ailleurs, mis en place par des acteurs divers tels que des collectivités locales, des bailleurs ou des associations. Pourtant, il ne s'agit pas nécessairement de sortir les personnes des institutions classiques. Ce type d'habitat « *est complémentaire de l'offre en établissement et correspond à une évolution des attentes citoyennes : désinstitutionnalisation, désir d'être*

acteur de sa propre vie, de décider soi-même où mettre le curseur entre sécurité et autonomie, individuel et collectif »¹⁰. A travers cela, les personnes accompagnées peuvent se saisir de leur environnement et avoir un contrôle sur leur vie. « *On fait tout* » dit un locataire d'un quartier inclusif pour adultes en situation de handicap mental dans le Nord : courses, cuisine etc. Les personnes n'ont pas développé de nouvelles capacités, mais les dispositifs mis en place (guidage, suivi distancié, apprentissages...), permettent de mieux mettre en valeur celles qui étaient présentes mais dormantes.

De plus, il existe des habitats participatifs et solidaires pensés par les personnes âgées elles-mêmes. Ainsi, d'après le projet d'établissement d'une structure de ce type, qui accueille exclusivement des femmes âgées, l'objectif est « *d'habiter, de vivre et de vieillir autrement* ». L'établissement est une alternative au maintien à domicile et prône l'ouverture sur la ville et la société. A cet égard, les habitantes de la maison construisent, toutes ensemble, le projet de vie sociale participatif de l'établissement. En dehors de cet exemple, d'autres initiatives ont été déployées auprès des personnes âgées telles que l'habitat intergénérationnel. Cet habitat accueille différentes générations (étudiants, familles et personnes âgées) dans un même ensemble résidentiel afin de renforcer la solidarité, éviter l'isolement de chacun et assurer une certaine qualité de vie. Les usagers disposent ainsi de logements individuels adaptés à leurs attentes et besoins dans des complexes immobiliers composés d'espaces communs. De plus, l'inclusion ne doit pas se limiter à l'aménagement de certains types d'habitats mais doit poursuivre l'accompagnement des personnes aux décisions qui les concernent, tout en prévoyant des espaces d'échanges et de partage.

D'autres projets sont à l'essai tels que les EHPAD hors les murs. Les établissements que nous avons contactés ont mis en place des projets financés par les ARS dans le cadre du dispositif Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) mais restent expérimentaux. L'EHPAD hors les murs a pour objectif de maintenir à domicile des personnes âgées atteintes de démence de type Alzheimer. Dans un EHPAD hors les murs visité, un infirmier est présent la nuit et se déplace au domicile en cas d'appel. Le suivi est, notamment, assuré par l'intermédiaire de tablettes numériques auprès des personnes en capacité de les utiliser. A cet égard, l'EHPAD hors les murs permet de préserver son logement, son environnement et les habitudes de vie de la personne accompagnée et donc de

¹⁰ Cf. COLLECTIF « HABITER AUTREMENT », L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné ; prenant en compte le vieillissement, Mars 2017.

ne pas l'exclure de son quotidien. En ce sens, le projet est inclusif. Toutefois, cette expérimentation relève uniquement d'un accompagnement nocturne, par l'intermédiaire de tablettes numériques, ce qui peut nuancer la dimension d'inclusion des personnes prises en charge.

II.2.2 Les pratiques professionnelles et managériales vont davantage s'adapter sous l'impulsion des évolutions technologiques et sociétales en cours

Les évolutions sociétales, associées à l'essor des technologies numériques, bouleversent les pratiques professionnelles et le rôle des managers en permettant une plus grande inclusion des personnes accueillies.

L'appropriation par chacun des technologies numériques provoque une modification du rapport entre les professionnels et les usagers et des liens entre les professionnels. A ce titre, si les nouvelles technologies sont essentielles pour structurer le parcours des usagers, elles induisent des évolutions managériales. Aussi, dans le cadre d'un entretien, le directeur d'un IEM a indiqué à propos de la personne en charge des systèmes d'information: *« c'est comme dans le livre de Michel Crozier et Erhard Friedberg, L'acteur et le système, c'est elle qui a le pouvoir et on doit s'adapter »*. Aussi, l'application de la logique inclusive dans les établissements renforce la tendance présente depuis plusieurs années selon laquelle les directeurs doivent adapter leur mode de management aux emplois critiques et sensibles qu'occupent leurs agents. Le directeur d'un hôpital gériatrique en région parisienne met en avant les nombreux avantages du numérique dans son établissement : *« avec l'e-inclusion, les soignants vont plus vite, ils ne perdent pas de temps à tout écrire »*. Il ajoute que *« les patients ont accès plus rapidement à leur dossier »*. Les managers s'emparent progressivement de ces outils pour développer de nouvelles formes de management, plus *« participatives »* et collectives, ce qui est une condition de la réussite de l'e-inclusion. A cet égard, le Conseil National du Numérique souligne dans un rapport de 2013 (Citoyens d'une société numérique) que *« la question de l'appropriation par chacun des technologies numériques s'impose, car elle conditionne l'inclusion numérique (ou e-inclusion), c'est-à-dire l'inclusion de l'individu dans une société et une économie où le numérique joue un rôle essentiel »*.

Par ailleurs, les directeurs doivent assurer une conciliation entre un impératif de sécurité et une exigence de liberté individuelle. En effet, la sécurité peut être mise en cause

par la possibilité accrue des usagers d'accéder à divers dispositifs au sein d'un parcours. Ainsi, une aide-soignante dans un hôpital gériatrique en région parisienne affirme ainsi : « *on doit laisser une autonomie aux résidents, ce qui est compliqué pour nous, car on doit les surveiller sans les empêcher de vivre* ». Les managers et les autres professionnels doivent modifier leurs pratiques pour mettre en œuvre une action sur l'ensemble d'un territoire, fondée sur un management participatif associant l'ensemble des acteurs, permettant de concilier sécurité et liberté. De même, un agent d'un établissement accueillant des personnes en situation de handicap a souligné que la logique inclusive, notamment l'inclusion scolaire, pouvait conduire à fragiliser les enfants lorsque ces derniers subissaient un échec lors de leur inclusion dans le milieu ordinaire. A l'inverse, le développement des parcours peut limiter les libertés individuelles. Dans ce cadre, les managers s'engagent progressivement pour encadrer les évolutions en cours dans les établissements, afin d'accompagner ces transformations.

III. Des pistes d'amélioration doivent désormais être mises en œuvre dans le cadre d'un plan opérationnel managérial

III.1 Impulser une dynamique d'inclusion sur le terrain nécessite d'être accompagnée par les acteurs institutionnels

Recommandation n°1 : Définir une politique de formation incluant l'inclusion comme axe prioritaire.

Il revient aux pouvoirs publics de porter la logique inclusive en définissant des axes prioritaires de formation. Tout d'abord, les référentiels des formations initiales des professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social devraient inclure la dimension inclusive. De plus, les programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) doivent intégrer l'exigence d'inclusion. Enfin, elle doit être présente dans les axes prioritaires de formation continue définis au niveau national pour une déclinaison opérationnelle au sein des établissements.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Développer les savoirs, le savoir-être, le savoir-faire et les compétences des professionnels.• Faciliter la mise en œuvre des démarches inclusives par les agents.	<ul style="list-style-type: none">• Suppose une volonté forte des pouvoirs publics.• Nécessite l'adhésion des professionnels.

Recommandation n°2 : Création d'un guide méthodologique pour accompagner les établissements dans le pilotage de leurs démarches inclusives.

Afin que les managers puissent piloter des projets inclusifs au sein de leurs structures, ils doivent avoir à leur disposition un guide méthodologique, élaboré par un groupe de travail associant la CNSA, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP). Ce guide comprendrait notamment une méthodologie à l'usage des professionnels pour la mise en œuvre de projets inclusifs innovants et les alerterait sur les points de vigilances.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Construction du guide en s’inspirant de référentiels et dispositifs innovants déjà existants, fournissant une référence commune aux établissements. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à laisser une marge d’autonomie aux établissements pour ne pas restreindre les initiatives.

Recommandation n° 3 : Pérenniser le financement des projets inclusifs par les autorités de tarification.

Si la généralisation des CPOM offre une vision pluriannuelle d’allocation des ressources, la mise en œuvre de projets inclusifs et innovants suppose un engagement explicite et stable des différents financeurs.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux directeurs de s’engager sur le long terme pour des recrutements ou actions de formations. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à expliciter les objectifs lors du dialogue de gestion afin que les financements soient correctement alloués.

III.2 Au niveau des établissements, il est du ressort des directeurs de porter la logique inclusive au sein de leurs organisations

III.2.1 Les managers

Recommandation n°4 : Renforcer et développer des partenariats avec les acteurs du territoire.

Dans l’objectif de permettre aux personnes accompagnées de conserver leurs habitudes de vie et de réaliser leurs aspirations, il est nécessaire que les directeurs de structures s’ouvrent sur leur territoire, en tissant des relations avec les acteurs locaux (exemples : services municipaux, institutions culturelles et de loisirs, associations...).

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Améliore l'accompagnement des personnes et accroît leur participation sociale. • Dynamise le tissu local. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les structures doivent veiller à ce que l'utilisateur reste maître de son parcours de vie. • Risque d'inégalités territoriales en raison des disparités locales.

Recommandation n°5 : Affirmer la logique inclusive comme axe fort du projet d'établissement.

Le projet d'établissement doit affirmer l'inclusion comme valeur incontournable de la politique de la structure. Elle doit également être rappelée dans tous les documents institutionnels, y-compris le livret d'accueil. Dans un premier temps, une présentation est faite au sein des instances (Conseil d'Administration, CVS, etc.) afin d'expliquer le sens de cette démarche. Enfin, elle trouvera ensuite une déclinaison opérationnelle dans des outils favorisant la participation des usagers.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilise et associe l'ensemble des professionnels de l'établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Doit s'inscrire dans le cadre d'une stratégie de communication globale

Recommandation n°6 : Anticiper l'évaluation des projets avec des indicateurs pour assurer la pérennité des projets.

L'évaluation doit être prévue en amont, dès la phase de conception des projets inclusifs, en veillant à associer les usagers à chaque étape du processus. Elle doit se fonder sur des indicateurs précis, comme les conditions d'intégration des usagers dans l'établissement, leur participation aux instances, la prise en compte de leurs habitudes de vie, etc. Une méthodologie de projet structurée, évaluée par des indicateurs, est indispensable pour s'assurer de la bonne mise en œuvre d'un projet innovant.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Apprécier l'écart entre les objectifs et les résultats obtenus. • Questionner les pratiques et prendre d'éventuelles mesures correctrices. 	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ne pas multiplier les indicateurs. Ces derniers doivent être spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels.

Recommandation n°7 : Faire intervenir des professionnels provenant de pays où la logique inclusive est plus aboutie.

Des interventions de professionnels étrangers connaisseurs des bonnes pratiques permet d'accompagner les managers dans la mise en œuvre de la logique inclusive. Elles pourront prendre la forme de formations et de séminaires.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Partage de bonnes pratiques et découverte de méthodes innovantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Complexité d'organisation, notamment pour les petits établissements. • Coût financier.

Recommandation n°8 : Encourager le développement d'outils numériques dans les établissements.

Dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, le changement générationnel en cours engendre un accroissement des demandes d'accès aux technologies numériques. Dans ce cadre, il est indispensable d'anticiper cette évolution sociétale en développant le recours aux dispositifs numériques (exemples : tablettes, ordinateurs portables, robotique, domotique etc.) et en formant les professionnels à leur utilisation.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser le maintien et la création des liens sociaux. • Accès facilité aux données et démarches personnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coût financier. • Risque en terme de sécurité des données personnelles. • Vulnérabilité de certains publics face à la cybercriminalité.

III.2.2 Professionnels

Recommandation n°9 : Développer les retours d'expérience entre pairs afin de faire évoluer les pratiques en faveur de l'accompagnement individualisé des usagers.

Des réunions régulières doivent être organisées entre les différents professionnels de l'établissement afin d'échanger sur l'accompagnement des résidents. Ces réunions permettront d'établir un état des lieux, d'identifier les points forts, les difficultés et les pistes d'amélioration.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none">• Permet la confrontation des points de vue, le questionnement des pratiques et usages et de soulever des problèmes.• Favorise la cohésion des équipes professionnelles.	<ul style="list-style-type: none">• Suppose une mobilisation des agents sur leur temps de travail.• Risque d'un investissement inégal de la part des agents, selon leur intérêt, leur profession et leur expérience.

Recommandation n°10 : Adopter des pratiques professionnelles respectueuses des rythmes et choix de vie des usagers.

La logique inclusive impose des pratiques professionnelles adaptées à chaque usager. De cette façon, il est nécessaire, à titre d'exemple :

- d'organiser son travail en fonction des rythmes de vie des usagers (heures du lever, du coucher, des repas etc.) ;
- d'organiser des ateliers de simulation du vieillissement et du handicap afin que les professionnels se mettent dans la peau des usagers dans l'objectif d'adapter leurs pratiques ;
- de garantir une vie en institution proche de celle à domicile, afin de limiter les ruptures (professionnels en tenue civile, préparation de repas communs entre usagers et professionnels, animations conformes aux souhaits des usagers) ;
- de respecter la confidentialité et le droit à la vie privée des usagers.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Cohérence entre les valeurs affichées et les pratiques professionnelles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas être trop prescriptif afin de toujours respecter les choix des usagers.

III.3 Au niveau des usagers et de la société civile

Recommandation n°11 : Encourager la participation effective des usagers à la vie de l'établissement.

L'établissement doit permettre aux usagers d'être codécideurs de l'essentiel des actions au sein de celui-ci. Par ailleurs, ils doivent être force de proposition en matière de démarches inclusives (boîtes à idées, organisation de réunions, recours à des interprètes, etc.).

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'effectivité de la participation des usagers et enrichir les pratiques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Certains usagers n'ont pas les capacités cognitives suffisantes pour s'exprimer.

Recommandation n°12 : Favoriser les liens avec les associations d'usagers et les familles.

Les établissements peuvent solliciter les associations du territoire afin de co-construire certains projets, de renforcer les liens et de s'assurer que les actions sont en cohérence avec les souhaits des usagers et de leurs familles. Confier à des personnes en service civique des missions liées à l'inclusion permettrait de soutenir les démarches.

Avantages	Points de vigilance
<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les échanges, développer des projets réellement inclusifs dans lesquels les familles et associations auront participé à la conception et la mise en œuvre des dispositifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité d'avoir un panel d'usagers représentatifs. • L'engagement des familles peut varier selon leurs disponibilités et les sujets évoqués.

Conclusion

Les professionnels, dont les managers, des établissements sociaux et médico-sociaux ont progressivement adapté leurs pratiques afin de mettre en œuvre la logique inclusive. Les directeurs s'adaptent à la fois aux volontés des pouvoirs publics de renforcer le virage inclusif et aux nouvelles attentes sociétales. L'inclusion nécessite de penser des dispositifs innovants et alternatifs à l'institutionnalisation qui remettent en question les pratiques actuelles des professionnels. En interne, le directeur doit alors assurer un accompagnement des équipes afin qu'elles puissent mener à bien leurs missions. Les professionnels acquièrent de nouvelles compétences et réorientent leur posture professionnelle vis-à-vis des usagers pour davantage de réponses individualisées à leurs aspirations et projet de vie.

Si l'inclusion implique la définition d'une stratégie d'ouverture sur le territoire, il ressort de nos entretiens le rôle primordial des directeurs dans l'impulsion d'une dynamique inclusive auprès des équipes. La mise en œuvre de la logique inclusive doit être incarnée par des directeurs engagés afin qu'elle se traduise par des modifications non seulement institutionnelles mais surtout, par la transformation des pratiques professionnelles quotidiennes. A ce titre, le directeur se doit de communiquer auprès des équipes sur le sens de cette nouvelle culture transformant leur exercice professionnel.

La logique inclusive, dans ses différentes composantes et traductions, peut favoriser un meilleur accompagnement des usagers sans être une contrainte supplémentaire pour les professionnels, à condition d'être mise en œuvre de façon concertée. Nos recommandations, s'inscrivant dans un plan opérationnel managérial, ne peuvent être mises en œuvre sans l'association de l'ensemble des acteurs au projet à tous les échelons. Les directeurs doivent associer chaque catégorie de professionnels sans oublier les représentants du personnel, l'utilisateur, ses représentants et sa famille et être à l'écoute des initiatives émanant de l'ensemble des parties prenantes.

Bibliographie

- ALTER N., *Sociologie du monde du travail*, PUF, 2006, 384 pages.
- BERNOUX P., *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Seuil, 2004, 310 pages.
- BILLEREY V., MONASSE H., VALAT F., VANACKERE Simon. *Leçons de questions sociales*. Ellipses, 2014, 378 pages.
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE. [en ligne]. <https://www.cnsa.fr> [page consultée le 10 mai 2018].
- CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE. [en ligne]. <https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/la-demarche-une-reponse-accompagnee-pour-tous-au-1er-janvier-2018> [page consultée le 17 mai 2018].
- CARADEC V., *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Armand Collin, coll. « 125 », 2008, 127 pages.
- CHAPON P-M. et CHAUDET B., « Mode de vie, modes d'habiter des aînés : entre inclusion et exclusion ». [en ligne]. <https://journals.openedition.org/norois/5158> [page consultée le 08 mai 2018].
- CNAPE. LA PROTECTION DE L'ENFANT. [en ligne]. <https://www.cnap.e.fr/documents/la-cnape-presente-ses-propositions-pour-une-evolution-des-etablissements-accueillant-des-enfants-handicapes/> [page consultée le 16 mai]
- COLLECTIF « HABITER AUTREMENT », *L'habitat alternatif, citoyen, solidaire et accompagné ; prenant en compte le vieillissement*. [en ligne]. <http://fr.calameo.com/read/0023577491b91996c8760> [page consultée le 24 mai].
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE. *Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?* Résumé de l'avis n°128 du 16/05/18. [en ligne]. <http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/enjeux-ethiques-du-vieillissement-quel-sens-la-concentration-des-personnes-agees-entre> [page consultée le 16 mai 2018].
- DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 2015, 256 pages.
- EBERSOLD S., « Inclusion ». Recherche et formation. N°61(2009/2), pages 71-83.

ELGER B-S., *Le paternalisme médical : mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*. Genève : Médecine et Hygiène, 2010.

GARDOU C., *La société inclusive, parlons-en ! Il n'y a pas de vie minuscule*. Toulouse, Erès, « connaissances de la diversité », 2012, 170 pages.

GOSSOT B., « La France vers un système inclusif ? », *Reliance*. [en ligne]. N°16 (2005/2). <https://www.cairn.info/revue-reliance-2005-2-page-31.htm> [page consultée le 10 mai 2018].

d'IRIBARNE P., *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*. Le Seuil, Paris, 279 pages.

LABIT A. (2016), *Habiter en citoyenneté et solidarité pour mieux vieillir*, *Gérontologie et Société*, n°149, vol. 38, pp. 141-154.

LA MAISON DES BABAYAGAS. Habitat groupé, social, féministe et autogéré à Montreuil. [en ligne]. <https://www.lamaisondesbabayagas.eu> [page consultée le 16 mai 2018].

MANGER-MAINS. MALADIES d'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES. Se former. [en ligne]. <http://www.mangermains.fr/se-former/> [page consultée le 10 mai 2018].

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. [en ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> [page consultée le 16 mai].

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. [en ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> [page consultée le 16 mai].

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, Convention relative aux droits des personnes handicapées et protocole facultatif. [en ligne]. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf> [page consultée le 25 mai].

PEUGEOT V. *Citoyens d'une société numérique*, Conseil National du Numérique, 2013, 392 pages.

PIVETEAU D., « Zéro sans solution ». *Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*. [en ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf. [page consultée le 25 mai].

PORTAIL NATIONAL D'INFORMATION POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS PROCHES. [en ligne]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/choisir-un-hebergement/vivre-dans-un->

[logement-independant-et-beneficier-de-services/les-beguinages](#) [page consultée le 13 mai 2018].

PORTAIL NATIONAL D'INFORMATION POUR L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET L'ACCOMPAGNEMENT DE LEURS PROCHES. [en ligne]. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/la-loi-relative-ladaptation-de-la-societe-au-vieillissement> [page consultée le 14 mai 2018].

SABA AYON H., *L'e-inclusion des personnes en situation de handicap psychique. Faire des traces numériques un environnement commun et participatif ?*, Les cahiers numériques. [en ligne], Vol 12 (2016) (pages 133-170) <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-du-numerique-2016-1-p-133.htm> [page consultée le 08 mai 2018].

SECRETARIAT D'ETAT AUPRES DU PREMIER MINISTRE CHARGE DES PERSONNES HANDICAPEES. [en ligne]. <http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/reforme-de-la-tarification-des-etablissements-de-services-pour-personnes/article/serafin-ph> [page consultée le 15 mai 2018].

REGISTRE FRANÇAIS DU SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL. [en ligne]. <http://www.action-sociale.org/?page=dossiers&dos=loi-2002-pour-le-social> [page consultée le 10 mai].

SENTEIN D., « *La loi « 2002-2 » : du management de la rupture au management par la démarche d'amélioration continue* », *Empan*. [en ligne], N°55 (2004). <https://www.cairn.info/revue-empan-2004-3-page-62.htm> [page consultée le 10 mai 2018].

WEBER F., « Être pris en charge sans dépossession de soi ? », *Revue Européenne de Recherche sur le Handicap* [en ligne], (2012). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875067212000776> [page consultée le 10 mai 2018].

ZRIBI G. et SAFARTY J., *Handicapés mentaux et psychiques, Vers de nouveaux droits*. Presses de l'EHESP, 2015, 136 pages.

Liste des annexes

Annexe I. Grille d'entretien

Annexe II. Liste des entretiens

Annexe I : Grille d'entretien

Entretien pour les directeurs et les autres professionnels

1. Parlez nous de vous ?

Quel est votre parcours ?

Comment êtes-vous arrivé dans la structure ?

2. Pouvez-vous décrire le public accueilli et l'objet de la structure ?

Caractéristiques de la structure.

Caractéristiques des personnes accueillies.

3. Quelles sont les grandes lignes du projet d'établissement

Présentation du projet

A-t-il évolué ?

Quelles ont été les évolutions ?

Comment vous êtes-vous approprié et avez-vous mis en œuvre les outils de la loi 2002-2 ?

Sont-ils suffisants ?

4. Comment a été mise en œuvre la logique inclusive dans l'établissement ?

Connaissez-vous le concept d'inclusion sociale ? Si oui, quelle est votre définition de la logique inclusive ? (Historique ; partenaires éventuels ; ressources financières, humaines et matérielles ; difficultés etc.)

5. Les usagers ont-ils eu un rôle dans cette démarche?

Si oui, quel rôle ?

Inclusion des usagers dans la méthode et/ou dans l'objectif ?

Où en sommes-nous aujourd'hui ?

Y a-t-il d'autres projets ?

Tout ce qui a été évoqué précédemment rentre-il dans l'inclusion ?

En quoi est-ce inclusif ?

6. Les usagers ont-ils eu un rôle dans cette démarche ?

Si oui, quel rôle ?

D'autres projets sont-ils prévus ?

7. Quels sont, selon vous, les impacts de l'inclusion sociale dans les établissements médico-sociaux et sociaux ?

8. Est-ce que cela a eu un impact sur le territoire ?

Quelles sont les coopérations au niveau du territoire ?

Est-ce que cela entre dans une logique de parcours ?

Pourquoi ?

Que souhaiteriez-vous ? Quelle évolution future envisagez-vous ?

9. Quelles sont, selon vous, les conséquences sur votre pratique professionnelle ? (Question pour les professionnels)

Qu'avez-vous modifié au quotidien ? Sur le fonctionnement de l'équipe ?

Sur votre pratique professionnelle ?

*Quels changements pour les usagers ?
Quels ont été les freins et les éléments facilitateurs ?*

**10. En quoi le management est-il modifié par l'émergence de l'inclusion ?
(question pour les directeurs), notamment en termes de :**

*accessibilité, moyens, sensibilisation, formations, GPEC, développement des compétences.
changements dans l'organisation ;
évolution du profil & du nombre de personnels ;
nouvelle stratégie ;
moyens déployés ;
méthodes employées par les directeurs ;
nouvelles fiches de poste ;
changement des locaux ;
changement en termes de réunion/consultations ;
nouveaux outils/logiciels ;
nouvelles instances ?
nouveau règlement intérieur ?*

Entretien pour un usager

1. Parlez nous de vous ?

*Que faisiez-vous avant de rentrer dans l'établissement ?
Comment se déroule une journée ?
Que faites-vous aujourd'hui de votre temps ?*

2. Quelles sont les habitudes antérieures que vous souhaitez conserver dans l'établissement ?

*Est-ce que cela est possible ?
Quelles ont été les adaptations qu'il vous a fallu accepter ?
Qui vous a aidé à conserver vos habitudes ?
Quand et comment (devant quelle instance, dans le projet de vie) avez-vous pu les exprimer ?*

3. Quel est votre "rôle" dans l'institution?

*Avez-vous accès à la culture ? aux loisirs ?
Quelle part d'autonomie avez-vous dans votre vie au sein de la structure ?
En quoi participez-vous à la vie de la structure ? (responsabilisation)
Avec qui avez-vous des relations fréquentes et agréables ? (relations interpersonnelles) ?*

4. Savez-vous que votre établissement expérimente des projets innovants ?

5. Avez-vous perçu une évolution dans les pratiques professionnelles ?

*Au niveau de la relation avec les professionnels ?
Qu'en pensez-vous ?
Qu'en pensent les autres résidents ? (usagers)
Si vous pouviez changer quelque chose, que changeriez-vous ?
Pourquoi ?*

Annexe II : Liste des entretiens

	Structures	Professionnels
Entretien 1	Association à destination d'usagers	Représentante
Entretien 2	Centre hospitalier psychiatrique	Pédopsychiatre
Entretien 3	EHESP	Chercheuse dans le domaine de l'habitat des personnes vulnérables
Entretien 4	CNSA	Chargé de mission
Entretien 5	EHPAD	Directeur
Entretien 6	EHPAD	IDE
Entretien 7	EHPAD	Résident
Entretien 8	EHPAD	Résident
Entretien 9	ESPIC	Directeur
Entretien 10	ESPIC	Aide-soignante
Entretien 11	Etablissement social de protection de l'enfance	Chef de service
Entretien 12	IEM	Directeur
Entretien 13	IME	Directeur
Entretien 14	IME	Assistante sociale

LA LOGIQUE INCLUSIVE A-T-ELLE DES INCIDENCES SUR LES MODES DE MANAGEMENT ET LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LES ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX ?

BEKHTI Habib (DH) ; BOUCHEMLA Amel (DESSMS) ; DI SILVESTRO Estelle (AAH) ; ETIEVE Christine (DS) ; LAMOURET Delphine (DESSMS) ; LEGEARD Emilie (DESSMS) ; MAGINELLE Victorien (DH) ; VASSEUR Coralie (DH).

Résumé : Dans le cadre du module interprofessionnel 2018, huit élèves provenant de quatre filières de l'EHESP ont travaillé sur les conséquences de la logique inclusive sur les modes de management et les pratiques professionnelles, au sein des secteurs médico-social et social.

Les conceptions de l'inclusion varient en fonction des établissements et cultures professionnelles. A travers nos lectures et échanges, nous avons choisi d'appréhender la logique inclusive comme, d'une part, la participation des personnes aux décisions qui les concernent, dans le milieu ordinaire et dans les établissements et services sociaux, médico-sociaux et, d'autre part, comme le respect des habitudes de vie dans un objectif de participation sociale.

Les professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux ont-ils adapté leurs stratégies et leurs pratiques afin de mettre en œuvre la logique inclusive ? Cette analyse conduit à se demander si, au-delà des discours et des stratégies, la logique inclusive transparaît également de manière opérationnelle au sein des établissements.

Quatorze entretiens ont été réalisés avec des acteurs différents : directeurs d'établissements, professionnels sociaux et paramédicaux, soignants et usagers.

La logique inclusive modifie les pratiques managériales et professionnelles en faisant évoluer le positionnement, l'ouverture sur le territoire, les fonctions supports et la gestion de projet. Toutefois, une mobilisation limitée des parties prenantes et le manque de moyens peuvent faire obstacle à la modification des pratiques.

Douze recommandations sont proposées au niveau national, des managers, des professionnels et des usagers. Pour impulser une dynamique d'inclusion, les managers peuvent s'appuyer sur des acteurs institutionnels pour porter la logique inclusive au sein de leurs organisations, tout en encourageant la participation effective des usagers à la vie de l'établissement.

Mots clés : *inclusion, usagers, management, pratiques professionnelles, participation sociale, habitudes de vie, compétences.*

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs