



**REFONDER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT D'UN FOYER
DE VIE POUR SOUTENIR L'AUTODÉTERMINATION DES
PERSONNES ACCOMPAGNÉES PAR L'IDENTIFICATION DE
LEURS ATTENTES**

Antoine DALLET

2023

cafedes

Remerciements

Aux professionnels de l'Unapei 17, et particulièrement à l'équipe du foyer Horizon-Val de Gères,

À tous les résidents du foyer de vie,

À mes collègues de formation ainsi qu'à l'équipe pédagogique.

Sommaire

Introduction	1
1 Des politiques publiques à l'activité au sein du foyer de vie : un contexte en tension.....	3
1.1 Des politiques publiques pour rendre la personne actrice de sa vie et en faveur d'un accompagnement en milieu de vie ordinaire.....	3
1.1.1 Les lignes directrices en faveur des droits des personnes en situation de handicap, portées par les institutions internationales.....	3
1.1.2 L'affirmation des politiques publiques nationales pour une société inclusive	5
1.1.3 Une politique départementale porteuse d'une offre médico-sociale décloisonnée	7
1.2 Un territoire pour une offre diversifiée mais avec peu de places	8
1.2.1 Un territoire rural et dynamique	8
1.2.2 Une offre existante variable et ciblée.....	10
1.2.3 De nouvelles places à installer	13
1.3 Accompagner la personne en situation de handicap vers son autonomie dans la société : un principe d'action de l'Unapei 17 et la mission du foyer de vie Horizon-Val de Gères	14
1.3.1 L'Unapei 17 : une association parentale d'« entrepreneurs militants »	15
1.3.2 Le foyer de vie Horizon-Val de Gères : un Établissement d'accueil Non Médicalisé.....	16
1.3.3 Un établissement entre logique occupationnelle et logique organisationnelle	18
1.4 Des adultes accueillis et à accueillir, soucieux de leur projet de vie.....	21
1.4.1 Des personnes accueillies avec des caractéristiques homogènes.....	21
1.4.2 Des personnes désireuses de participer à la vie sociale et en pleine capacité pour le faire.....	22
1.4.3 Des jeunes adultes, relevant de l'amendement CRETON, à accueillir.....	24
1.5 Synthèse de la première partie.....	25
2 Le changement organisationnel et le changement des pratiques pour élaborer un nouveau projet d'établissement	27
2.1 Le management du changement organisationnel par la légitimation et la coopération	27
2.1.1 La légitimation de l'action du directeur par un management participatif.....	27

2.1.2	Une dynamique de groupe dans le processus de changement	30
2.1.3	La coopération : une compétence collective au service du changement	32
2.2	Le changement de culture engagé par le renouvellement des connaissances, des postures et des pratiques professionnelles	33
2.2.1	Le changement de culture à travers les huit étapes de Kotter	34
2.2.2	Comment penser la place de chacun dans l'accompagnement de la personne accueillie ?	36
2.2.3	La culture du projet : la clé pour l'émergence de nouvelles pratiques concentrées sur la personnalisation de l'accompagnement	38
2.3	Le soutien de l'autodétermination des personnes accueillies : la nouvelle modalité d'accompagnement socio-éducatif en foyer de vie	39
2.3.1	L'autodétermination : un droit, un processus et une pratique	39
2.3.2	Une pratique à adopter à partir des attentes des personnes accompagnées	42
2.3.3	L'autodétermination à chaque niveau de l'organisation	44
2.4	L'approche environnementale pour décroisonner l'offre de service et habiter dans la cité : une pratique de l'inclusion	45
2.4.1	L'approche environnementale : une vision globale de l'inclusion	45
2.4.2	Habiter en foyer : un mode de vie « hors les murs »	46
2.4.3	L'échelle de la cité : un nouvel espace de vie, d'expérience	48
2.5	Synthèse de la seconde partie	49
3	Une stratégie d'action pour engager les acteurs dans la refonte du projet d'établissement à partir des besoins et attentes des personnes accompagnées	51
3.1	Axe 1 – Créer du commun en retrouvant un sens de l'organisation et accompagner les professionnels dans le changement des pratiques	52
3.1.1	Organiser la communication pour mobiliser les professionnels dans le changement	52
3.1.2	Mettre en place une réorganisation de l'établissement par la coopération et un pilotage RH	54
3.1.3	Développer la coordination de parcours et des acteurs de l'accompagnement	57
3.2	Axe 2 – Réaffirmer la mission de l'établissement : rendre la personne accompagnée actrice de son projet de vie	59
3.2.1	Mobiliser des nouvelles ressources auprès des professionnels pour accompagner le renouvellement des pratiques	59
3.2.2	Renforcer l'accompagnement soutenant la personne dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet	62

3.2.3	Sensibiliser les personnes accompagnées à l'autodétermination et inciter la co-élaboration des modalités de participation des personnes.....	64
3.3	Axe 3 – Co-élaborer une nouvelle offre de service à partir des besoins et des attentes des personnes accompagnées	66
3.3.1	Développer une stratégie d'accompagnement adapté, ciblé et personnalisé	66
3.3.2	Repenser ensemble l'habitat en foyer de vie.....	68
3.3.3	Engager la co-élaboration d'un nouveau projet d'établissement partagé.....	71
3.4	Axe 4 – Évaluer pour ancrer les nouvelles pratiques et réussir la mise en œuvre du projet d'établissement	74
3.4.1	Instaurer des indicateurs d'évaluation et les partager pour auto-évaluer le changement.....	74
3.4.2	Organiser un système de feedback pour ajuster les nouvelles réponses	75
3.4.3	Organiser la préparation de l'évaluation de l'établissement selon le référentiel de la Haute Autorité de Santé	77
3.5	Synthèse de la troisième partie.....	78
	Conclusion	80
	Bibliographie	81
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

3DS	Différenciation, Décentralisation, Déconcentration, Simplification
AES	Accompagnant Éducatif et Social
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services sociaux et Médico-sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASI	Agent de Service Intérieur
CA	Conseil d'Administration
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CD	Conseil Départemental
CIR	Cellule Interprofessionnelle de Réflexion
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI	Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations
CSE	Comité Social et Économique
CVS	Conseil de la Vie Sociale
DT	Délégation Territoriale
DIPC	Document Individuel de Prise en Charge
DUI	Dossier Unique Informatisé
EANM	Établissement d'Accueil Non Médicalisé
EEAP	Établissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPCI	Établissement Public de Coopération Intercommunale
ES	Éducateur Spécialisé
ESAT	Établissements et Service d'Accompagnement au Travail
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FALC	Facile À Lire et à Comprendre
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FH	Foyer d'Hébergement
FO	Foyer Occupationnel
GEPP	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
IME	Institut Médico-Éducatif
MDPH	Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap

ME	Moniteur Éducateur
MRS	Maison de Retraite Spécialisée
ONU	Organisation des Nations Unies
PAG	Plan d'Accompagnement Global
PTA	Plateforme Territorial d'Appui
RBPP	Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles
SAAD	Service d'Accompagnement À Domicile
SAFPH	Service d'Accueillants Familiaux pour Personne en situation de Handicap
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SERAFIN PH	Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile
TDI	Troubles du Développement Intellectuel
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
UE	Union Européenne
UEE	Unité d'Enseignement Externalisé
Unapei	Union Nationale des Amis et Parents d'Enfant en situation de handicap
VRS	Valorisation des Rôles Sociaux

Introduction

Après la seconde guerre mondiale, les représentations sociales et culturelles du handicap ont commencé à évoluer. Cette période a été marquée par une prise de conscience croissante des droits des personnes en situation de handicap et de leur inclusion dans la société. Les traitements infligés aux « indésirables » pendant la première moitié du XXème siècle ont suscité une réflexion plus profonde sur la valeur et la dignité de chaque individu, indépendamment de leurs capacités physiques ou mentales. Les progrès scientifiques et technologiques réalisés pendant et après la guerre ont également joué un rôle important dans le changement de perception du handicap. Les avancées dans les domaines de la réadaptation, des programmes d'assistance, des aides techniques et des soins de santé ont permis aux personnes en situation de handicap de mener leur vie de façon plus autonome et participative.

Parallèlement, les mouvements sociaux et les organisations de personnes concernées ont émergé, revendiquant l'égalité des droits, l'accessibilité et l'intégration (puis l'inclusion)¹. C'est notamment à partir de 1948, aux prémices de ce qui deviendra l'Unapei en 1960, qu'émergent des groupements de parents. Ces mouvements ont contribué à sensibiliser le public, à remettre en question les stéréotypes et les discriminations associés au handicap et à promouvoir une vision plus positive et inclusive de la diversité humaine. Ainsi, les événements du début du siècle ont été un tournant dans la perception du handicap, en favorisant une évolution des représentations vers une perspective plus respectueuse, égalitaire et inclusive des personnes en situation de handicap. Ces mutations se traduisent dans la tendance des politiques publiques à développer et renforcer la protection des droits de l'individu et de son inclusion dans la société, ce qui impacte le cadre juridique des Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS).

En tant que directeur d'un foyer de vie accueillant des 45 adultes avec Troubles du Développement Intellectuel (TDI), j'ai conscience de ce processus historique, et du virage inclusif amorcé depuis 2005. Ce virage est plus ou moins long pour certains établissements, en l'occurrence celui que je dirige depuis quelques mois. Les gestionnaires publics ou privés et les personnes qui font vivre les institutions doivent aujourd'hui se détacher afin d'être prospectifs et se projeter. Mettre en place un cadre

¹ « À la différence de l'intégration, l'inclusion implique qu'une personne peut rester avec ses difficultés tout en étant reconnue comme un élément à part entière du collectif », in Jaeger M., « L'inclusion : un changement de finalité pour le travail social ? », *Ères Vie Sociale*, 2015/3 n°11, 2015, p.51

pour faire ensemble et engager les démarches d'inclusion, ouvrir grand les portes : c'est ce vers quoi il faut tendre, pour les personnes que nous accompagnons en premier lieu, mais également pour la société qui saura grandir de ce mouvement inclusif.

À ma place de directeur, je questionne le sens de la structure, dont j'ai la responsabilité, ainsi que sa visée éthique à travers la notion d'« institution juste »². La visée éthique de l'institution connecte trois dimensions : la dimension personnelle (la singularité, l'estime de soi, les valeurs), la dimension professionnelle (la responsabilité, l'expertise, la conduite) et la dimension institutionnelle (le projet d'établissement, les valeurs, l'affirmation des droits des personnes accompagnées, un management respectueux, l'innovation). « Ces trois dimensions s'inscrivent bien évidemment dans des espaces d'interaction entre la dimension individuelle et collective, la sphère des politiques publiques et des acteurs institutionnels de l'action sociale et médicosociale »³. C'est à partir du projet d'établissement que s'engage la conduite de l'institution, la définition de son éthique et sa raison d'être ; c'est le projet qui fédère les parties prenantes de l'institution. « Le projet concerne les modalités de fonctionnement d'une organisation et l'ensemble des acteurs (administrateurs, salariés, usagers) qui concourent à son action. Mais il est aussi porteur d'un futur qui s'anticipe, se prépare, s'organise et se structure »⁴. Cette ligne directrice nous invite à **refonder le projet d'établissement d'un foyer de vie pour soutenir l'autodétermination des personnes accompagnées par l'identification de leurs attentes.**

Dans une première partie, en partant de l'échelon supranational, national puis local, nous ferons, d'une part, un état des lieux des politiques publiques concernant les ESSMS et les droits des personnes, et d'autre part, du contexte interne et externe de l'établissement. Dans une seconde partie, nous mobiliserons des concepts liés à la question du changement et du management, ainsi que des pratiques en travail social pour mieux accompagner les personnes, afin d'apporter des éclairages sur les leviers soutenant les professionnels vers un changement de pratiques légitimé par les besoins et attentes des personnes accueillies. Enfin, dans une troisième partie, nous élaborerons un plan d'action articulé autour de quatre axes stratégiques pour répondre à la problématique et atteindre les objectifs.

² Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990

³ Benoît D., L'« institution juste » par rapport à la désinstitutionnalisation dans le secteur social et médicosocial en France, *Revue Organisations & Territoires*, vol. 27, n°1, 2018, p.79

⁴ Miramon J-R., *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presse de l'EHESP, 2020, p.78

1 Des politiques publiques à l'activité au sein du foyer de vie : un contexte en tension

Cette première partie vise à présenter un aperçu du contexte dans lequel s'inscrit l'établissement, en lien avec les politiques publiques relatives au handicap, et de son territoire d'influence. Elle comprend également une présentation du foyer de vie Horizon-Val de Gères, de ses habitants et des problématiques qui le traversent. Parmi les habitants, il s'agit d'adultes ayant des TDI, qui expriment des attentes en matière de participation sociale et d'autonomie. Il s'agit également, de personnes à accueillir, dans le cadre d'une future création de place, qui seraient davantage averti à un parcours inclusif. Les constats permettront d'identifier les écarts entre l'offre de service et ce qui en est attendu, tant par les personnes concernées que par les politiques publiques, afin de formuler une question centrale.

1.1 Des politiques publiques pour rendre la personne actrice de sa vie et en faveur d'un accompagnement en milieu de vie ordinaire

1.1.1 Les lignes directrices en faveur des droits des personnes en situation de handicap, portées par les institutions internationales

Les évolutions des représentations du handicap s'incarnent dans les nouveaux cadres normatifs promus par les institutions internationales, et vont influencer les politiques sociales des États. L'Organisation des Nations Unies (ONU) adopte en 2006 la Convention Internationale des Nations Unies, entrée en vigueur le 3 mai 2008, relative aux droits des personnes handicapées. Celle-ci a pour objet de « promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'Homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées et de promouvoir le respect de leur dignité intrinsèque »⁵.

À l'échelle européenne et notamment depuis 1989, la Charte sociale européenne⁶ du Conseil de l'Europe engage, à travers l'article 15, les 46 États membres à garantir aux personnes en situation de handicap l'exercice du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie sociale et citoyenne.

⁵ ONU, Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées, 2006

⁶ Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne, 1989

Dans cette même philosophie, le Plan d'action 2006-2015⁷ du Conseil de l'Europe a pour objectif « d'améliorer la qualité de vie des personnes handicapées en Europe, par la réalisation de progrès décisifs dans l'égalité des droits en faveur des personnes handicapées et qui promeut une politique non discriminatoire, respectueuse des droits de l'Homme, en vue d'améliorer la vie de toutes les personnes handicapées, y compris les enfants et les personnes handicapées ayant des besoins d'assistance permanents et/ou complexes ».

Au sein de l'Union Européenne, la Charte des droits fondamentaux⁸ adoptée à Nice en 2000 « reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté » (article 26). Ce texte donne force de loi aux programmes européens dans leur application au sein des États, et permet ainsi une vie plus soutenable pour les personnes concernées, leur garantissant une meilleure considération et inclusion dans la vie de la cité.

L'action de la politique européenne en faveur des droits des personnes en situation de handicap se perpétue à travers les stratégies décennales successives mises en place par la Commission Européenne depuis 2010. En 2021, est lancée la Stratégie⁹ pour les années 2021-2030. Ce plan d'action s'articule autour de trois axes prioritaires :

- L'égalité des droits : soutien à liberté de circulation et d'installation à l'étranger via la carte européenne du handicap, renforcement de l'effectivité des droits civiques, politiques et sociaux ;
- Qualité de vie décente et autonomie : soutien de l'autonomie à travers des actions de développement de services sociaux ;
- Égalité d'accès et non-discrimination : lutte contre les discriminations et le non-recours aux droits et services dans tous les domaines de la vie sociale.

En outre, la Déclaration de Madrid¹⁰, de mars 2002, du congrès européen des personnes handicapées promeut les principes de non-discrimination et d'inclusion sociale. Les 600 déclarants de 34 pays défendent l'autonomie de la personne en lui donnant les moyens d'être actrice de sa vie, cette approche s'incarne dans le programme n°8 : « Rien pour nous, sans nous ».

⁷ Conseil de l'Europe, Plan d'action 2006-2015 pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société, 2006

⁸ Union Européenne, Charte des droits fondamentaux, 2000

⁹ Commission Européenne, Union de l'égalité : Stratégie relative aux droits des personnes handicapées 2021-2030, 2021

¹⁰ Congrès européen des personnes handicapées, Déclaration de Madrid, 2002

Ces différents textes et programmes d'action supranationaux s'imposent aux États signataires et favorisent ainsi le développement des politiques sociales soutenant l'existence des personnes en difficulté à travers la défense des droits humains. C'est également dans ce cadre que les politiques publiques françaises s'élaborent.

1.1.2 L'affirmation des politiques publiques nationales pour une société inclusive

En France, la loi n°75-534 du 30 juin 1975¹¹ fait référence puisqu'elle inaugure la voie de l'inclusion dans les politiques publiques nationales, notamment en affirmant le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations.

La loi n°2002-2¹² rénovant l'action sociale et médico-sociale redéfinit les missions et l'offre médico-sociale, en adaptant les structures aux besoins et attentes des personnes accompagnées, notamment par la mise en place de sept outils¹³ qui renforcent le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, en veillant à l'autonomie, la protection, l'exercice de la citoyenneté et la prévention de l'exclusion. On ne parle plus de prise en charge mais d'accompagnement, de projet de vie, et donc de parcours. Cette notion est centrale car elle affirme le droit des personnes accompagnées à décider par elles-mêmes de l'orientation, des choix de leur vie, et à les énoncer clairement, à travers la contractualisation de l'accompagnement notamment. Un changement de paradigme s'opère puisque qu'à travers le projet personnalisé et l'individualisation de l'accompagnement, l'offre de service doit nécessairement s'adapter aux attentes et besoins des personnes. En filigrane, la question du projet de vie devient prédominante dans l'accueil et l'accompagnement. Cette loi est complétée par la loi n°2005-102¹⁴ pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, qui affirme notamment le droit pour chacun à la compensation du handicap dans la vie quotidienne, ainsi que le droit à l'accessibilité universelle. C'est le début des politiques de l'inclusion.

Enfin, dans la continuité de la mise en œuvre du virage inclusif, la loi dite Hôpital, Santé, Patient, Territoire (HPST)¹⁵ de 2009, engage un nouveau volet permettant la réussite de la démarche globale de l'inclusion, qui vise à développer la coordination des acteurs et la

¹¹ Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

¹² Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 de rénovation du Code de l'action sociale et médico-sociale

¹³ Le Livret d'accueil, la Charte des droits et libertés, le Règlement de fonctionnement, le Contrat de séjour ou Document Individuel de Prise en Charge (DIPC), le Médiateur, le Conseil de la Vie Sociale (CVS) et le Projet d'établissement ou de service

¹⁴ Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

¹⁵ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

recherche de la complémentarité de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. L'objectif est d'organiser un système de santé fonctionnel facilitant le déroulement du parcours de la personne. C'est l'amorçage du décloisonnement des réponses apportées par les différents acteurs qui interviennent auprès des personnes en situation de handicap.

À la suite, en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé¹⁶ affirme ce changement de paradigme par la mise en place du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous », faisant suite au rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau. Ce dispositif prévu à l'article 89, vise à assurer aux personnes concernées un accompagnement adapté et individualisé, le mieux possible notamment à travers un Plan d'Accompagnement Global (PAG). Il implique une coordination des parties prenantes de l'action sociale, sanitaire et médico-sociale, et veille à la prise en compte de la logique de parcours dans l'accompagnement de la personne.

Par ailleurs des évolutions législatives récentes ont modifié le statut juridique des Foyers Occupationnels (FO). En 2017, le décret n°2017-982¹⁷ instaurant la nouvelle nomenclature des ESSMS, indique que les actuels Foyers d'Hébergement (FH) et FO relevaient désormais de la catégorie « Établissement d'Accueil Non Médicalisé » (EANM). Ce décret précise la nature des établissements et services, en dissociant clairement ce qui relève du financement de la partie socio-éducative et de la partie soin, ainsi un FO n'est pas financé pour des prestations relevant de cette dernière. Le coût des professionnels de santé relèvera donc du choix et de la charge du gestionnaire. Il convient également de noter que les FO et les FH sont caractérisés par le terme « foyer de vie ». J'utiliserai ce terme tout au long de ce mémoire pour mettre en lumière ce qu'il induit par opposition au terme « occupationnel ».

Les FO ou EANM relèvent de la catégorie des ESSMS mentionnés au 7° du I de l'article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), qui indique que ces établissements « apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert »¹⁸. En 2022, la loi Différenciation, Décentralisation, Déconcentration, Simplification (3DS)¹⁹, dans son l'article 135, modifie l'article L312-1 du CASF en le complétant par une phrase ainsi rédigée : « Les établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du présent I peuvent assurer

¹⁶ Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

¹⁷ Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

¹⁸ Article L312-1 du Code de l'Action sociale et des familles

¹⁹ Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale

aux personnes qu'ils accueillent habituellement un accompagnement en milieu de vie ordinaire ». Ce changement implique de nouvelles modalités d'accompagnement. L'offre de service de l'établissement doit être en mesure de proposer des prestations d'accompagnement « hors les murs », à domicile, dans la vie sociale au sein de la cité, afin de soutenir l'inclusion des personnes accompagnées.

1.1.3 Une politique départementale porteuse d'une offre médico-sociale décloisonnée

En 2022, le Conseil Départemental (CD) de la Charente-Maritime a consacré 104 M€ de son budget aux politiques en faveur des personnes en situation de handicap.

Le schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 du CD²⁰ vise à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes concernées en favorisant leur autonomie, leur inclusion sociale et leur accès aux services et aux dispositifs d'accompagnement adaptés. Il prend en compte les spécificités et les enjeux du territoire en matière d'autonomie, en cela il est un document de référence pour élaborer ma stratégie d'action de l'établissement. En tant que directeur du foyer de vie, je suis particulièrement attentif aux priorités et objectifs fixés au sein des axes, 2 et 3, parce qu'ils concernent particulièrement l'offre de service du foyer de Surgères.

- Axe 2 « Apporter des réponses nouvelles aux besoins d'accompagnement » : vise à favoriser la fluidité des parcours, les transitions et répondre aux situations complexes. Un des points forts de cet axe fixe l'objectif de poursuivre l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes en situation de handicap ;
- Axe 3 « Développer des synergies autour de l'information et de la coordination propices à l'installation d'une culture de l'autonomie » : vise à améliorer la lisibilité des dispositifs et préciser le rôle de chaque acteur en matière d'accueil et d'information sur les territoires et d'améliorer l'articulation entre les dispositifs de coordination pour les personnes âgées et les personnes handicapées grâce au Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) et à la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA). Cet axe m'engage à travailler la notion de référent de parcours au sein de l'établissement et à perpétuer le développement de la culture de l'accompagnement à l'autonomie.

L'objectif premier du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2021-2026 contractualisé avec l'Unapei 17, l'engage à « apporter des réponses nouvelles aux

²⁰ Schéma départemental 2018-2022 de l'Autonomie du Conseil Départemental de la Charente-Maritime

besoins d'accompagnement »²¹, notamment en adaptant les structures aux besoins des personnes, en développant des modalités d'accueil innovantes et plus souples qui favorisent la fluidité des parcours, puis d'ouvrir les structures à leur environnement en développant des modalités d'accompagnement alternatives.

Dans ce cadre, le CPOM fixe l'action de créer 14 places par redéploiement de moyens au sein du foyer de Surgères, à réaliser d'ici la fin d'année 2025. Également, le CD nous demande de porter une réflexion sur l'habitat inclusif. Le second objectif du CPOM vise à faire fonctionner les instances de participation, telles que les Conseils de la Vie Sociale (CVS), groupes d'expression et autres commissions, de formaliser les outils de la loi 2002-2, ainsi que de mettre en place des enquêtes de satisfaction auprès des personnes accompagnées et des familles, de mettre en place l'informatisation du dossier des personnes, puis de rédiger et mettre à jour régulièrement les projets personnalisés. Ce second objectif vise à développer et renforcer l'accompagnement à la participation et l'expression des personnes accompagnées.

1.2 Un territoire pour une offre diversifiée mais avec peu de places

1.2.1 Un territoire rural et dynamique

Située au Nord du département de la Charente-Maritime, à l'Est de la ville de La Rochelle, entre Niort au Nord-Est et Rochefort au Sud, la Communauté de Communes Aunis Sud est un territoire rural maillé autour de la ville centre, Surgères, principal pôle structurant du territoire de 6 786 habitants en 2019 (avec un taux d'évolution de la population entre 1999 et 2019 de +2.9 %) ²². Aunis Sud est principalement un territoire agricole, mais il attire de plus en plus de citoyens qui recherchent une qualité de vie offerte par un environnement rural et des prix fonciers abordables, tout en étant proche des grands bassins d'emploi. Malgré la typologie du territoire de l'Établissement Public de Coopération Intercommunale (EPCI), celui-ci est bien doté en services :

- 32 établissements primaires, 4 collèges, 1 lycée général et professionnel, 1 établissement scolaire supérieur d'agroalimentaire et 1 MFR
- 318 assistantes maternelles qui proposent 949 places, 2 multi-accueils et 1 crèche
- 99 associations culturelles, sportives et de loisirs, 1 salle de cinéma de 188 places, adaptée pour accueillir du spectacle vivant, 1 école de musique et 1 conservatoire communautaire de musique

²¹ CPOM 2021-2026 Conseil Départemental Charente-Maritime / Unapei 17

²² INSEE: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-17434#chiffre-cle-1>

La ville de Surgères est attractive²³, notamment grâce à sa localisation centrale et accessible (gare TGV sur la ligne La Rochelle-Poitiers-Paris, routes départementales) qui permet, depuis les années 2000, une croissance démographique et un tissu économique dynamique. La gare TGV de Surgères représente un réel atout pour le territoire.

La ville de Surgères, située au cœur du triangle La Rochelle – Niort – Rochefort, dispose d'infrastructures qui drainent le bassin de vie. Également, les taxis « Les Mouettes » est un service public départemental à la demande, lancé en 2011, disponible dans tout le territoire charentais-maritime (en dehors des agglomérations). Son objectif est de répondre aux besoins des habitants du Département pour qui les déplacements de proximité sont parfois difficiles, notamment les personnes âgées, les personnes rencontrant des difficultés financières, ou encore les personnes en situation de handicap.

Aunis Sud est un territoire où le vieillissement de la population est limité grâce à l'arrivée de familles avec enfants. Une grande majorité des ménages sont des familles, dont 33% sont des familles avec enfants, tandis que seuls 25% des ménages sont composés de personnes seules, reflétant ainsi le vieillissement de la population. Cependant, le nombre de personnes âgées, de 60 ans et plus, augmente plus rapidement sur ce territoire par rapport à d'autres territoires comparables, avec une croissance annuelle de 3,2%, soit une augmentation d'environ 1 100 personnes âgées entre 2008 et 2019.

En ce qui concerne les revenus, la population d'Aunis Sud dispose d'un revenu médian d'environ 18 760 € par an et par unité de consommation, soit 1 560 € par mois. Ces revenus sont inférieurs à la médiane départementale (1 610 € par mois) et à la médiane nationale (1 675 € par mois). La commune de Surgères concentre des situations de fragilité économique, avec des ménages déclarant des revenus plus faibles.

- 632 emplois à Surgères, à l'échelle de la Communauté de communes c'est 8 241 emplois ;
- Le taux de chômage des 15-64 ans en 2019 était de 17.9 % ;

La Communauté de Communes est qualifiée de désert médical car sa densité de médecins est inférieure de 30 % à la moyenne nationale de 334 médecins pour 100 000 habitants, selon l'Insee. Avec seulement 110 médecins généralistes et spécialistes pour 100 000 habitants, le territoire présente un déficit de professionnels de santé.

En 2019, la Communauté de Communes comptait 26 médecins généralistes répartis dans seulement 6 des 27 communes du territoire. Ce déficit de professionnels de santé pourrait s'aggraver en raison du nombre de départs à la retraite. Parmi les 26 médecins généralistes présents, 11 ont 55 ans ou plus. En ce qui concerne les autres professions

²³ Communauté de Commune Aunis Sud, Diagnostic territorial : constats et enjeux identifiés, 2017

médicales, la population de la Communauté de Communes dispose de 15 médecins spécialistes sur son territoire, couvrant des domaines tels que la cardiologie, la gynécologie, l'ophtalmologie. Ces médecins spécialistes (1 par spécialité) sont présents et concentrés uniquement dans la commune de Surgères.

L'offre d'hébergement à destination des personnes âgées sur le territoire se compose de 4 Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) répartis sur 4 communes, ainsi qu'1 Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA). La capacité totale d'accueil sur le territoire est de 237 places, soit un taux d'équipement de 83 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans, un taux inférieur aux moyennes départementales et régionales (105 %). La progression rapide de la population des séniors sur le territoire engendre des besoins nouveaux, et nécessite le développement d'une offre adaptée.

L'offre d'hébergement adapté aux personnes adultes en situation de handicap est substantielle sur le territoire, avec la présence de 4 foyers de vie pour adultes en situation de handicap et d'1 Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), pour un total de 147 places, soit 9,7 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans, taux nettement supérieur aux moyennes départementales et régionales (2 %).

Par ailleurs, le projet de territoire de la Communauté de Communes a pour objectifs :

- Accroître l'aide à domicile ;
- Mettre en place une réflexion prospective pour l'accueil des personnes âgées ;
- Inciter à la création de petites unités de proximité, réparties sur le territoire.

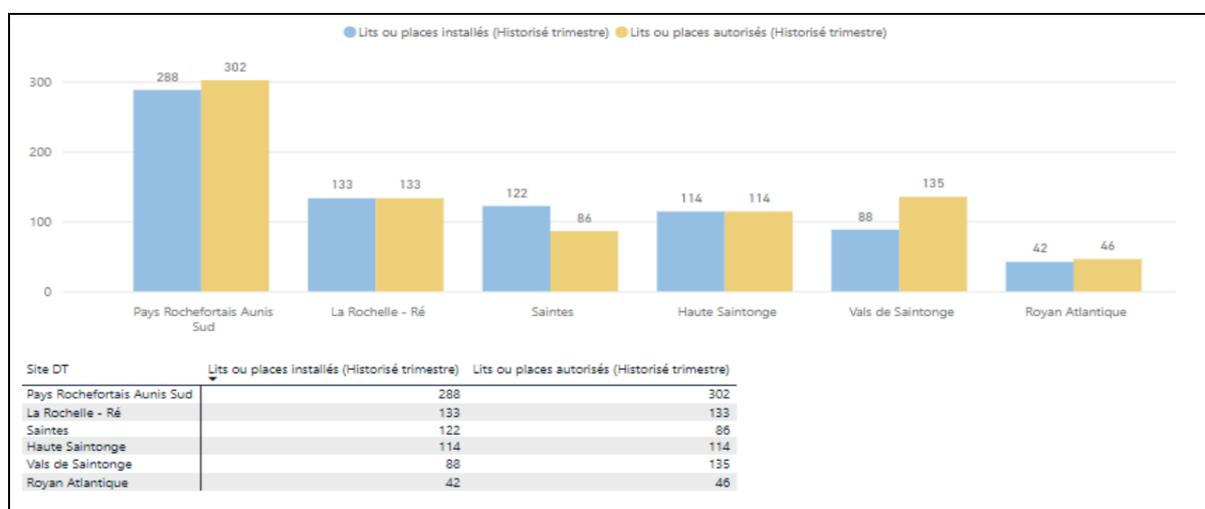
1.2.2 Une offre existante variable et ciblée

En Charente-Maritime, les établissements et services pour personnes en situation de handicap proposent :

- 354 lits et places installés en Établissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM) dont FO et FH confondus, en Établissements et Service d'Accompagnement au Travail (ESAT), en FAM, en Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), en Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes en situation de Handicap (SAMSAH), en Service d'Accueillants Familiaux pour Personne en situation de Handicap (SAFPH), et en EHPAD spécialisés pour personnes handicapées ;
- Prestations de Service d'Accompagnement À Domicile (SAAD) ;
- 344 accueillants familiaux sont agréés, pour une offre de 687 places (dont 199 accueillants familiaux et 385 places pour personnes handicapées).

Concernant la partie hébergement, en janvier 2022, les données fournies par le CD de la Charente-Maritime, ci-dessous, démontrent une disparité dans la répartition de places par territoire :

Site DT	Nombre de Lits Hébergement Permanent (HP) et Hébergement Temporaire (HT) autorisés			Taux d'équipement (pour 1000 bénéficiaires de l'AAH)	Nombre de places d'accueil de jour autorisées	Taux d'équipement (pour 1000 bénéficiaires de l'AAH)
	HP	HT	HP + HT			
Pays Rochefortais Aunis Sud	240	5	245	86,54	43	15,19
La Rochelle-Ré	99	3	102	24,47	31	7,44
Saintonge Romane	107		107	62,28	15	8,73
Haute Saintonge	99	1	100	69,11	13	8,98
Vals de Saintonge	77	0	77	91,45	11	13,06
Royan	37	3	40	29,63	2	1,48
Total	659	12	671	54,31	115	9,31



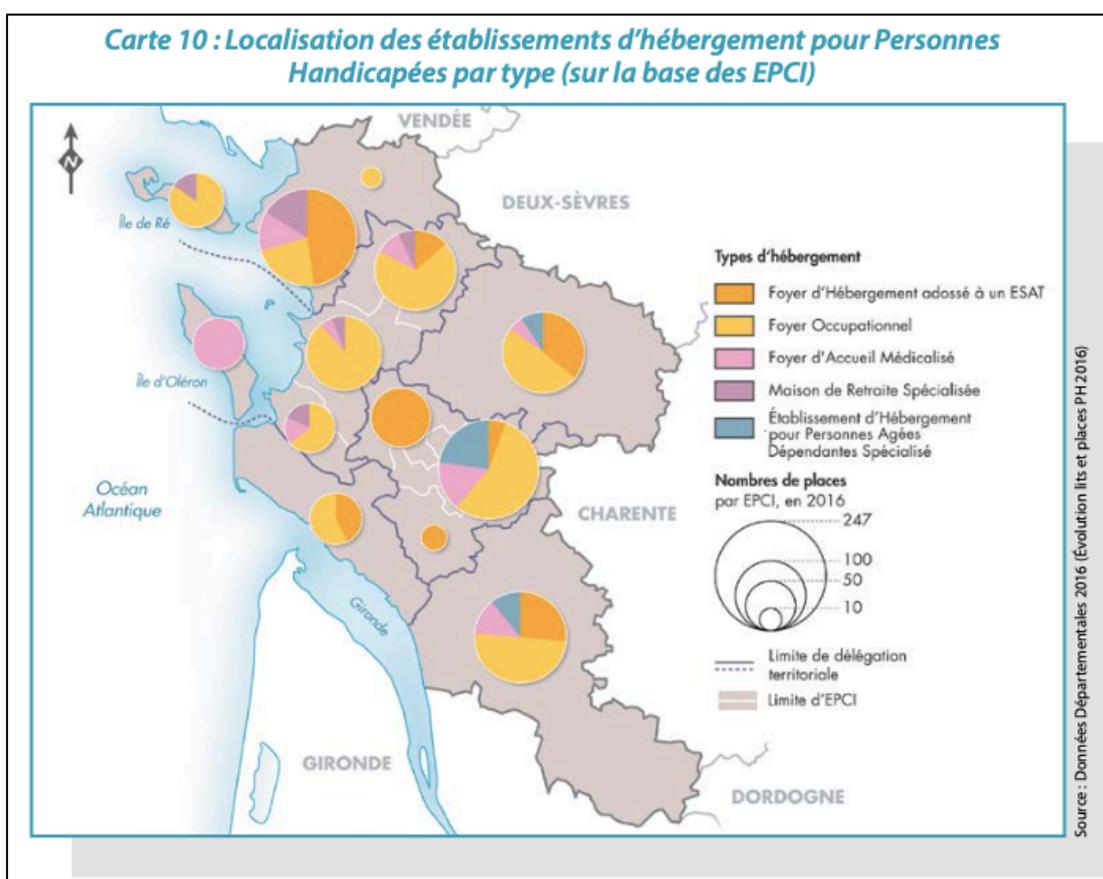
En Charente-Maritime, on observe des inégalités territoriales en ce qui concerne les structures d'hébergement. La Délégation Territoriale (DT) de Royan présente un nombre limité de lits en établissements d'hébergement pour les personnes en situation de handicap, tandis que la DT de Rochefort dispose d'une offre plus diversifiée et relativement plus importante. Cette disparité s'explique en partie par la position géographique relativement centrale de Rochefort.

En ce qui concerne les personnes âgées, les territoires ruraux des Délégations Territoriales de Saintes, Saint-Jean-d'Angély et Jonzac proposent une offre moins diversifiée et moins étendue que les Délégations Territoriales situées sur le littoral.

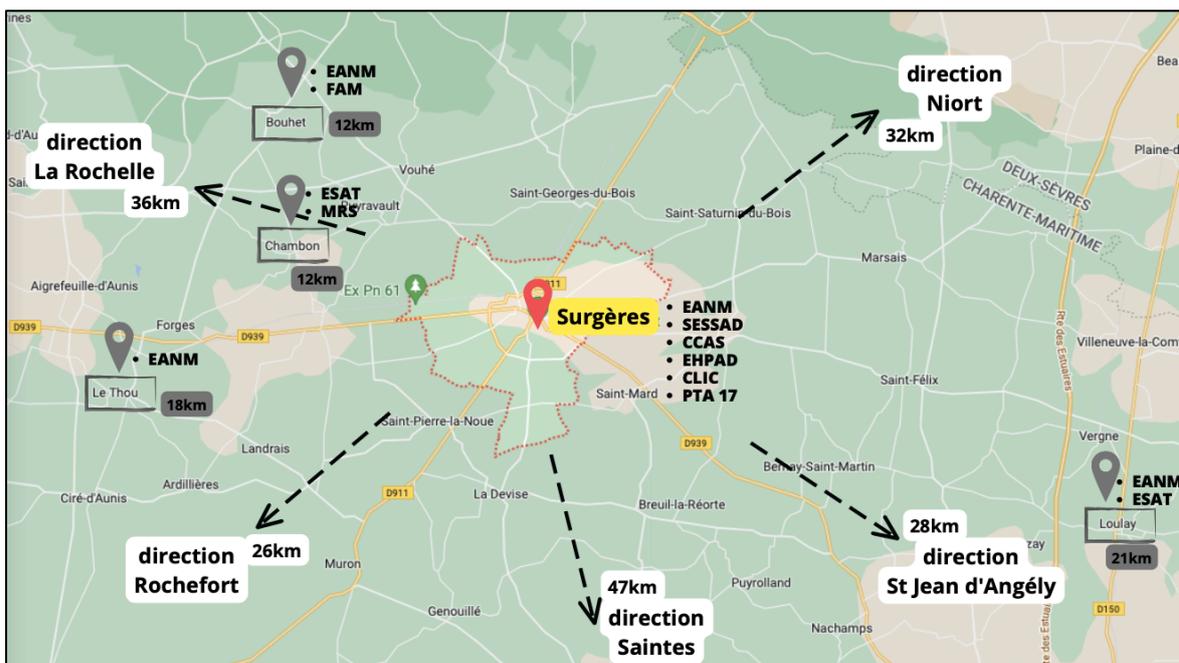
Le nombre de lits en FH a diminué de 12 % entre 2012 et 2016, à la suite du redéploiement de 60 lits vers d'autres types de structures. Le nombre de lits en FO a augmenté de 7 %, et s'établit à 710 lits en 2016. Le nombre de lits en FAM est passé de 180 à 212 entre 2012 et 2016, soit une augmentation de 18 %. À la suite de l'ouverture d'une MAS en 2017, le nombre de lits atteint 258 fin 2017. Pour les FH, les taux

d'équipement varie de 0,41 % à Rochefort à 2,64 % à Saint-Jean-d'Angély. Les Délégations Territoriales de Rochefort, Royan et La Rochelle ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne départementale. Pour les FO, les taux d'équipement varient de 0,86 % à Royan à 4,01 % à Rochefort. Les Délégations Territoriales de Royan et de La Rochelle ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne départementale. Pour les FAM, les taux d'équipement varient de 0 % à Royan à 1,64 % à Rochefort. Les Délégations Territoriales de Royan, La Rochelle, Saint-Jean-d'Angély ont des taux d'équipement inférieurs à la moyenne départementale.

La carte suivante indique le nombre de places installées et la part du type d'hébergement sur les différents EPCI, en 2016. On constate une forte présence des places de FO et de FH au détriment d'une diversification de l'offre qui pourrait correspondre à la diversité des besoins.



La cartographie ci-dessous présente l'état de l'offre dans la zone d'influence de Surgères :



L'offre installée sur le territoire de Surgères est variée. La ville est au centre d'une étoile maillant plusieurs structures d'hébergement ou services d'accompagnement. Du fait de sa position géographique, en pleine ruralité et de sa relative attractivité, la ville est au centre d'une logique d'aménagement qui fait que l'offre se structure facilement, en comparaison avec le territoire de Saint Jean d'Angély, à 28km, réputé pour être une zone blanche alors que c'est un bassin de vie beaucoup plus important. Également, l'un des atouts du territoire de Surgères est qu'il rassemble plusieurs types de structures permettant des potentiels dans la continuité des parcours de vie. L'offre allant d'un Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile (SESSAD) à un EHPAD, en passant par des services de coordination, comme le CLIC et la PTA de Charente-Maritime.

1.2.3 De nouvelles places à installer

Depuis 2012, le CD, conjointement avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), a fait évoluer le nombre de places installées en établissement pour personnes en situation de handicap qui avançaient en âge, et donc développaient des besoins en matière de santé. Entre 2012 et 2016, le nombre de lits en Maison de Retraite Spécialisée (MRS) a augmenté de 19 % pour s'établir à 57 lits. Le nombre de lits en EHPAD spécialisé pour personnes en situation de handicap a augmenté de 3 % entre 2012 et 2016.

Les Maisons de Retraite Spécialisées pour personne en situation de handicap sont situées dans la Délégation de La Rochelle et de Rochefort. Il existe également 96 lits en EHPAD spécialisés localisés dans les Délégations de Saintes, Jonzac et Saint-Jean-d'Angély. Seule la Délégation de Royan ne dispose d'aucun lit dans ce type d'établissement pour personnes handicapées vieillissantes. Les personnes handicapées

vieillissantes peuvent également être admises en EHPAD à titre individuel. Ainsi, on observe une certaine iniquité dans la répartition des places installées par territoire, ce qui impacte les trajectoires de vie des personnes concernées.

Par ailleurs, certaines résidences autonomie ont des projets d'accueil spécifique pour les personnes en situation de handicap et vieillissantes. Ces projets sont situés dans les Délégations Territoriales de La Rochelle, de Jonzac et de Saint-Jean-d'Angély. Par ailleurs, la Maison de Retraite Spécialisée des Quatre Vents à Dompierre-sur-Mer a été ouverte en octobre 2017. Fin 2017, 79 lits de MRS ont été mis à disposition. Ces mouvements s'inscrivent dans une logique de redéploiement de places pour « désengorger » les FO des populations vieillissantes. De plus, le CD cherche à étoffer son offre d'EANM dans les Délégations Territoriales en manque de solutions d'accueil. En 2022, la collectivité a publié un appel à projet de création de 30 places d'hébergement.

Dans le cadre du CPOM, le CD a contractualisé avec l'Unapei 17 une création de 14 places supplémentaires d'EANM sur le foyer de vie Horizon-Val de Gères. En comité de direction de l'Unapei 17, j'ai présenté l'opportunité d'y accueillir les jeunes adultes sous amendement CRETON actuellement en Institut Médico-Éducatif (IME) dans le département, et en attente de place en foyer de vie. En accord avec le CA et la direction générale, j'engagerai une démarche d'adaptation de l'établissement à l'accompagnement de jeunes adultes et adultes, en fonction des besoins et attentes exprimés.

L'état de l'offre installée sur le territoire départemental ne suffit pas à répondre aux besoins des personnes concernées malgré l'augmentation de 7% du nombre de lits en FO réalisée par redéploiement et création de places. En 2016, le nombre de places s'établissait à 710 lits. Depuis, on observe une nouvelle progression du nombre de jeunes sous amendement CRETON, notamment de jeunes en attentes de place en FO. En 2017, le nombre de demandes était de 5, en 2021, le nombre est désormais passé à 30 demandes. Ainsi, le projet de création de places supplémentaires au foyer de Surgères pourrait répondre en partie aux demandes de certains jeunes adultes.

1.3 Accompagner la personne en situation de handicap vers son autonomie dans la société : un principe d'action de l'Unapei 17 et la mission du foyer de vie Horizon-Val de Gères

1.3.1 L'Unapei 17 : une association parentale d'« entrepreneurs militants »

L'Unapei 17 est une association parentale d'« entrepreneurs militants », engagée « pour une société plus ouverte, inclusive, bienveillante et accompagnante où chaque personne doit trouver sa place et y être reconnue »²⁴. Depuis plus de 60 ans, pour défendre et promouvoir les droits des personnes avec handicap mental, les familles et leur entourage se mobilisent pour trouver des solutions d'accueil et d'accompagnement pour leurs enfants. L'association est adhérente au mouvement national Unapei. L'Unapei 17 défend les valeurs et principes d'actions tels que l'accompagnement à l'autodétermination²⁵ et au parcours de vie, la transition de la personne en situation de handicap lorsque les solutions ne sont plus adaptées, et la « triple expertise » qui reconnaît l'expertise des enfants et adultes situation de handicap, celle des familles ainsi que celle des professionnels. Ces expertises, qui sont en relation, fondent la triple expertise. L'objet social de l'Unapei 17 est de permettre aux personnes en situation de handicap de prendre pleinement leur place dans un environnement qui leur est encore souvent inadapté.

Le projet associatif 2020-2025 fixe trois axes d'engagement afin de répondre aux besoins et attentes des personnes en situation de handicap mental et de leurs familles, à chaque étape du parcours de vie, de l'enfance à l'âge adulte, à l'école, dans la vie sociale, dans l'habitat, et au travail.

- L'axe 1 « Accompagner chaque personne en situation de handicap à être actrice de sa vie » se matérialise dans les actions suivantes : protéger les droits et libertés de la personne, valoriser ses potentiels et la rendre actrice de son parcours de vie, garantir un accompagnement de qualité, soutenir et accompagner les familles à toutes les étapes de la vie de leur proche pour un parcours fluide et plus serein.
- L'axe 2 « Accélérer l'évolution de la société vers un modèle solidaire et inclusif » se traduit dans les actions suivantes : prendre en compte l'évolution des besoins des personnes en situation de handicap, aider les personnes à être des citoyens engagés et responsables, sensibiliser chaque citoyen à s'engager et à agir pour une société inclusive.
- L'axe 3 « Affirmer notre modèle parental d'entrepreneurs militants » s'accompagne des actions suivantes : faire de l'Unapei 17 un lieu de ressources pour les parents et amis de personnes en situation de handicap, informer et soutenir les familles, militer et favoriser l'engagement des bénévoles et des professionnels, développer

²⁴ Projet associatif 2020-2025, Unapei 17

²⁵ « Être autodéterminé, c'est agir comme le principal acteur de sa vie, dans les dimensions qui comptent pour soi, sans influence externe excessive. », Définition de l'autodétermination élaboré par l'Unapei tête de réseau : <https://www.unapei.org/actions/autodetermination-concept-pratique/>

l'action associative, renforcer la cohésion et la solidarité au sein des établissements et services

Créée en 1961 sous statut de la loi 1901, l'Unapei de Charente-Maritime est portée par 206 adhérents représentés par un Conseil d'Administration (CA) composé de 8 membres, parents de personnes accompagnées par l'Unapei 17. L'association gère 19 ESSMS, avec le concours de 400 salariés qui accompagnent 816 personnes.

En 2022, pour répondre à la transformation de l'offre, à la mise en œuvre de la transition inclusive et au renforcement de l'autodétermination des personnes, l'Unapei 17 a restructuré son organisation²⁶ pour correspondre à la logique de parcours et territoire de vie, en décloisonnant les anciens pôle Enfance, Habitat et vie sociale, Travail protégé. L'objectif visé est de garantir la continuité et la fluidité des parcours de vie des personnes accompagnées au sein de leur environnement et lieu de vie.

1.3.2 Le foyer de vie Horizon-Val de Gères : un Établissement d'accueil Non Médicalisé

En 2015, l'établissement a reçu un nouvel agrément autorisant l'augmentation du nombre de places, passant de 20 à 30 places d'hébergement permanent, auxquelles s'ajoutent 2 places d'hébergement temporaire et 15 places en externat. Il est habilité à accueillir des personnes en situation de handicap mental dans l'incapacité de travailler. Aussi, l'établissement dispose d'un agrément à l'aide sociale du CD de la Charente Maritime.

L'évolution des places a conduit à une restructuration de l'établissement. Le plan architectural de 2015 prend en compte les nouvelles façons d'habiter en collectif. Ainsi, le nouvel établissement est structuré de plein pied, en trois unités de 10, 11 et 11 lits ; chaque unité a son espace de restauration, une salle d'atelier, une salle commune et des chambres qui ont chacune leur terrasse privative. Auparavant, chaque personne accueillie était répartie par unité, en fonction de son niveau d'autonomie. Cependant depuis 3 ans, les unités accueillent les personnes en fonction des places disponibles et donc sans critère de difficultés. Au centre de l'établissement se trouve un jardin collectif et une grande salle où ont lieu les activités collectives et les temps de convivialité. L'établissement est équipé, également, d'une grande salle de réunion et d'une salle d'atelier sur les trois unités, qui peut aussi service de salle de réunion d'équipe.

Le projet d'établissement 2015-2019 en exercice est à réécrire, d'une part parce que la période a expiré, d'autre part, parce qu'il ne correspond plus aux enjeux et

²⁶ Annexe 1 : organigramme de l'association Unapei17

problématiques rencontrés par l'établissement. Également, je remarque que ce projet est commun aux trois autres FO de l'association, ce qui est caractéristique d'une offre standardisée et qui n'est pas en prise avec la réalité du terrain. Pour autant, l'offre de service qui en est issue propose des prestations en matière d'accompagnement socio-éducatif visant le maintien et le développement des capacités d'autonomie des personnes accueillies au foyer.

L'accompagnement socio-éducatif s'organise autour de quatre thèmes d'activités, proposées du lundi au vendredi, qui s'inscrivent dans une logique de maintien des acquis :

- Les activités ayant une fonction utile à la vie commune : chaque personne accueillie participe à l'entretien de son espace de vie et des espaces communs (vaisselle, ménage, jardinage, nettoyage des véhicules, entretien des extérieurs) ;
- Les activités physiques ayant pour but de développer et de maintenir l'équilibre physique et psychologique des personnes (gymnastique adaptée, équitation, bicyclette, marche, piscine, tir à l'arc) ;
- Les activités ayant pour but de favoriser l'expression, la créativité et les capacités intellectuelles (informatique, loisirs, arts plastiques) ;
- Les activités visant à la socialisation (sorties à thème, manifestations culturelles, musées).

Pour mettre en application le projet d'établissement, l'offre de service s'appuie sur une équipe pluriprofessionnelle²⁷ composée de cadres de direction, de professionnel administratif et services généraux, de professionnels éducatifs et de professionnels médicaux et paramédicaux. L'équipe pluriprofessionnelle est constituée de 28,5 ETP, ce qui représente 33 personnes physiques, dont 1 directrice de parcours et 1 directeur d'établissement, 1 chef de service, 3 Éducatrices Spécialisées (ES) qui font fonction de coordinatrices, 9 Accompagnantes Éducatives et Sociales (AES), 7 Moniteurs Éducateurs (ME), 1 secrétaire, 4 Agents de Service Intérieur (ASI), 4 surveillants de nuit, 1 infirmier et 1 psychologue.

Une partie des professionnels est relativement récente au sein de l'établissement, étant intégrés depuis moins de 5 ans à l'équipe. On remarque une part importante de professionnels ayant entre 6 ans et 35 ans d'ancienneté. Ces chiffres s'expliquent par une faible dynamique des parcours professionnels. Une part importante des professionnels a entre 40 et 50 ans. Cette répartition par tranche d'âge est à corréliser avec le niveau d'ancienneté au sein de l'établissement²⁸.

²⁷ Annexe 2 : organigramme de l'établissement

²⁸ Données issues du bilan social 2022 de l'Unapei 17

L'équipe professionnelle est répartie sur les trois unités. Les trois coordinatrices ont des missions d'organisation du service. L'une coordonne le service d'accueil de jour, une unité du foyer, les accueils temporaires et les surveillants de nuit, l'autre coordonne les deux autres unités du foyer, les ASI et l'organisation des repas collectifs, la troisième coordonne les activités, les plannings, le service infirmier et la relations avec les tuteurs.

Les coordonnatrices sont responsables de l'élaboration des projets personnalisés qui sont réévalués une fois par an. Elles sont également référentes pour le suivi des dossiers MDPH. Également, elles ont pour mission de faire remonter les problèmes d'organisation au chef de service. Enfin, une des missions principales est la préparation des activités pour faciliter le travail des animateurs d'ateliers. Elles participent à la rédaction des rapports d'activité et coordonnent les tâches administratives.

Chaque professionnel socio-éducatif présent sur les unités est référent de personnes accompagnées, il accompagne l'élaboration et la mise en œuvre des projets personnalisés, la vie quotidienne de chaque personne au sein du foyer, enfin, il veille à la mise en place et à l'encadrement des activités.

Les professionnels sont présents à la réunion collective qui se tient avec le chef de service un après-midi par semaine. De plus, un intervenant extérieur à l'association vient une fois par mois pour animer une séance de 2h d'analyse de la pratique avec l'équipe pluriprofessionnelle.

Chaque année, l'association finance un plan de formation à destination des professionnels. Ce plan prévoit des formations obligatoires, telles que des formations SST initial et recyclage, EPI Incendie, OGiRYS (logiciel d'élaboration et de suivi du dossier dématérialisé de la personne accompagnée). Également, le plan propose des formations métiers pour chaque salarié, à titre individuel, en fonction des besoins pour le maintien ou le développement de ses compétences. La direction peut engager les salariés dans des formations collectives, sur des thématiques métiers, comme la Valorisation des Rôles Sociaux (VRS), les Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), la sexualité et le handicap, l'initiation à la compréhension des troubles psychiques, la compréhension et l'accompagnement des comportements défis, l'évaluation du fonctionnement et l'élaboration du projet personnalisé, la méthode Facile à Lire et à Comprendre (FALC).

1.3.3 Un établissement entre logique occupationnelle et logique organisationnelle

La logique occupationnelle à l'œuvre au foyer correspond à une planification descendante d'activités qui entretiennent une routine de vie quotidienne et ritualisée, laissant peu ou pas de place à l'expression de la personne, à sa participation, à une programmation dynamique et à l'idée de projet alternatif à ce qui était prévu dans le planning. C'est une

planification qui cherche seulement à occuper, il y a peu de recherche de stimulation des capacités et compétences de la personne. Cette logique en œuvre n'entre pas dans une stratégie d'accompagnement socio-éducatif. Elle correspond simplement au fait de « garder » la personne. Les activités mises en place au foyer sont proposées par les professionnels et ne sont pas choisies par les personnes accompagnées, en fonction de leurs projets personnalisés, de leurs besoins, attentes et souhaits. Une inscription à une activité en début d'année vaut pour toute l'année, elle ne se fait pas en fonction du projet mais est décidée à un instant T, sans être réinterrogée. Les activités s'inscrivent dans une logique de collectif et ne sont donc pas ciblées et adaptées à chaque personne.

Il n'est pas rare de voir les résidents déambuler dans les couloirs ou attendre aux portes des bureaux. L'ennui et le manque d'activités personnalisées peut engendrer des troubles du comportement. Beaucoup passent des après-midis devant la télévision ou en atelier coloriage. Certaines personnes accompagnées aident aux tâches administratives telles que faire des photocopies, réceptionner les courriers et colis, noter les rendez-vous au tableau des coordinatrices, sous la supervision d'un professionnel, mais sans pour autant que cela fasse l'objet d'accompagnement à l'autonomisation par exemple. La plupart des sorties se font à l'occasion des courses alimentaires, achat de vêtement ou des activités de « loisir » comme l'équitation ou la piscine.

L'établissement fonctionne en circuit fermé. Il est coupé de son environnement, il n'y a pas de relation avec les dispositifs de droit commun ou les structures spécialisées afin de bénéficier de ressources externes ou du partage de bonnes pratiques, par exemple. Les partenariats ne sont pas formalisés, notamment avec les structures de loisir (piscine, centre équestre) qui accueillent les personnes que nous accompagnons, les conventions ne sont plus d'actualité.

Des bilans réguliers d'activités permettraient d'ajuster l'accompagnement ou de redéfinir les apports et objectifs de ces activités. Également, la majorité des bilans fonctionnels d'autonomie de la personne accompagnée date de 2016, ils n'ont pas été renouvelés, traduisant un manque d'évaluation sur le développement de la personne. Enfin, les recueils des besoins et attentes des personnes n'existent pas, et les projets personnalisés ne correspondent pas à ce qui est attendu par les RBPP, sur la forme et le fond. Ils ne prennent pas en compte toutes les dimensions d'un parcours de vie.

En outre, l'activité socio-éducative du foyer est impactée par des problématiques organisationnelles prégnantes. Les coordinatrices exercent des missions de gestion de l'établissement et n'ont plus suffisamment de disponibilités pour coordonner le parcours des personnes accompagnées. Cela entraîne un glissement de tâches qui se répercute sur toute la chaîne de l'accompagnement. Les missions effectuées par les professionnels ne correspondent plus aux référentiels métiers, et les fiches de poste de chaque

professionnel n'existent pas. Le volet socio-éducatif (conduite d'atelier, observations, élaboration des projets personnalisés, etc.) incombe aux ME et aux AES, et l'accompagnement social quotidien se fait par les ASI. Les missions d'organisation du cadre de vie (cuisine, tâches ménagères, lingerie) s'effectuent par tous les professionnels en fonction de leur disponibilité. Seul l'infirmier, présent à 50 %, et la psychologue, à 10 % dans le foyer, exercent leurs missions contractuelles ; l'infirmier est chargé de la coordination des dossiers de santé.

Également, la transmission d'informations fonctionne majoritairement à l'oral. Il y a très peu d'écrits, ce manque de formalisation a pour conséquence une perte régulière des informations, et se traduit par un manque d'outils construits. Cette pratique de la culture de l'oral a des conséquences négatives dans le suivi des personnes et de leur accompagnement. Par ailleurs, les professionnels manquent de temps de travail en commun. Il n'y pas de réunions d'équipe régulières, par unité par exemple, où les professionnels mettent en commun et partagent les problématiques liées aux parcours des personnes. La réunion hebdomadaire du mardi correspond plutôt à une réunion institutionnelle où il est question des sujets d'organisation de l'établissement.

Par ailleurs, la gestion des plannings est une source de tension récurrente pour l'organisation. Il y a autant de roulements que de professionnels, il n'y a pas de planning d'équipe matin / journée / soirée mais des plannings par salarié. Ceci implique un changement régulier de planning, car la planification se fait en fonction de l'organisation personnelle du salarié, cela conduit à avoir beaucoup de roulement et entraîne un flou dans l'organisation. De plus, cette gestion des plannings monopolise une part importante du temps des coordinatrices.

Enfin, depuis 2015, il n'y a pas eu d'actualisation des connaissances et des pratiques des professionnels. Malgré l'offre de formation de l'association, peu de salariés ont bénéficié des actions de formation « métiers ». Entre 2015 et 2021, seules les formations obligatoires en matière de sécurité ont été dispensées. Les formations proposées aux professionnels du foyer ne sont pas adaptées ou ciblées sur les caractéristiques, les besoins et attentes des personnes accompagnées.

Ce contexte met en tension le dialogue social. Les professionnels s'épuisent, il y a une perte de pratique et des missions non-couvertes. Beaucoup de professionnels ressentent et expriment une perte de sens. Malgré cette situation, les professionnels restent engagés pour assurer l'accompagnement des personnes.

La situation que traverse le foyer de vie résulte en partie du fait d'un turn-over régulier de l'encadrement, chef de service et directeur. Entre 2016 et 2023, il y a eu 6 changements de chefs de service et 4 changements de directeurs, avec parfois plus de 6 mois de postes vacants entre deux recrutements. De ce fait, les professionnels, qui ont vécu ces

changements, n'ont pas bénéficié de cadre, de direction, de lignes directrices. Par manque de pilotage, l'équipe s'est auto-organisée pour assurer une continuité de fonctionnement de l'établissement, et une continuité d'accompagnement. Aussi, les professionnels ont adopté un fonctionnement clanique. En témoignent plusieurs comptes rendus de CVS ou de réunions d'équipe où les professionnels expriment leurs difficultés à exercer leurs missions quotidiennes, et remettent en question les décisions de la direction.

1.4 Des adultes accueillis et à accueillir, soucieux de leur projet de vie

1.4.1 Des personnes accueillies avec des caractéristiques homogènes

Le foyer accueille 45 adultes âgés de 20 ans à 59 ans²⁹, dont 35 % ont entre 40 et 50 ans, et 22 % ont entre 55 et 60 ans. L'ensemble des personnes qui résident au foyer viennent de structures médico-sociales, elles ont donc déjà bénéficié d'un accompagnement dans leur parcours de vie. 87 % des personnes accompagnées présentent des Troubles du Développement Intellectuel (TDI), moyen à grave, à titre principal ou associé. La majorité des personnes présentent des TDI (39 sur 45), avec des troubles associés, dont des troubles du comportement et de la communication (22), des déficiences visuelles (30), des troubles psychiques (15), des troubles du langage et des apprentissages (16), ainsi que de la déficience métabolique (19).

Le DSM-5 définit les TDI comme étant « un trouble fait de déficits tant intellectuels qu'adaptatifs dans les domaines conceptuels, sociaux et pratiques »³⁰. Il existe des degrés de sévérité allant de léger à profond. Le diagnostic TDI repose sur trois critères :

- « Déficit des fonctions intellectuelles, comme le raisonnement, la résolution de problème, la planification, l'abstraction, le jugement, l'apprentissage scolaire et l'apprentissage par l'expérience » ;
- « Déficit des fonctions adaptatives qui se traduit par un échec dans l'accession aux normes habituelles de développement socioculturel permettant l'autonomie et la responsabilité sociale. » ;
- « Début du déficit intellectuel et adaptatif pendant la période du développement ».

Les adultes présentant des TDI manifestent des affections particulières, cognitives et socio affectives, qui se traduisent notamment par une lenteur dans le traitement des

²⁹ Informations issues du rapport d'activité 2021

³⁰ Américain Psychiatric Association, *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^{ème} édition, 2015, p.17

informations, une faible mémoire de travail, des difficultés de repérage spatio-temporel, des difficultés au niveau du langage, de l'adaptation sociale, des difficultés pour entrer en relation avec autrui et une estime de soi fragilisée. Certains adultes ont des troubles associés d'origines différentes, qui se traduisent par des difficultés de régulation de leur comportement ou de construction de leur personnalité. On remarque également des carences socio affectives qui se traduisent notamment par une difficulté à intérioriser des repères et des règles issus des codes sociaux. Ces difficultés se manifestent parfois par des passages à l'acte. La construction de leur personnalité est fragile et le lien avec autrui reste à construire dans un cadre relativement structurant. 5 adultes ont développé des troubles du comportement associé à des problématiques de santé qui impactent leur vie quotidienne. Leurs situation complexifie l'accompagnement des professionnels, des solutions devront être apportées, notamment en sollicitant le service Parcours Santé de l'association et par la mise en place d'une Cellule Interprofessionnelle de Réflexion (CIR).

1.4.2 Des personnes désireuses de participer à la vie sociale et en pleine capacité pour le faire

La notion de besoin est définie par la nomenclature SERAFIN-PH³¹ comme un « écart entre la réalisation effective, par une personne, d'une activité ou d'un domaine d'activité et son objectif personnel de réalisation » et se décline en 3 domaines : Santé, Autonomie, Participation Sociale. La nomenclature des besoins et des prestations dans le domaine du handicap adopte une approche multidimensionnelle qui prend en compte les interactions entre les facteurs individuels et environnementaux. Cette approche reconnaît que ces interactions ont des conséquences sur les fonctions psychiques et corporelles de la personne, limitent ses activités et réduisent sa participation sociale.

L'approche multidimensionnelle permet de mieux comprendre les besoins spécifiques de ces personnes et de proposer des prestations adaptées pour soutenir leur autonomie, favoriser leur participation sociale et améliorer leur qualité de vie. L'approche prend en considération à la fois les aspects individuels liés au handicap, tels que les capacités et les limitations de la personne, ainsi que les facteurs environnementaux, tels que l'accès aux services, le soutien social, l'inclusion et les possibilités d'emploi.

Ainsi, les professionnels et les acteurs du secteur du handicap peuvent mieux répondre aux besoins des personnes concernées et les accompagner de manière plus personnalisée et globale. Cela permet également de promouvoir la pratique inclusive, et de favoriser la pleine participation et l'autodétermination des personnes en situation de

³¹ CNSA, Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH, octobre 2020

handicap. Pour les adultes en situation de handicap intellectuel ou mental, le parcours de vie est marqué par des besoins non satisfaits ou partiellement satisfaits. Ils ont vécu des situations jalonnées d'incompréhensions, de changements et de ruptures qui ont fragilisé leur situation.

Les personnes accompagnées par les professionnels du foyer ont des besoins en matière de santé somatique ou psychique. Ils font face à des difficultés dans l'accès aux soins. Cela résulte des problématiques de communication, des difficultés à maîtriser les habiletés sociales, des difficultés d'adaptation et d'anticipation, ainsi que des difficultés de perception et d'expression de la douleur. Les risques somatiques récurrents nécessitent une vigilance accrue tant pour le dépistage que pour le suivi.

Également, ils ont des besoins et des attentes en matière d'autonomie. Principalement pour exercer les activités de la vie quotidienne, telles que l'entretien de soi, la construction de relations adaptées avec autrui, l'exercice d'une mobilité, et la prise de décisions adaptées et sécurisantes. Pour les personnes accompagnées au foyer, il est souvent difficile de cumuler et d'enchaîner différentes tâches pour assurer le quotidien, gérer le temps, prendre des décisions et des initiatives adaptées, notamment dans un contexte imprévu et/ou changeant.

Enfin, ils expriment des besoins et attentes en matière de participation sociale. Ils sont étrangers au sentiment d'appartenance à un collectif, à l'exercice des droits et des rôles sociaux. Les personnes accompagnées ont une vie sociale souvent limitée au cercle familial, aux proches aidants et aux habitants du foyer.

Ils développent un sentiment de solitude, d'isolement, ainsi que des attentes en vie personnelle affective et sexuelle. Les personnes accompagnées vont chercher à nouer d'autres types de relations pour gagner en autonomie et en épanouissement. La création de liens avec d'autres nécessite alors de se comprendre réciproquement, d'élargir les possibles et les cercles relationnels dans la cité : clubs de sport, activités artistiques et culturelles, départs en vacances, etc. Ils sont en recherche d'une insertion dans la vie sociale valorisée et valorisante. Pour ces adultes, l'accès à des activités sociales est un moment fort. Ils évoquent souvent leurs difficultés à se faire accepter dans la cité. Les incompréhensions de la part des lieux de droits communs qui les accueillent (associations culturelles, sportives et de loisirs, commerces, services, etc.) sont multiples.

Ces diverses situations conduisent très souvent à un isolement progressif avec un fort sentiment d'échec et de perte de confiance en soi. Pourtant, bien que contraints par leurs caractéristiques liées au handicap, les adultes du foyer ont développé des ressources internes, des stratégies d'évitement et des capacités d'adaptation pour satisfaire en partie leurs attentes, à titre individuel. Ils entrent facilement en communication avec les visiteurs

du foyer, ils fournissent des efforts pour se faire comprendre de tous, ce qui peut générer une fatigue pour certains. Ils sont volontaires pour participer à la vie collective du foyer. Ils n'hésitent pas à s'aventurer seuls au sein d'environnement qu'ils ne connaissent pas ou peu. C'est notamment le cas lorsqu'ils sortent individuellement du foyer pour se promener dans les rues avoisinantes ou au centre commercial. Ils sont en recherche d'expériences dans la cité et d'occasions pour s'intégrer dans la vie sociale de proximité. Quotidiennement, ils expriment clairement leurs attentes : « Quand est-ce que je peux aller dehors ? », « Je veux sortir », « On va en ville ? Y'a les magasins, j'aimerais voir des copains »³².

1.4.3 Des jeunes adultes, relevant de l'amendement CRETON, à accueillir

Dans le cadre de la création des 14 places, j'envisage d'ouvrir prioritairement l'admission aux jeunes adultes en attente de places d'EANM, afin de libérer les places d'IME, mais surtout de permettre à ces jeunes de vivre dans un environnement qui leur correspond, de passer à une vie d'adulte. Cette décision s'appuie également sur ma responsabilité à garantir la continuité du parcours de chaque personne accompagnée. L'article 22, dit amendement CRETON, de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989³³, est une mesure dérogatoire qui permet aux jeunes adultes de 20 ans et plus, de maintenir leur accueil en IME, dans l'attente de places en établissements ou services pour adultes.

Selon l'enquête de 2020, sur le recensement des jeunes sous amendement CRETON, dans le département de la Charente-Maritime, réalisée par le Centre Régionale d'Études, d'Actions et d'Informations (CREAI)³⁴ Nouvelle-Aquitaine, 68 personnes de 18 à 24 ans sont en attente de places. Le nombre était de 76 en 2018. A l'échelle de la Nouvelle-Aquitaine, 5% des places installées dans les ESSMS sont occupées par des personnes sous amendement CRETON. C'est 6,2% en Charente-Maritime, dont 50 en IME, et 13 en Établissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP). Parmi ces personnes, 24 ont une notification foyer de vie établie par la Maison Départementale des Personnes en situation de Handicap (MDPH).

Au sein de l'Unapei 17, au 31 décembre 2022, 27 jeunes sous amendement CRETON sont accompagnés par l'IME de l'association, 13 ont une notification FO et ont des caractéristiques TDI. En début d'année 2022, les professionnels du secteur Enfance de l'Unapei 17 ont mené une enquête sur l'habitat auprès des jeunes accompagnés à l'IME.

³² Propos recueillis par les professionnels et présentés en réunion d'équipe

³³ Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

³⁴ CREAI Nouvelle-Aquitaine, Les jeunes adultes sous amendement Creton en Nouvelle-Aquitaine, 2020

Nous avons reçu 49 réponses. Les résultats montrent un refus de vivre en institution. 26% souhaitent vivre seul, en appartement, 45% souhaitent vivre en couple et 29% souhaitent vivre en colocation de 5 personnes maximum. Par ailleurs, 52% disent ne pas vouloir vivre chez leurs parents.

Les nouvelles générations ont bénéficié de la transformation de l'offre médico-sociale depuis la loi du 11 février 2005, et ont toujours été accompagnés dans la logique inclusive, notamment en suivant une scolarité au sein d'Unités d'Enseignement Externalisé (UEE), ou en bénéficiant des activités au sein des dispositifs de droit commun. De fait, ils expriment des attentes en matière d'autonomie et d'accompagnement hors les murs, dans la vie sociale. Ils souhaitent avoir des expériences dans la cité, participer et avoir des interactions avec le monde dans lequel ils vivent. Enfin, les jeunes sous amendement CRETON ont été accompagnés au développement des habiletés sociales, domestiques, à savoir être indépendant dans son logement, l'entretenir, se rendre dans les commerces de proximité, adhérer aux activités du quartier, ainsi qu'avoir des relations sociales en dehors de leurs structures d'accueil.

1.5 Synthèse de la première partie

Le diagnostic présenté en amont a permis de mettre en lumière les problématiques sous-jacentes aux difficultés observées. Ainsi, je constate que l'offre de service n'est pas en congruence avec les principes d'action annoncés dans le projet associatif. Cette offre entre également en contradiction avec les politiques publiques en matière de promotion des droits des personnes en situation de handicap et de leur inclusion dans la vie sociale. Je constate également, que l'organisation ne permet par l'efficience de l'accompagnement socio-éducatif. Ainsi, l'appellation « Foyer Occupationnel » traduit les débordements de cette logique et fabrique de l'institution, dans la pratique. Le risque est de faire du foyer occupationnel une « institution totale »³⁵, telle que définie par Erving Goffman dans *Asiles*, en 1961, « un lieu de résidence et de travail, où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées »³⁶. C'est donc en rupture avec cette tendance que je plaide pour l'utilisation « foyer de vie », dans le ce sens où un foyer est un chez-soi

³⁵ Goffman E., *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1961

³⁶ Ibid., p.41

et quand il est associé au terme « vie », il rend l'existence plus dynamique. Le foyer de vie est donc un lieu où l'on habite et où rien n'est figé.

Ces constats m'amènent à vouloir engager une conduite du changement de l'organisation et de la pratique professionnelle, passant de l'occupationnel à l'inclusif, ce qui demande une actualisation des pratiques et un décloisonnement de l'offre de service. Cette ouverture sur l'environnement est l'occasion de capter les bénéfices d'un territoire dynamique, à échelle humaine et source d'opportunités, comme celui de Surgères. J'ai partagé ce diagnostic au CA et à la direction générale, ainsi que la démarche qui va suivre dans ce mémoire. La gouvernance et la dirigeance soutiennent mon action de direction, ce qui va permettre de légitimer le projet auprès des professionnels.

Enfin, je propose un changement de paradigme qui demande une refonte du projet d'établissement. Les réponses aux attentes en matière de participation sociale et d'autonomie, d'autodétermination passent d'abord par une meilleure connaissance des personnes accompagnées, de leurs besoins, attentes et souhaits, de leurs caractéristiques, notamment à travers le recueil des attentes et des projets personnalisés formalisés. Au-delà de la simple fonction d'outil, ce recueil et les projets personnalisés ont aussi une fonction éducative et sociale qui peut s'incarner dans des pratiques d'accompagnement à élaborer, et à mettre en œuvre dans une logique de soutien à l'autodétermination. C'est le point de départ. Ainsi, la question centrale qui se pose relève d'une nécessité à transformer les pratiques et postures en cours, à accompagner les professionnels dans le changement afin de répondre aux attentes des personnes accueillies et à accueillir. Autrement dit, **comment recueillir les besoins et attentes des personnes accompagnées au foyer de vie pour développer leur autodétermination et faire évoluer les pratiques professionnelles ?**

Dans la partie suivante, je présenterai des éléments de réponse, notamment en matière de positionnement du cadre et de pratique managériale à adopter, ainsi que du positionnement des professionnels dans leur rôle d'accompagnant. Ensuite, je proposerai une réflexion sur les pratiques de soutien à l'autodétermination pour la personne en situation de handicap, d'une part, et d'autre part, sur la question de l'habitat en foyer et dans l'environnement, permettant de nourrir et d'élaborer une stratégie d'action, ce sera l'objet de la troisième partie.

2 Le changement organisationnel et le changement des pratiques pour élaborer un nouveau projet d'établissement

Cette seconde partie a pour objet de mobiliser des apports théoriques pour guider mon action de direction. Au regard des constats mis en exergue dans la première partie, je m'appuierai sur la notion de coopération pour faire équipe avec les professionnels, associée à la notion de légitimation pour assoir l'action de direction. Ma stratégie managériale se déroulera à l'aune de la conduite du changement, développée par Kurt Lewin, articulée en huit étapes du changement, du modèle de Kotter. Cette conduite a pour objet d'engager un processus de changement des pratiques professionnelles, pour passer de l'occupationnel à de nouvelles pratiques d'accompagnement, qui vont permettre à la personne accueillie de devenir actrice de son projet de vie. Ma stratégie managériale vise à accompagner les professionnels dans un changement de paradigme qui implique de nouvelles pratiques et postures professionnelles basées sur les besoins et attentes des personnes accompagnées, et à partir de l'expression des personnes concernées et de leurs projets personnalisés. Ce changement va amener une transformation de l'offre de service et son décloisonnement. Ainsi, **le changement des pratiques à visées collectives et occupationnelles vers des pratiques inclusives, en coopération entre professionnels, va permettre la mise en œuvre d'un projet d'établissement soutenant l'autodétermination des personnes accompagnées.**

2.1 Le management du changement organisationnel par la légitimation et la coopération

2.1.1 La légitimation de l'action du directeur par un management participatif

Le lien entre l'équipe des professionnels et l'équipe de direction s'est distendue au fil du temps par manque de présence et de travail en commun. La direction est perçue par les professionnels comme étant une entité supérieure, à part et lointaine, qui n'est pas intéressée par le fonctionnement de l'établissement. La direction subit une perte de légitimité de la décision et dans l'exercice de ses missions puisqu'au quotidien ce sont les coordinatrices qui organisent l'établissement. De ce fait, en tant que directeur, je dois engager un processus de légitimation de mon pilotage, et légitimer le changement d'organisation, de pratiques et de modèle d'accompagnement.

Le risque de résistance au changement de la part des professionnels est important. L'enjeu est managérial, et consiste donc à rétablir la relation de confiance entre l'équipe de direction et les professionnels, afin de former une équipe de travail au bénéfice d'un accompagnement adapté des personnes accueillies au foyer.

Pour amorcer ce changement et assoir ma légitimité, je m'appuierai sur la dimension « rationnelle-légale » de la légitimité, développée par Max Weber dans *Économie et Société* (1922), qui repose sur des lois et des règles impersonnelles et rationnelles qui confèrent l'autorité à une personne ou à une organisation. Ce type de légitimité est basé sur la croyance en la validité et la légalité des règles et des procédures établies. Ainsi, il convient d'activer le processus de légitimation en communiquant et rappelant la règle, de manière pédagogique et transparente, en communiquant sur ce qui est attendu par les politiques publiques et le projet associatif, notamment. Les politiques publiques et le projet associatif légitiment notre présence, notre action, auprès des personnes que nous accompagnons, c'est ce qui nous rassemble au sein de l'organisation Unapei 17, car l'association est fondée sur des normes et des valeurs acceptées et partagées. C'est ce qui rend l'organisation légitime auprès des parties prenantes.

La « légitimité organisationnelle »³⁷ se réfère à la reconnaissance et à l'acceptation sociale d'une organisation en tant qu'entité valable, appropriée et conforme aux normes, aux valeurs et aux attentes de son environnement. C'est la perception que l'organisation a le droit et la justification de fonctionner, de prendre des décisions et d'agir dans le cadre de sa délégation et de ses activités.

La légitimité organisationnelle est primordiale car elle influence la confiance, la crédibilité et la réputation de l'organisation auprès de ses parties prenantes, telles que les personnes accompagnées, leurs familles et proches, les salariés, les partenaires, les pouvoirs publics et la société en général. Une légitimité élevée favorise la stabilité, le soutien et la coopération. « La légitimité organisationnelle, nécessaire à la survie des organisations, implique la satisfaction au moins partielle des attentes des parties prenantes, donc une forme de réconciliation entre les acteurs »³⁸. Cette réconciliation est d'autant plus réalisable que les professionnels sont réellement investis auprès des personnes accueillies au foyer, ils ont une forte volonté de bien faire, et portent un regard bienveillant sur les personnes qu'ils accompagnent.

Enfin, la légitimation est également favorisée par la transparence et l'équité dont le manager fait preuve dans sa prise de décision, sa gestion des ressources et sa

³⁷ Buisson M-L., « La gestion de la légitimité organisationnelle : un outil pour faire face à la complexification de l'environnement », *Management & Avenir*, vol. 4, n°6, 2005, p.153

³⁸ Ibid., p.153

communication. Celle-ci doit être régulière et transparente. Elle doit s'appuyer sur des éléments de langage clairs et factuels pour énoncer et expliquer ses objectifs, sa vision, ses décisions et les raisons qui les sous-tendent. La communication doit être à double sens, dans une réciprocité, favorisant l'écoute et l'échange d'idées avec les membres de l'équipe.

Cette légitimité s'acquiert grâce à un management participatif, pour faire équipe, faire œuvre commune et mobiliser la participation et la co-élaboration de tous. Pour Philippe Hermel, le management participatif est un « processus managérial global consistant à créer chez tout salarié un comportement d'acteur-concepteur, contributif de l'amélioration du fonctionnement de l'organisation »³⁹. Selon les quatre styles de management de Linkert, le management participatif est une approche qui encourage et permet aux salariés de participer activement aux décisions et aux processus de l'établissement. L'objectif est de valoriser les contributions et les idées de chaque membre de l'organisation, afin de favoriser l'engagement, la motivation et la créativité des salariés, il permet aussi de dépasser leurs réticences, craintes ou refus. Il repose sur l'idée que les professionnels qui sont directement impliqués dans l'accompagnement sont souvent les mieux placés pour proposer des améliorations et des solutions aux problèmes auxquels l'établissement est confronté.

Le management participatif repose sur des principes clés tels que : la prise de décision partagée, la communication transparente, l'autonomie et la responsabilisation, la reconnaissance, la formation et le développement. Par ailleurs, le management participatif permet de réduire les tensions hiérarchiques en proposant aux salariés des responsabilités et une participation active dans le processus décisionnel, ce qui diminue le sentiment de subordination.

C'est donc ce type de management que j'exercerai pour accompagner le changement. Ce mode de fonctionnement sera également utile pour diffuser la notion d'autodétermination et créer un environnement favorable à sa pratique, aussi bien chez les professionnels qui l'expérimenteront à travers la participation et la co-élaboration, que chez les personnes accompagnées qui bénéficieront des nouvelles pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la démarche de légitimation sera renforcée par l'identification et l'élaboration du recueil des besoins et attentes des personnes accompagnées puisque ceux-ci servent de base aux réponses élaborés par l'établissement. En effet nos actions professionnelles

³⁹ Hermel P., *Le management participatif. Sens, réalités, actions*, Éditions d'organisation, 1992, p.248

sont légitimées par l'expression des besoins, attentes et souhaits des personnes que nous accompagnons.

2.1.2 Une dynamique de groupe dans le processus de changement

La conduite du changement est un processus qui permet aux organisations d'accompagner et soutenir leurs équipes dans le processus de transition lié au changement. Il s'agit d'un processus de planification et de mise en œuvre conçu pour faciliter la transition d'un nouvel état ou vers un nouveau mode de fonctionnement⁴⁰. En tant que manager, l'enjeu est d'encourager et de m'assurer de la participation et l'engagement de l'équipe pour que le changement soit soutenu par des professionnels engagés et impliqués. Ce processus de changement s'appuiera sur une réflexion à partir du savoir expérientiel des professionnels pour les rendre acteurs du changement. Le savoir expérientiel⁴¹ des professionnels est un type de connaissance qui se base sur l'expérience directe et l'observation. Il se compose d'un mélange de connaissances et de compétences acquises par les professionnels à travers leurs expériences du terrain, leurs observations et leurs interactions avec leurs pairs et leur environnement. Ce savoir d'usage est maîtrisé par les professionnels, ce sera donc une base de départ pour accorder ce qui est en cours à ce qui est demandé, pour faire évoluer les pratiques. L'objectif est que chacun retrouve du sens à son travail. La finalité étant d'adapter le modèle d'accompagnement au public accueilli, ce qui implique de transformer ses propres pratiques, de coordonner les interventions auprès des personnes concernées et faire évoluer sa posture professionnelle pour permettre la participation de la personne accompagnée.

Afin de permettre le changement, je souhaite m'appuyer sur la dynamique de groupe entre professionnels du foyer afin de créer un collectif au travail embarqué dans le changement. La « dynamique de groupe »⁴² selon Kurt Lewin se réfère à l'étude des processus et des changements qui se produisent au sein d'un groupe lorsqu'il interagit en tant qu'entité collective. La dynamique de groupe met l'accent sur l'analyse des forces et des interactions qui influencent le comportement des individus au sein d'un groupe. Cette approche permet de mieux comprendre les processus de groupe, les changements qui peuvent se produire et l'impact du contexte social sur les comportements individuels et

⁴⁰ Loubat J-R., *Penser le management en action social et médico-social*, Dunod, 2020, p.57

⁴¹ Cartron E., Lefebvre S., Jovic L., « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 144, n°1, 2021, p.76

⁴² Allard-Poesi F., Kurt Lewin : De la théorie du champ à une science du social, in Charreire S., Huault I., *Les grands auteurs en management stratégique*, EMS, 2009, p.510

collectifs. C'est donc en comprenant le fonctionnement des professionnels que le management pourra s'ajuster, et fédérer les professionnels dans le processus de changement.

Pour accompagner l'équipe, je m'appuierai, également, sur le modèle de changement social développé par Kurt Lewin en 1947 dans les ouvrages « Frontiers in Group Dynamics », Field Theory in Social Science et « Frontiers in Group Dynamics », Human Relations. Ce modèle décrit le processus du changement produit en trois étapes : dé cristallisation (unfreezing), déplacement (moving) et recristallisation (refreezing). Selon cette théorie, le changement commence par la dé cristallisation, qui consiste à libérer les personnes ou les organisations de leurs anciennes routines et croyances qui les empêchent de changer. Dans cette étape, les personnes sont encouragées à remettre en question leurs pratiques et leurs croyances pour élaborer de nouvelles idées et perspectives. La deuxième étape est le déplacement, qui consiste à mettre en œuvre de nouvelles idées et à adopter de nouveaux comportements pour atteindre un nouvel état. Dans cette étape, les personnes sont encouragées à s'ouvrir aux nouvelles possibilités et à prendre des mesures concrètes pour les mettre en œuvre. Enfin, la recristallisation consiste à consolider le changement et à créer des habitudes ou des routines qui peuvent aider les personnes à consolider leurs nouveaux comportements et à les intégrer à leurs pratiques quotidiennes. Cette étape est importante car elle permet aux personnes d'adopter de nouveaux comportements et de les intégrer de manière durable.

Ce changement social se prépare en mettant en place des espaces de communication et de dialogue entre les professionnels pour développer une réflexion transversale et interprofessionnelle. Ces espaces permettent aux professionnels de partager leurs idées et leurs suggestions pour améliorer le changement. En suivant le mouvement du changement, le premier temps consiste à offrir un cadre qui réinterroge les pratiques et donc les positions, ce qui me permet de créer des opportunités d'implication et d'engagement pour les professionnels, comme des projets collaboratifs ou des initiatives de groupe, en particulier sur l'élaboration du modèle d'accompagnement qui s'appuiera sur des pratiques inclusives. Le second temps doit fournir des formations et des ressources afin que les professionnels puissent se familiariser avec le changement et comprendre les rôles qu'ils peuvent jouer pour le maintenir. En mutualisant les expériences et les compétences notamment, je cherche à développer la coopération entre métiers et une culture commune qui vient redonner du sens pour chaque professionnel. Enfin, le troisième temps doit stabiliser les nouvelles approches et pratiques, d'abord par des mécanismes de rétroaction et de suivi pour évaluer les progrès, et identifier les obstacles rencontrés par les professionnels. En tant que directeur, je cherche à faire

émerger une organisation apprenante. Cette conduite du changement permet aussi de travailler sur le sens de la mission socio-éducative, de retrouver un accord sur les valeurs et principes d'action de l'association.

2.1.3 La coopération : une compétence collective au service du changement

La stratégie managériale développée en amont va favoriser l'émergence et la mise en pratique de la coopération pour atteindre les objectifs du changement. En effet, le processus de légitimation, la dynamique de groupe et le management participatif s'intègre dans la logique de la coopération.

Selon Guy Le Boterf⁴³, la coopération est une capacité à travailler en collaboration avec d'autres personnes, dans le but d'atteindre des objectifs communs de manière efficace et harmonieuse.

La coopération ne se limite pas à la simple coordination des actions individuelles, mais elle englobe également la dimension collective, c'est-à-dire la capacité des individus à interagir, à communiquer, à partager des connaissances, des compétences et des ressources, et à construire ensemble une compréhension partagée. La coopération implique une véritable synergie entre les membres d'une équipe ou d'un groupe, où les contributions individuelles se complètent et s'enrichissent mutuellement pour former ensuite une compétence collective, car partagée. Selon cette perspective, la coopération va au-delà de la simple mise en commun des ressources et des efforts. Elle nécessite également des compétences relationnelles, telles que l'écoute active, la confiance mutuelle, la gestion des conflits et la capacité à travailler de manière collaborative. La coopération repose sur une volonté commune de coopérer, de partager les responsabilités et de travailler ensemble pour atteindre des résultats supérieurs à ce qui pourrait être réalisé individuellement.

Pour Le Boterf, la coopération est une compétence clé dans les environnements de travail et organisationnels, car elle favorise l'efficacité, la créativité, l'apprentissage et l'adaptabilité. Elle permet de mobiliser les talents individuels, de créer des synergies et d'optimiser les résultats collectifs.

Dans cet ouvrage, l'auteur met en évidence l'importance de la coopération dans le contexte professionnel et organisationnel, en soulignant que les compétences collectives sont souvent négligées par rapport aux compétences individuelles.

⁴³ Le Boterf G., Construire les compétences collectives : Coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux professionnels, Eyrolles, 2018, p.35

Enfin, Le Boterf définit les compétences collectives comme étant les compétences nécessaires pour travailler efficacement en équipe et en collaboration avec d'autres personnes. Il met l'accent sur l'importance de développer ces compétences en complément des compétences individuelles, notamment à travers la formation, l'apprentissage par l'action et la réflexion collective.

Le rôle du manager dans la coopération, et particulièrement dans le cas du foyer, est d'installer un cadre propice à la pratique de la coopération, d'instituer un cadre de travail qui a pour principe l'échange et la mise en relation, et le traitement de problématiques de travail. Le manager est garant de la cohérence et de la bonne exécution de la coopération. Il est également responsable du développement du « savoir-coopérer », du « pouvoir-coopérer » et du « vouloir-coopérer », notamment en prenant la fonction d'animation du collectif, d'être un facilitateur de la coopération et d'impulser un engagement de chacun. Cette fonction implique de formaliser les modes de coopération et les règles qui s'y appliquent, de veiller à la représentation de la diversité des compétences lors des temps de coopération et rendre accessibles les différentes connaissances (documentations, ressources, productions) capitalisées en interne du foyer et même de l'association, d'être un acteur de la mise en réseau et de la médiation, de s'intégrer dans le processus d'apprentissage, puis d'arbitrer et prioriser les choix qui s'offrent au collectif. Également, pour que la coopération ne soit pas un faux-semblant de management et qu'elle s'intègre dans une démarche de management participatif, le manager doit accorder aux professionnels un pouvoir de décision, dans le cadre des espaces de la coopération. Ainsi, chacun se responsabilise pour soi et pour le collectif. Enfin et surtout, le manager doit communiquer régulièrement sur le cap, il pilote toujours en coopérant, il partage la vision de la direction.

La mise en place d'une organisation coopérative va permettre, d'une part, la transformation d'une culture professionnelle et des postures, d'autre part, une appropriation de la logique projet, ainsi que l'installation du futur cadre de travail sur la refonte du projet d'établissement.

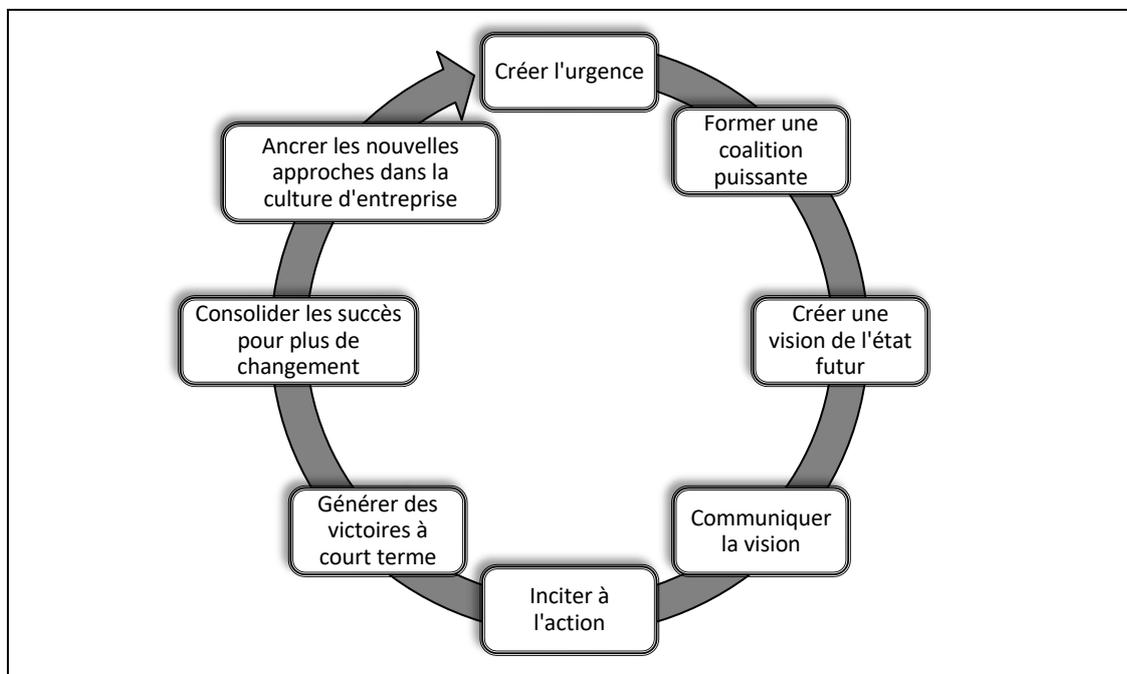
2.2 Le changement de culture engagé par le renouvellement des connaissances, des postures et des pratiques professionnelles

2.2.1 Le changement de culture à travers les huit étapes de Kotter

La culture professionnelle⁴⁴ est définie comme l'ensemble des valeurs, des normes, des croyances et des pratiques partagées au sein d'une équipe de professionnels. Elle joue un rôle important dans l'identité professionnelle des salariés, c'est à dire qu'elle fédère le collectif autour d'un système de fonctionnement et de pensée. Cette culture professionnelle est une construction sociale faite à partir de reconnaissance mutuelle, des parcours et origines professionnelles par exemple, d'histoire de l'organisation et de pratiques admises par l'organisation et le collectif. La culture professionnelle en cours au foyer Horizon-Val de Gères est un système qui fonctionne majoritairement avec la pratique orale et peu de formalisation, peu de d'utilisation d'outil. C'est une culture qui ne s'est pas appropriée les nouvelles pratiques du travail social qui ont accompagné son évolution. C'est donc à travers des actions managériales que le changement de culture va s'opérer, notamment pour un changement de pratiques et de postures.

Le plan d'action managérial va s'appuyer sur les huit étapes du changement de Kotter dont l'intérêt réside dans le fait de rendre les professionnels acteurs du changement pour transformer leur culture professionnelle. Ces huit étapes vont guider le plan d'action d'accompagnement au changement sur un temps permettant la mobilisation, la réflexion et la capitalisation.

Le schéma ci-dessous présente les huit étapes du changement selon Kotter⁴⁵ :



⁴⁴ Gather Thurler M., Progin L., « Culture professionnelle, culture organisationnelle », dans Jorro A. éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, De Boeck Supérieur, « Hors collection », 2013, p.71

⁴⁵ Kotter J. P., *Leading change*, Harvard Business Review Press, 1996

- 1) « Créer l'urgence » : la première étape consiste à communiquer la nécessité du changement de manière à créer une motivation et un sentiment d'urgence parmi les membres de l'organisation. Il est essentiel de démontrer les raisons qui justifient le changement et les conséquences de l'inaction.
- 2) « Former une coalition puissante » : il est important de former une équipe de « leaders » et d'« influenceurs » qui soutiennent le changement et qui ont le pouvoir d'influencer les autres. C'est une coalition qui va donner le cap et doit être suffisamment solide pour conduire le changement et surmonter les obstacles potentiels.
- 3) « Créer une vision de l'état futur » : cette étape consiste à élaborer une vision stratégique qui traduit une vision claire et convaincante de l'avenir souhaité. La vision doit être facilement compréhensible et susciter l'enthousiasme parmi les membres de l'organisation.
- 4) « Communiquer la vision » : la vision stratégique doit être communiquée de manière efficace à l'ensemble de l'organisation. Les dirigeants doivent utiliser tous les moyens à leur disposition pour transmettre la vision de manière cohérente et inspirante, fédérer en expliquant pourquoi le changement est nécessaire et comment il bénéficiera à tous.
- 5) « Inciter à l'action » : cette étape implique de supprimer les obstacles et les barrières qui pourraient entraver la mise en œuvre du changement et donner du pouvoir aux autres pour agir. Il faut donner aux professionnels les ressources, les compétences et les possibilités pour agir conformément à la vision et contribuer activement au processus de changement.
- 6) « Générer les victoires à court terme » : il est important de réaliser des progrès tangibles et visibles à court terme afin de maintenir la motivation et renforcer la confiance envers le processus de changement. Ces gains doivent être alignés sur la vision stratégique globale, et célébrés pour maintenir l'élan.
- 7) « Consolider les succès pour plus de changement » : cette étape implique de consolider les gains obtenus, de les intégrer dans les pratiques quotidiennes et de continuer à identifier de nouvelles opportunités de changement. Il est essentiel de maintenir l'engagement pour ne pas retomber dans les anciennes habitudes.
- 8) « Ancrer les nouvelles approches dans la culture d'entreprise » : la dernière étape consiste à faire en sorte que les changements deviennent une partie intégrante de la culture de l'organisation. Les nouvelles pratiques doivent être renforcées, soutenues par les professionnels (cadres et non cadres) et les succès doivent être célébrés. Cela permet de s'assurer que le changement est durable et qu'il se perpétue au-delà du processus initial.

L'enchaînement de ces huit étapes se retrouvera dans le plan d'action développé en troisième partie. Le modèle de Kotter propose des étapes qui s'enchaînent avec cohérence, dans un mouvement itératif. Par ailleurs, ce modèle prend en compte la coopération, la dynamique de groupe ainsi que le processus de changement de Kurt Lewin. Les étapes 1 à 3 correspondent à la « dé cristallisation », les étapes 4 à 6 au « déplacement » et les étapes 7 à 8 à la « recristallisation ».

2.2.2 Comment penser la place de chacun dans l'accompagnement de la personne accueillie ?

Les professionnels du foyer exercent leur accompagnement dans une logique occupationnelle, où le principe est de chercher à occuper les personnes au sein du foyer en programmant diverses activités, sans projet construit, sans recherche d'objectifs socio-éducatif. Il s'agit d'un « accompagnement dit « accompagnement/maintien » à dominante sociale et relationnelle impliquant d'assurer une présence auprès d'une personne dans une situation existentielle »⁴⁶. Au regard de ce qu'expriment les personnes accompagnées et les politiques publiques, la place des professionnels doit évoluer et tendre vers « un « accompagnement/visée », consistant à dynamiser la personne accompagnée dans la réalisation d'un projet. Le projet faisant référence au projet de vie et par déclinaison au projet personnalisé qui implique un accompagnement dynamique et donc une posture et des pratiques professionnelles qui recherchent le partage, l'échange, le questionnement, la co-construction et l'étayage des actes d'accompagnement. C'est un changement de paradigme qui va permettre la mise en place d'un accompagnement soutenant l'autodétermination.

L'« accompagnement/visée » est caractérisé par cinq postures :

- Une « posture éthique », nécessite une réflexion critique sur la place et le rôle d'accompagnant, et invite à adopter une posture de non-violence et donc à « ne pas se substituer à autrui ». La posture éthique invite plutôt à faire ensemble et à adopter une approche collaborative qui encourage la participation active de la personne accompagnée dans son propre processus de développement. L'accompagnant facilite l'exploration des différentes options, en soutenant la prise de décision autonome et en favorisant le sens de la responsabilité personnelle.
- Une « posture de non-savoir » permet d'éviter la position de dominant et prescripteur et contraint le professionnel à se concentrer sur ce qu'exprime la

⁴⁶ Paul M., « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 110, n°3, 2012, p.15

personne accompagnée au lieu de décider à la place. La parole de la personne accompagnée a plus d'intérêt que l'application directe des théories professionnelles et interprétations qui seraient plaquées d'une situation à une autre. Effacer le rôle de sachant permet de libérer l'autonomie psychologique de la personne accompagnée, la connaissance professionnelle interviendra dans un second temps.

- Une « posture de dialogue », qui désamorce le jeu de pouvoir qu'il peut y avoir entre un accompagnant et un accompagné. C'est par le dialogue que les deux parties peuvent prendre leur juste place dans leur relation. Le dialogue permet de rendre symétrique la relation et ainsi de mieux répondre aux attentes, besoins et souhaits de la personne accompagnée.
- Une « posture d'écoute », où l'accompagnant prête une attention soutenue à la personne accompagnée, en étant présent et en écoutant activement ce qu'elle exprime, tant au niveau des mots que des émotions. Cela permet de comprendre ses besoins, ses préoccupations et ses aspirations. Cette posture d'écoute permet de questionner la personne dans son rapport à son environnement par « un processus de négociation des compréhensions, de délibération interactive, de conception partagée du sens ».
- Une « posture émancipatrice » qui vise à créer un environnement favorable aux opportunités, ouvertes par l'accompagnant. L'accompagnant identifie et mobilise les ressources et les compétences de la personne accompagnée, en l'aidant à découvrir et à exploiter ses propres forces pour atteindre ses objectifs. Il encourage également l'apprentissage et le développement de nouvelles compétences si nécessaire.

Ainsi, on se trouve moins dans une logique de réparation qui consisterait à combler des déficiences que dans une logique qui s'appuie sur les ressources de la personne accompagnée et qui suppose de redonner du pouvoir à la personne. Le professionnel cherche à adopter une posture d'accompagnement, où la personne prend une place d'un partenaire, où chacun construit une relation interpersonnelle dans le cadre de la coopération. Pour Maëla Paul, « la posture d'accompagnement désigne une manière d'être en relation à autrui dans un espace et à moment donnés. C'est une attitude de corps et d'esprit ». Cette approche de l'accompagnement vise à créer ou recréer un environnement relationnel qui soit une opportunité. C'est un accompagnement qui impose de la retenue puisqu'il s'agit d'éveiller la personne à sa propre capacité. « Cette posture professionnelle implique d'avoir confiance en sa capacité à se confronter à ses propres difficultés si on veut accompagner la personne dans des apprentissages basés sur

l'expérience »⁴⁷. Il s'agit d'une posture d'accompagnement facilitant le soutien à l'autodétermination.

Enfin, cette posture d'accompagnement invite à envisager la personne d'abord à l'aune de ses capacités, de ses centres d'intérêt, et non d'abord par ses difficultés, par ce qui lui manque. Également, il y a un déplacement de la position du professionnel dans la relation d'accompagnement, considérant que le premier expert c'est la personne elle-même, sa famille et le professionnel. L'Unapei parle de la triple expertise, qui formalise la participation de chacun au bien-vivre de la personne. Pour cela, au foyer « Horizon-Val de Gères », il est nécessaire de structurer les pratiques d'accompagnement à partir du processus qui commence par une compréhension des besoins et des capacités de la personne, et se termine par l'atteinte des objectifs et de l'autonomie qu'elle recherche. Le modèle se concentre sur le développement des compétences et des capacités de la personne, il s'agit d'un accompagnement à visée projet.

Par ailleurs, l'adoption et l'appropriation de cette nouvelle posture d'accompagnement seront facilitées par un environnement professionnel coopératif impulsé par le manager.

2.2.3 La culture du projet : la clé pour l'émergence de nouvelles pratiques concentrées sur la personnalisation de l'accompagnement

La culture du projet contribue à l'émergence de nouvelles pratiques parce qu'elle met en co-élaboration les différentes parties prenantes du projet. C'est un système de pensée, de normes et de valeurs cohérentes avec la pratique de la coopération et le management participatif. Cette culture influence la manière dont les professionnels travaillent ensemble, et avec la personne accompagnée et son entourage, dans le cadre d'un projet personnalisé notamment, ou d'un projet d'établissement. Lorsqu'une équipe adopte une culture du projet, la démarche permet de développer les différentes possibilités d'adapter ses approches et ses méthodes en fonction des besoins et des caractéristiques de chaque personne accompagnée. « C'est cette modification relationnelle et de ce changement d'état d'esprit (...) et pas seulement de méthodologie qui n'en est que l'expression. En revanche, lorsque les professionnels ont compris ce que signifiait une logique de service et de promotion de la personne, les changements méthodologiques deviennent alors faciles à mettre en œuvre »⁴⁸.

⁴⁷ Cudré-Mauroux A., Piérart G., Vaucher C., *Co-construire l'autodétermination au quotidien : Vers un partenariat entre professionnel et personnes avec une déficience intellectuelle*, Éditions ies, 2020, p.119

⁴⁸ Loubat J-R., *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2023, p.7

La démarche projet s'intègre dans la logique de la personnalisation de l'accompagnement car elle s'appuie sur la compréhension des compétences, attentes et besoins de la personne, afin de proposer un accompagnement adapté et ciblé. La démarche projet reconnaît que chaque personne a des besoins différents et que des solutions sur mesure sont nécessaires pour maximiser son potentiel et sa contribution au projet. La culture du projet axée sur la personnalisation de l'accompagnement favorise également l'autonomie et la responsabilisation des individus. Elle encourage les membres de l'équipe à prendre des initiatives, à partager leurs idées et à participer activement aux décisions et aux processus de réponses aux attentes de la personne accompagnée. Cette approche favorise un environnement coopératif où chaque personne a une place et un rôle.

Pour développer une telle culture du projet, il est essentiel de mettre en place des pratiques et des processus qui favorisent la communication ouverte, l'écoute et la flexibilité. C'est particulièrement lors des temps de co-élaboration des projets personnalisés que les professionnels activent leur posture d'accompagnement et font dialoguer entre eux leurs compétences et connaissances.

2.3 Le soutien de l'autodétermination des personnes accueillies : la nouvelle modalité d'accompagnement socio-éducatif en foyer de vie

2.3.1 L'autodétermination : un droit, un processus et une pratique

Le concept d'autodétermination émane du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes, un principe essentiel en droit international, et un objectif poursuivi par de nombreux mouvements de libération nationale et de défense des droits humains à travers le monde. Le principe du droit des peuples à disposer d'eux-mêmes a été formulé pour la première fois dans un contexte juridique international à la fin de la Première Guerre mondiale, en 1918. Il a été inscrit dans le Pacte de la Société des Nations (prédécesseur de l'ONU) et a été intégré à la charte des Nations Unies en 1945, en tant que l'un de ses buts fondamentaux. Il reconnaît le droit des groupes humains à déterminer librement leur statut politique, économique, social et culturel, ainsi que leur développement.

Ce droit implique le respect de l'autonomie et de la liberté des peuples à prendre des décisions concernant leur propre destinée, sans ingérence extérieure injustifiée. Il peut s'appliquer à différents contextes, tels que la décolonisation, la création d'États

indépendants, la réorganisation territoriale, l'autonomie régionale ou le respect des droits des minorités.

Ce droit à disposer de soi s'est inséré dans les lois du champ de la citoyenneté, de l'inclusion et du handicap et se traduit aujourd'hui dans le concept d'autodétermination. Ainsi, l'autodétermination s'inscrit dans une évolution du regard que la société porte sur le handicap, favorisant une reconnaissance plus importante des droits et libertés, ainsi que la promotion d'une citoyenneté pleine et entière. Dans ce cadre, la personne en situation de handicap n'est plus essentialisée à l'aune de ses troubles, mais est prise en compte en tant que sujet de droit, et reconnue dans sa dignité, permettant une amélioration de sa qualité de vie et une amélioration des pratiques d'accompagnement qui lui sont destinées.

Mettre en pratique l'autodétermination est une invitation à considérer d'abord la personne dans sa globalité, en mettant l'accent sur ses capacités et ses centres d'intérêt plutôt que sur ses difficultés ou les aspects qui lui font défaut. C'est une approche qui présume que chaque individu possède des compétences et des ressources, et qu'il est important de les reconnaître et de les valoriser.

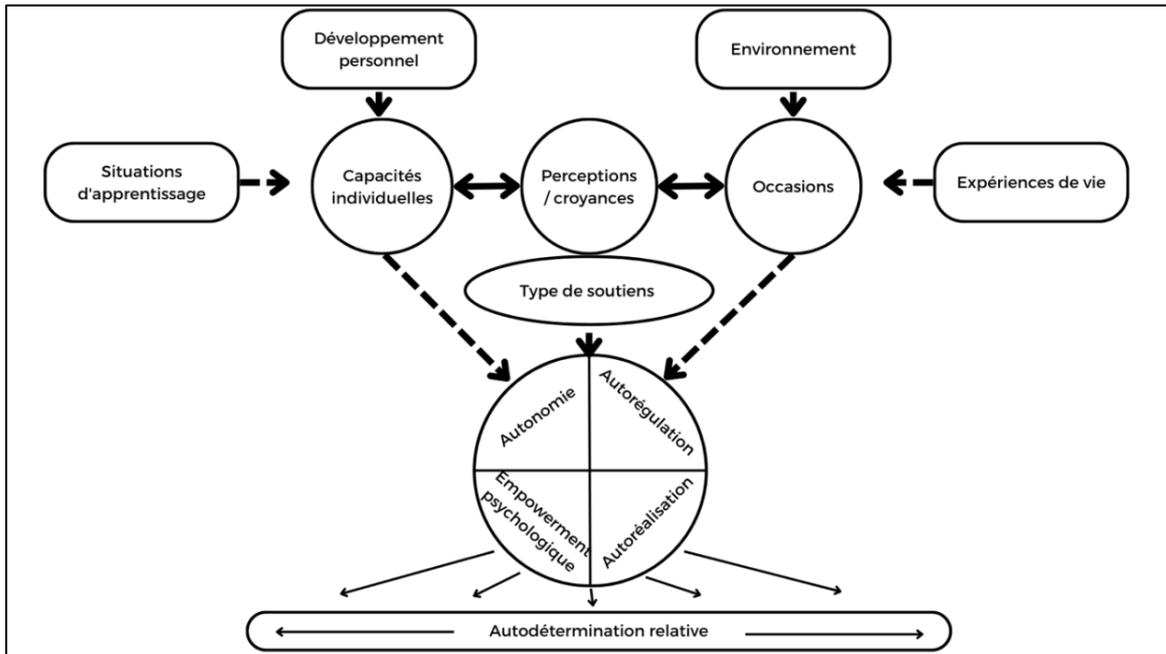
Ainsi, on reconnaît que chaque personne a le potentiel de contribuer de manière significative à la société et de mener une vie épanouissante, indépendamment de ses limitations ou de ses différences. Il s'agit de mettre l'accent sur les forces et les talents de chaque individu, en reconnaissant que ces aspects peuvent être plus importants que les défis auxquels il est confronté. L'autodétermination favorise une approche inclusive qui vise à créer des environnements qui permettent à chacun de développer son plein potentiel.

Au sein du foyer de vie Horizon-Val de Gères, l'accompagnement mis en place sans recueil des attentes via des activités programmées sans les personnes accompagnées, ne permet pas leur autodétermination. Elles ne se sentent pas soutenues dans leurs capacités, leurs souhaits, attentes, ni dans leurs projets. Elles font face au dilemme de vouloir faire des choses mais vouloir faire autre chose que ce qui leur est présenté. L'accompagnement socio-éducatif ne prend pas en compte le fonctionnement de l'autodétermination et donc ne soutient pas et ne met pas au travail les habiletés et attitudes requises, voire empêche sans intention délibérée. Ce principe n'est pas connu et ne peut donc pas être mis en œuvre.

Michael Lee Wehmeyer a élaboré un modèle fonctionnel afin de mieux appréhender les mécanismes en jeu dans le développement et l'expression de l'autodétermination. Il définit l'autodétermination comme « les habiletés et attitudes requises chez une personne lui permettant d'agir directement sur sa vie en effectuant librement des choix non

influencés par des agents externes indus »⁴⁹. Ainsi, l'autodétermination met en rapport, la personne et ses capacités à l'environnement qui l'entoure, si celui-ci fait obstacle à l'exercice de l'autodétermination, ou le permet.

Ci-dessous, le schéma du modèle fonctionnel de l'autodétermination élaboré par Wehmeyer permet de comprendre l'écosystème de l'autodétermination.



Selon ce modèle fonctionnel, l'autodétermination repose sur trois facteurs : les capacités individuelles, les opportunités, et le type de soutien et de prestation d'accompagnement. Les capacités individuelles sont influencées par les expériences d'apprentissage et le développement de la personne. Les opportunités découlent des expériences au sein de l'environnement dans lequel la personne évolue.

L'autodétermination se constitue de quatre caractéristiques influencées par ces facteurs :

- L'« autonomie comportementale » qui englobe des compétences liées à la participation et l'expression, la prise de décision et les choix en fonction des intérêts personnels ;
- L'« autorégulation », fait appel aux compétences d'autogestion et de contrôle de soi, d'élaboration de solutions et d'adaptation de la personne en fonction des situations et par rapports aux normes sociales de son environnement ;
- L'« empowerment psychologique » est lié à la perception du contrôle qu'une personne a sur son environnement. Cette perception subjective est influencée par

⁴⁹ Lachapelle Y., Wehmeyer M. L., « L'autodétermination », dans Tassé M-J., Morin D., *Manuel professionnel sur la déficience intellectuelle*, Éditions, 2003, p.209

des facteurs tels que la cognition, la personnalité et la motivation. La confiance en sa capacité à faire des choix en fonction de sa propre volonté joue un rôle essentiel dans le développement de cette caractéristique ;

- L'« autoréalisation » qui consiste à organiser sa vie en tenant compte de ses forces, de ses faiblesses et de ses expériences personnelles.

Pour Wehmeyer, une personne est considérée comme autodéterminée lorsque ses comportements répondent aux critères d'autonomie, d'autorégulation, d'empowerment psychologique et d'autoréalisation. Ainsi, l'autodétermination se situe sur un continuum allant de peu à très autodéterminé, en fonction de la présence et de la qualité de ces caractéristiques. L'autodétermination est donc un processus évolutif en fonction de l'âge, du développement, de l'environnement et des situations dans lesquelles la personne se trouve.

Il est important de souligner que le modèle de Wehmeyer met en évidence l'importance des interactions entre les capacités individuelles, les opportunités environnementales et le soutien approprié pour favoriser l'autodétermination. En fournissant un environnement favorable, des opportunités d'apprentissage adaptées et un soutien adéquat, il est possible de renforcer les compétences autodéterminées d'une personne avec TDI et de favoriser son épanouissement personnel.

« Ainsi, l'autodétermination n'est pas une finalité en soi, mais bien un levier pour s'inclure au sein de son environnement social et y jouer un rôle significatif, c'est-à-dire porteur de sens pour soi et pour les autres »⁵⁰. Le rôle des professionnels, des familles et de la société dans son ensemble est de faire reconnaître et respecter le droit à l'autodétermination des personnes en situation de handicap, et de mettre en œuvre les conditions adaptées pour l'exercice de l'autodétermination. Cela nécessite une approche inclusive qui valorise les capacités de chaque individu et qui vise à créer des environnements favorables à leur participation active et à leur épanouissement.

2.3.2 Une pratique à adopter à partir des attentes des personnes accompagnées

Le principe d'autodétermination ne signifie pas que les personnes doivent faire face à toutes les responsabilités de façon indépendante. Au contraire, il met en évidence leur besoin d'être soutenues dans leur processus de prise de décision et de développement de compétences pour exercer un contrôle sur leur vie. L'autodétermination présente des

⁵⁰ Caouette M., Pellerin S., Charrette C., « Une conception développementale et écosystémique de l'autodétermination pour l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle », *La nouvelle revue Éducation et société inclusive*, vol. 94, n°2, 2022, p.47

avantages importants pour les personnes accompagnées. Le soutien à l'autodétermination peut améliorer leur estime de soi, renforcer leur sentiment de contrôle sur leur vie, favoriser leur indépendance et leur participation sociale et augmenter leur satisfaction globale. Lorsque les personnes sont soutenues dans leur autonomie et leurs choix, elles sont plus susceptibles de développer leur plein potentiel et de mener une vie épanouissante par l'amélioration de leur qualité de vie.

Affirmer le droit à l'autodétermination n'est pas en soi suffisant pour générer des changements concrets, même si cela suppose la reconnaissance de ce besoin fondamental pour tout être humain, y compris ceux ayant des TDI. Ainsi, pour que ce droit soit effectivement mis en œuvre, il est nécessaire de développer des pratiques d'accompagnement et des modalités de soutien cohérentes avec le concept d'autodétermination. La reconnaissance du droit à l'autodétermination implique de fournir aux personnes accompagnées les outils adaptés, les ressources et les opportunités nécessaires pour les aider à prendre des décisions éclairées, à exprimer leurs choix et à développer leurs compétences de prise de décision. Cela nécessite de mettre en place des pratiques d'accompagnement qui s'élaborent à partir des besoins, attentes et souhaits de la personne accompagnée, à partir de ce qu'elles expriment pour exercer ce droit de manière concrète.

Ces pratiques d'accompagnement impliquent un changement de posture d'accompagnement pour correspondre à une logique de « se joindre à », « aller où il va », « en même temps que lui ». Ces pratiques sont personnalisées, ciblées et adaptées aux besoins et attentes, pour ensuite construire des modalités de soutien cohérentes avec le concept d'autodétermination, qui repose sur le caractère unique des besoins et préférences de chaque personne. Il est essentiel d'adopter une approche individualisée et personnalisée qui tient compte des capacités, des intérêts et des objectifs de chaque personne, afin de leur permettre de participer activement à la planification et à la prise de décision concernant leur propre vie. Cela peut impliquer de fournir des informations adaptées, d'enseigner des compétences de vie quotidienne, de promouvoir l'autonomie dans la prise de décisions, et de créer un environnement favorable à l'expression des choix et des préférences de la personne.

C'est en questionnant les attentes et besoins, que l'offre de service va pouvoir proposer et mettre en place des activités d'accompagnement socio-éducatif qui y répondent. C'est par l'articulation entre les besoins, les prestations et les objectifs de la personne que les professionnels accompagneront de manière adéquate la personne dans son projet de vie.

Le ciblage des prestations en fonction des projets personnalisés et donc des besoins et attentes de la personne va nécessairement déterminer l'évolution de l'offre de service.

2.3.3 L'autodétermination à chaque niveau de l'organisation

« Une vision centraliste réduisant le pouvoir décisionnel des praticien·ne·s et mettant peu à profit leur créativité semble difficilement conciliable avec la promotion de l'autodétermination des personnes qu'elles et ils accompagnent »⁵¹. Cette perspective soulève également la question du type de management qui sera mis en place au sein de l'établissement. En effet, l'adoption d'une approche coopérative qui valorise l'autodétermination des professionnels pourrait avoir un impact positif sur l'adoption de pratiques favorisant l'autodétermination des personnes accompagnées.

En encourageant un style de management qui favorise la participation, l'autonomie et la prise de décision des professionnels, un environnement propice à l'autodétermination se crée. Cette volonté managériale va se traduire par la promotion d'une culture organisationnelle qui soutient l'autonomie, la participation et le bien-être des personnes accompagnées. Un management participatif reconnaît que chaque individu, professionnels inclus, possède des connaissances et des compétences propres et encourage leur participation dans la prise de décision, en reconnaissant leur expertise et en leur donnant la possibilité de contribuer à l'instauration de cette nouvelle culture organisationnelle de manière significative. Pour autant, au regard du profil de l'équipe et de son fonctionnement, je devrais, avec le chef de service mettre en cadre à cette pratique de l'autodétermination pour éviter trop de liberté. L'autodétermination des professionnels se cantonnera au cadre des missions respectives. L'autodétermination ne signifie pas « faire ce que je veux, quand je veux ».

Le principe d'autodétermination est porté au niveau de la gouvernance et dans le projet associatif 2020-2025 de l'Unapei 17. Ainsi, c'est au directeur de décliner ce principe dans le fonctionnement de l'établissement et l'offre de service. Afin de s'inscrire dans une démarche globale et de porter une vision systémique développée tout au long de cette partie, la mise en évidence de la pratique de l'autodétermination à tous les niveaux doit s'incarner d'abord dans la posture managériale. La posture managériale influence la posture d'accompagnement des professionnels, c'est pourquoi, en tant que directeur je

⁵¹ Caouette M., « Adopter des pratiques professionnelles qui favorisent l'autodétermination : Quels défis pour les organisations et les praticien·ne·s ? », dans Masse M., Piérart G., Julien-Gauthier F., Wolf D., *Accessibilité et participation sociale : Vers une mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, Édition ies, 2020, p.30

dois infuser le concept au sein de l'équipe pour que chaque professionnel s'en imprègne et puisse le mettre en acte dans ses pratiques d'accompagnement auprès des personnes accueillies au foyer. Ainsi, le management participatif et la pratique de la coopération prennent tout leur sens dans le processus de changement.

2.4 L'approche environnementale pour décroisonner l'offre de service et habiter dans la cité : une pratique de l'inclusion

2.4.1 L'approche environnementale : une vision globale de l'inclusion

La prise en compte de l'environnement dans l'accompagnement renforce la perspective holistique de l'inclusion. C'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de pratiquer l'inclusion dans un entre-soi au foyer mais bien de travailler avec l'environnement social, géographique, culturel, de prendre en compte le territoire afin de globaliser la dynamique de l'inclusion. Il s'agit d'y associer toutes les parties prenantes de l'environnement qui ont, de près ou de loin, de manière directe ou indirecte, un rôle dans la mise en œuvre de l'inclusion, c'est une démarche à deux sens.

L'approche environnementale⁵², dans l'accompagnement médico-social, consiste à tenir compte du contexte, des facteurs environnementaux et des besoins de la personne qui sont susceptibles d'influencer son autonomie et sa santé. Il s'agit de prendre en compte l'environnement social, physique et culturel dans lequel la personne évolue pour élaborer un plan d'accompagnement adapté. Cette approche s'appuie sur des méthodes participatives et interprofessionnelles. Elle se concentre également sur le développement des compétences et des aptitudes, ainsi que sur la prise en compte des besoins spécifiques et des ressources à l'intérieur et à l'extérieur de l'environnement de la personne accompagnée. Elle vise à promouvoir un mode de vie plus satisfaisant et plus autonome et à soutenir la personne dans sa participation à la société. Les différentes composantes de l'environnement peuvent être modifiées ou améliorées afin de soutenir l'autonomie, l'inclusion, la santé et le bien-être des personnes.

L'approche environnementale vise à prendre en compte les parties prenantes de l'écosystème de la personne. L'Unapei 17 a fait le choix de dissocier le référent éducatif de la personne, qui l'accompagne au quotidien, du coordinateur de parcours, qui a davantage une fonction ressource auprès des acteurs intervenant dans le projet de la

⁵² Fiard D., Guide d'accompagnement environnemental : accueil d'adultes avec autisme (et/ou déficience intellectuelle), *Centre Expertise Autisme Adulte*, 2017

personne. La fonction de coordination « doit pouvoir assurer la cohésion des interventions (...) mettre en commun et (de) nouer des offres de services autour d'un objectif commun »⁵³, notamment en créant des espaces d'échange. Ainsi, c'est par la réunion des ressources de l'environnement de la personne, que la logique de parcours coordonnés⁵⁴ devient une pratique d'accompagnement adéquate. C'est donc par la coordination que les apports sanitaires, sociaux et médico-sociaux seront mobilisés, en fonction de besoins spécifiques à combler pour la poursuite du parcours de la personne accompagnée, en lui transmettant toutes les capacités qu'elle doit ou devra mobiliser. La fonction de coordination correspond « à l'évolution des paradigmes de l'accompagnement individualisé (SERAFIN PH) et de l'évolution de la structure de l'offre de service sur les territoires ».

L'environnement constitue donc un collectif où la personne est le sujet et la partie prenante centrale, c'est aussi un acteur de la coordination. En ce sens, la participation de la personne à l'élaboration de son projet est primordiale, puisqu'elle est la première concernée, de même que la recherche de la participation est un acte d'accompagnement. La co-construction du projet est un préalable à sa réussite car il émane de la personne elle-même, c'est une part de l'expression de son autonomie. Cette méthode conduit à l'individualisation de l'accompagnement, et avoir autant de projets que de personnes, ce qui rassemble une diversité de partenaires et de dispositifs externes qui décloisonnent l'établissement. « Cette diversité nous amène à repenser la notion même d'établissement – voire à l'abandonner – pour opérer davantage en réseau, en partenariat avec de multiples équipes et services, ce qui pose la nécessité d'une coordination »⁵⁵ de l'environnement.

2.4.2 Habiter en foyer : un mode de vie « hors les murs »

La notion de chez soi se vit difficilement dans le parcours résidentiel des personnes accompagnées au foyer. Dès leur enfance ces personnes ont été placées en institution, en IME, puis en FH ou FO. L'identification du lieu de vie relève de la notification MDPH, de l'offre médico-sociale et de la stratégie d'orientation de la part des gestionnaires de structures, de professionnels, de familles. Il émane peu de l'expression d'un choix de la personne en situation de handicap. « Les solutions alternatives à l'établissement,

⁵³ Brandibas G., Eleta M., « La Coordination : une fonction à géométrie variable au service des logiques de parcours », *Les cahiers de l'actif*, n°504-507, 2018, p.15

⁵⁴ Bloch M., Hénaut L., *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014, p.113

⁵⁵ Loubat J-R., *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2013, p.9

notamment la vie en milieu ordinaire, n'ont pas toujours été pensées ou explorées, que ce soit pour les personnes vivant en Ile-de-France ou en Haute-Normandie, en FAM ou en foyer de vie. Les personnes ont souvent évacué la question de vivre à domicile, cela leur paraissant relever du registre de l'impossible »⁵⁶. Au sein du foyer Horizon-Val de Gères, les personnes accompagnées revendiquent leur « chez-soi » : « ici c'est ma maison », « toi, tu es chez moi », « moi j'habite ici » mais également, la majorité des personnes expriment des attentes à être en relation avec le monde. De plus, les jeunes adultes sous aménagement CRETON, qui pourront être accueillis dans le cadre de la création de 14 places supplémentaires, ne souhaitent pas vivre en foyer classique. Ainsi, les personnes réinterrogent la notion de chez soi et d'habitat, construit de fait par le modèle institutionnel.

Le projet d'établissement à venir devra nécessairement traiter la question du mode d'habitat au regard des besoins et attentes des personnes accompagnées. Les parties prenantes du projet devront élaborer et proposer des prestations qui atténuent cette vie en institution. Ce travail nécessite d'investiguer les moyens, les ressources et de pouvoir compter sur une organisation le permettant. Que ce soit avec des moyens supplémentaires ou à moyens constants, les politiques publiques demandent de tendre vers le développement de l'accompagnement en milieu de vie ordinaire. Sur la question des moyens et des ressources, c'est notamment en décloisonnant l'offre de service, en constituant des partenariats, en se mettant en réseau avec les acteurs de droit commun, que les ressources externes vont émerger et enrichir les prestations. C'est en inscrivant l'établissement dans son environnement local, que des modalités d'accompagnement « hors les murs » ou en milieu ordinaire peuvent se développer et se mettre en place. La coopération entre professionnels du foyer pourra s'ouvrir aux partenaires externes, contribuant ainsi au changement des pratiques, à leur enrichissement, d'une part, et au développement de nouvelles solutions d'accompagnement et d'inclusion d'autre part.

L'habitat est une réponse au défi de l'inclusion dans la cité, il contribue à l'accès vers l'autonomie, qui permet à chacun de construire sa vie. Il permet, d'une part, d'apprendre à organiser son quotidien, de répondre à ses besoins alimentaires, d'hygiène, de protection aussi puisqu'un logement c'est un toit où s'abriter, se reposer, se mettre en retrait du monde extérieur. D'autre part, le logement est vecteur de réussite sociale parce qu'il offre un cadre pour recevoir ses proches et vivre son autoréalisation. Au-delà de la question du logement, c'est aussi un apprentissage de la citoyenneté qui conduit à l'émancipation.

⁵⁶ Rapegno N., Ravaud J-F., « Vivre dans un établissement médico-social d'hébergement pour adultes handicapés en France : quels choix résidentiels ? Le point de vue des usagers », *Annales de géographie*, vol.718, n° 6, 2017, p.736

« Habiter c'est être dans le monde »⁵⁷. Ce phénomène participe à la construction de soi dans le rapport aux autres dans un espace géographique, c'est-à-dire, avoir le statut de voisin dans l'immeuble, le quartier et s'identifier à un lieu, une ville ou un village. L'habitat participe à la construction de soi, la construction est un parcours pour devenir un individu singulier. Ces caractéristiques de l'idée d'habitat peuvent influencer la manière de vivre en foyer, notamment en créant des conditions d'un espace global de vie, c'est-à-dire composé d'une offre d'habitat inclusif et gradué, selon le projet personnalisé de la personne, et en lien avec l'espace de la cité et les opportunités qui s'y trouvent. Cette nouvelle organisation va favoriser la pratique du soutien à l'autodétermination des personnes accompagnées.

2.4.3 L'échelle de la cité : un nouvel espace de vie, d'expérience

« La vie dans la cité renvoie à des relations sociales, aux expériences et aux significations que les habitants en tirent »⁵⁸. Les expériences sont des occasions, des opportunités d'apprendre, de se développer, d'explorer et d'enrichir sa perspective sur le monde qui nous entoure, de nous mettre en relation avec lui dans un espace comme la cité.

Les expériences au sein d'un espace de vie aussi vaste que la cité, permettent d'acquérir de nouvelles compétences en matière d'autonomie et connaissances sur l'environnement dans lequel on se trouve, de s'y intégrer. C'est, notamment, l'opportunité de rencontrer de nouvelles personnes, de développer des relations sociales, et de renforcer les liens existants avec son entourage et de renforcer les relations interpersonnelles. Ces expériences favorisent également la compréhension d'autrui et de soi, par le développement personnel en permettant de mieux se connaître, de développer ses compétences, de renforcer sa confiance en soi et d'améliorer ses capacités d'adaptation. Ainsi, les expériences nourrissent le vécu par l'expérimentation de différentes situations, ce qui facilite la prise de décision éclairée. Elles offrent la possibilité de tester différentes approches et d'évaluer les situations pour faire des choix en étant plus informés : grâce à l'élargissement des horizons, la personne a la possibilité de sortir de sa zone de confort. Ces moments favorisent l'ouverture d'esprit, l'adaptabilité et l'enrichissement personnel.

C'est donc l'accompagnement à l'inclusion dans la cité qui permet aux personnes accueillies de pouvoir travailler leur autodétermination et pratiquer leur autonomie, vivre leur projet de vie, finalement, développer leur champ de possibilités, notamment en termes d'activité. Ces nouvelles opportunités et activités en perspective seront des

⁵⁷ Heidegger M., *Bâtir Habiter Penser*, Essais et conférences, Gallimard, 1951, p.173

⁵⁸ Calvez M., « Handicaps et inclusion dans la vie de la cité : pour une approche de la variabilité de la participation sociale », *Semaine Handicap & Citoyenneté*, 2018, p.1

ressources externes utiles pour développer de nouvelles expériences, en dehors de l'institution.

Cette inclusion dans l'environnement de proximité permettra de retrouver du sens et de valoriser l'utilité sociale des personnes, non pas par le travail mais par la participation sociale, dans des activités valorisantes, à travers des actions de citoyenneté, d'implication, notamment dans la vie associative de la cité. La participation sociale renforce le sentiment d'utilité et permet à chacun de trouver une place dans l'écosystème social. « L'inclusion peut être appréhendée comme un processus de socialisation qui s'inscrit dans la durée. Elle permet à l'individu de se constituer une conscience de soi dans son environnement social, c'est-à-dire une conscience des attentes des autres à son égard (lesquelles peuvent être diverses) et une conscience de ses propres capacités à répondre aux attentes des autres selon des modalités singulières »⁵⁹. Cette modalité d'accompagnement devra se baser sur une identification des besoins et attentes exprimés par les personnes accompagnées. C'est donc à partir des projets personnalisés, premier niveau de participation sociale, que les prestations en matière d'accompagnement dans le milieu ordinaire pourront se développer, en ciblant les actions, les ressources internes et externes.

2.5 Synthèse de la seconde partie

La réponse aux besoins et attentes et l'adaptation aux politiques publiques conduisent à redéfinir l'offre de service de l'établissement vers un mouvement de désinstitutionnalisation, par la diversification des prestations et un accompagnement en milieu ordinaire, dans la cité.

Ce contexte nécessite de travailler différemment en adaptant notre organisation et la culture professionnelle en cours. En tant que directeur, j'ai un double défi : mener une conduite du changement et légitimer ce changement auprès des professionnels. Cette légitimation se fera par la communication d'une vision claire, appuyée par la dimension rationnelle-légale de la légitimité ; ce processus de légitimation sera justifié par les besoins et attentes des personnes accompagnées, notamment en co-élaborant un constat partagé à l'aune de l'identification des attentes et besoin. Il s'agit d'abord de rendre l'organisation fonctionnelle pour pouvoir ensuite mettre au travail les nouvelles pratiques d'accompagnement socio-éducatif.

⁵⁹ Ibid., p.12

La réussite de ce changement passe par la création d'une nouvelle dynamique de groupe, en créant les conditions pour passer d'un état de cristallisation, de déplacement puis de recristallisation grâce aux huit étapes de changement qui donnent une place et un rôle à chaque acteur. La stratégie managériale est participative et coopérative, par le « faire avec » pour « faire équipe » entre professionnels et ainsi renouveler l'engagement de chacun dans ses missions, délégations, puis enrichir les pratiques. Cette combinaison de méthode permet de dépasser la résistance au changement. Par ailleurs, la démarche projet sert de levier pour changer les pratiques professionnelles dans la logique d'autodétermination. D'une part, elle renforce la logique participative et d'autre part elle crée les conditions favorables à l'appropriation du concept d'autodétermination. Également, pour soutenir l'autodétermination des personnes accompagnées, il faut que les professionnels expérimentent eux-mêmes leur posture d'autodétermination. La conduite du changement est l'opportunité d'avoir accès à de nouvelles expériences et pratiques professionnelles. Enfin, l'identification des attentes dessine les lignes directrices des nouvelles réponses à construire en termes d'habitat et d'inclusion dans l'environnement de proximité. La mise en pratique du soutien à l'autodétermination des personnes renforce la qualité de vie et le bien-être des personnes accueillies au foyer de vie ; c'est, en outre, un gage de qualité de l'accompagnement.

C'est à partir de la logique d'action développée dans cette deuxième partie que les axes stratégiques du plan d'action s'articulent. Les quatre axes stratégiques, ci-dessous, permettront de répondre à la problématique sur le volet opérationnel.

- Créer du commun en retrouvant le sens de l'organisation et accompagner les professionnels dans le changement des pratiques ;
- Réaffirmer la mission de l'établissement : rendre la personne accompagnée actrice de son projet de vie ;
- Co-élaborer une nouvelle offre de service à partir des besoins et attentes des personnes accompagnées ;
- Évaluer pour ancrer les nouvelles pratiques et réussir la mise en œuvre du projet d'établissement.

Ainsi, la 3^{ème} partie de ce travail prévoit un plan d'action qui prend en compte la conduite du changement organisationnel, l'accompagnement au changement des pratiques, postures et connaissances professionnelles, ainsi que la mise au travail en commun à l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement. Enfin, cette conduite de projet stratégique se clôturera par une démarche d'évaluation afin d'ajuster et d'ancrer le changement.

3 Une stratégie d'action pour engager les acteurs dans la refonte du projet d'établissement à partir des besoins et attentes des personnes accompagnées

La troisième partie vise à développer le plan d'action avec un double objectif. D'abord, celui de remettre en place une organisation fonctionnelle, qui recentre l'exercice des professionnels sur leurs missions, ce qui va inciter au changement de pratiques professionnelles pour mieux accompagner et soutenir l'autodétermination des personnes accueillies et à accueillir au foyer de vie. Le second objectif est d'engager les parties prenantes dans la refonte du projet d'établissement à partir de l'identification des attentes des personnes accompagnées. Les actions se dérouleront de août 2023 à décembre 2024⁶⁰ afin de prendre en compte le temps long du processus de changement, d'une part, pour ne pas bousculer et générer de résistance, d'autre part, pour laisser mûrir le travail et renforcer l'appropriation des nouvelles connaissances, pratiques et organisations.

Le plan d'action s'articule autour de quatre axes stratégiques visant à mettre en œuvre **l'élaboration et l'utilisation d'outil de recueil des besoins et attentes pour conduire à une personnalisation de l'accompagnement, un ciblage des prestations et ainsi soutenir l'émergence de l'autodétermination des personnes accompagnées.**

Le premier axe « créer du commun en retrouvant un sens de l'organisation et accompagner les professionnels dans le changement des pratiques » vise à légitimer le changement et à installer une organisation permettant la réalisation des actions prévues.

Le second axe « réaffirmer la mission de l'établissement : rendre la personne accompagnée actrice de son projet de vie » traitera des actions promouvant la place de la personne accompagnée dans l'élaboration des prestations d'accompagnement, conduisant au changement des pratiques et postures professionnelles.

Le troisième axe « co-élaborer une nouvelle offre de service à partir des besoins et attentes des personnes accompagnées », vise à engager chaque partie prenante dans la contribution au renouvellement d'un projet d'établissement connecté à l'expression des attentes des personnes accompagnées et basé sur des pratiques les prenant en compte.

Le quatrième axe « évaluer pour ancrer les nouvelles pratiques et réussir la mise en œuvre du projet d'établissement », clôturera le plan d'action par l'objectivation du processus de changement afin de stabiliser ou ajuster le nouveau fonctionnement. Ce dernier axe préparera la démarche d'évaluation du référentiel de la Haute Autorité de Santé (HAS) prévue en 2025.

⁶⁰ Annexe 3 : GANTT du plan d'action

3.1 Axe 1 – Créer du commun en retrouvant un sens de l'organisation et accompagner les professionnels dans le changement des pratiques

3.1.1 Organiser la communication pour mobiliser les professionnels dans le changement

La dynamique autour du changement doit s'engager en collectif pour que chaque professionnel s'implique dans le processus. J'intégrerai dans ce travail, les acteurs décisionnels et parties prenantes : le CVS, le Comité Social et Économique (CSE), la direction générale et le CA, afin que le déploiement des actions reçoive de toutes les validations nécessaires, et me permette en tant que directeur d'établissement de conduire ce changement. La communication est donc la première étape du plan d'action, et la plus importante, pour amorcer le processus de changement.

Je mettrai en place un plan de communication à destination des parties prenantes internes. L'objet de ce plan est de porter à la connaissance de chacun les constats et écarts qui motivent le besoin de changement organisationnel et de changement de pratiques professionnelles pour la continuité de parcours des personnes accompagnées. Dans un premier temps, je présenterai les constats et pistes d'action en comité de direction afin d'informer et d'obtenir les arbitrages de la direction générale qui fera le lien avec le CA. Ensuite une présentation au CA aura lieu, cette étape est nécessaire pour légitimer au niveau associatif la décision de conduite du changement, auprès des professionnels, notamment.

Dans un second temps, je convoquerai les professionnels du foyer en réunion institutionnelle, en veillant à la présence de chaque corps de métier (ASI, surveillant de nuit, AES, ME, ES, psychologue et infirmier). Cette séquence sera animée en binôme avec le chef de service et aura pour finalité d'installer un comité de pilotage du changement, piloté par moi-même et composé du chef de service, de la directrice de parcours et d'un délégué du personnel. Ce comité se réunira tous les 3 mois. La réunion institutionnelle de 3h, le mardi après-midi, à la place de la séance d'analyse de la pratique, permettra de « créer l'urgence », avec un message sur la nécessité de transformer l'offre de service pour la pérennité du foyer, en partant d'un constat partagé avec les professionnels. Je présenterai le plan d'action, la méthodologie de travail et les différents groupes de travail à engager. Pour ce faire, j'appuierai mes propos sur ce qui est attendu par les politiques publiques, le CA et les personnes accompagnées, en mettant en regard les problématiques en cours au foyer. À travers cette réunion, je cherche à « former une coalition puissante », un collectif de professionnels engagés dans

l'accompagnement des personnes accueillies au foyer et rassemblés autour des valeurs de l'Unapei 17. Pour former un collectif, j'établirai une communication bidirectionnelle, en recueillant les avis, idées, attentes et inquiétudes des professionnels. Ce temps d'échange sera l'occasion de valoriser les places, rôles, savoirs expérientiels de chacun, et d'identifier les professionnels ressources, sur lesquels je pourrais m'appuyer pour former une équipe projet forte. Également, j'identifierai les professionnels réticents afin d'engager avec eux un dialogue et connaître ce qu'ils ont envie de porter, pour leur donner des missions qui répondent à leurs aspirations et viennent s'inscrire dans le cadre de la conduite du changement. Je sais pouvoir compter sur leur mobilisation pour les personnes accompagnées. Cette réunion institutionnelle aura pour but de lancer les grandes lignes afin de « créer une vision de l'état futur » et les finalités à atteindre : renouveler le projet d'établissement, préparer et réussir l'évaluation de la HAS pour 2024. Par ailleurs, je présenterai un calendrier détaillé du plan d'action et les groupes de travail à constituer à l'issue de la réunion.

En troisième temps, je ferai une communication au CVS à la suite de la réunion institutionnelle pour informer et expliquer les changements à venir. Enfin, j'informerai les représentants et délégués du personnel en CSE afin de travailler en toute transparence sur les constats et la démarche, mais également de prévenir les potentiels risques psycho-sociaux. Ensuite, je transmettrai un courrier aux familles informant sur les éléments d'actualités du foyer, sur la vision partagée avec les professionnels, et leur proposerai des temps de travail à venir, qui seront ouverts aux parents volontaires. Mon but, comme avec les membres du CSE, est d'en faire des alliés pour la période à venir, en les intégrant à différentes étapes du processus, et pouvoir ainsi obtenir une co-construction effective.

Le plan de communication vise à susciter l'implication des professionnels dans le processus et les encourager à participer activement. J'installerai donc des espaces dédiés leur permettant de tenir des réunions et des groupes de travail et favorisant les échanges. Également, notamment en réunion de service, je mettrai en place des temps de feedback et de discussion. Les réunions de service intégreront nécessairement dans leur ordre du jour des questions relatives à la conduite du changement. Ces temps d'échanges me donneront l'occasion d'intervenir pour entretenir une communication régulière et constante afin de maintenir l'engagement des professionnels. Ces réunions permettront de faire le lien avec le comité de pilotage, de mettre à jour les informations ou l'état d'avancement du projet pour tenir les professionnels informés et impliqués. C'est également dans ces instances que seront valorisées les contributions de chaque partie prenante. Ce sont des moments où pourront s'objectiver les réalisations des professionnels, et des occasions de témoigner la reconnaissance dans les efforts

déployés par les professionnels, de partager les succès, « générer des victoires à court terme ».

Fiche action n°1 – Engager les professionnels dans le changement	
Objectif général	Lancement de la démarche de changement
Objectif opérationnel	Communiquer auprès des parties prenantes internes
Pilote	Directeur
Personnes/service/ Organismes concernés	Chef de service, DRH, DG, CA, CSE, professionnels, CVS (en fonction du type de réunion)
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontre avec le CA • Rencontre avec les professionnels • Rencontre avec le CVS • Renforcement du dialogue social avec le CSE • Communication aux familles • Rédaction de feuilles de route pour chaque groupe de travail
Moyens	Diaporama et documents de communication (diagnostic, plan d'action, calendrier, fiche d'inscription aux groupes de travail, émargement)
Livrables	Inscription aux groupes de travail et création du comité de pilotage
Échéancier	Du 21 août 2023 au 03 septembre 2024
Effets attendus	Un engagement de chaque partie prenante dans le soutien et la conduite du changement
Indicateurs d'évaluation	60% de participation aux réunions, 90% de satisfaction par enquête, 100% des actions réalisées

3.1.2 Mettre en place une réorganisation de l'établissement par la coopération et un pilotage RH

Les actions suivant la réunion institutionnelle serviront à construire les bases du changement en adaptant l'organisation du foyer, c'est-à-dire en redonnant du temps aux professionnels pour exercer leurs missions d'accompagnement et mettre en place des temps de travail pluri professionnel (réunion, préparation de projet, groupe de travail).

Avec le chef de service, je mettrai en place une méthodologie de refonte des plannings qui devront garantir une continuité de service et formaliser une organisation des activités. Actuellement, le foyer fonctionne avec un roulement de professionnel sur quatre semaines, dont un week-end de 2x12h, avec quatre équipes présentes, de trois à cinq

professionnels, répartis inégalement sur les unités. Les roulements fonctionnent avec vingt-huit plages horaires différentes qui ne couvrent pas la totalité des besoins de service. Ainsi, le chef de service aura la mission de conduire un groupe de travail « planning », composé d'un professionnel de chaque unité et d'une coordinatrice. Ce groupe de travail aura pour mission de déterminer les besoins du service, en garantissant une présence minimale et maximale de professionnels par plage horaire, également de rationaliser les plages horaires par matin / jour / soirée / nuit / week-end. Également, le groupe de travail devra réduire significativement et autant que faire se peut le nombre de plages horaires, passant de 28 à moins de 10. Les nouveaux plannings devront prévoir des journées inférieures à 12h le week-end. Enfin, les plannings devront prévoir un temps fixe de réunion de service et un temps fixe de préparation par semaine. Les temps de préparation qui, au quotidien, seront consacrés à la préparation des activités, à la coordination ou à l'élaboration des projets personnalisés, serviront occasionnellement soit aux réunions institutionnelles, soit aux groupes de travail et ateliers. Le nouveau planning permettra de conduire les actions suivantes, en inscrivant dans les roulements des temps de réunions. Ce groupe de travail sera donc mené en coopération avec les professionnels en les impliquant dans la refonte des plannings. La question des plannings est un sujet sensible pour chaque salarié, je ne peux donc pas décider unilatéralement du nouveau mode de planification, au risque d'accentuer encore plus la rupture avec l'équipe de direction (directeur d'établissement, directrice de parcours et direction générale). Il est donc nécessaire d'obtenir un consensus entre tous et de renforcer la coalition. Ce groupe de travail a pour objectif de faire le lien entre cohésion et cohérence, c'est pourquoi ce groupe travaillera en coopération à partir des besoins de service identifiés par les membres. Ce premier groupe de travail permettra de mesurer l'engagement des professionnels dans le principe et la pratique de la coopération, pour engager les étapes 1 à 3 du modèle de Kotter : « former une coalition puissante » et « communiquer la vision » pour « inciter à l'action ».

Par ailleurs, la réorganisation du fonctionnement passera aussi par un pilotage des ressources humaines que je mènerai avec le directeur des ressources humaines et son équipe. L'action de pilotage se concentrera sur la restructuration et la redéfinition des missions de chaque professionnel, aujourd'hui impactées par un glissement de tâches. Ainsi, l'objectif de l'intervention du service des ressources humaines sera de créer des fiches de postes par type de métier et de fonction, afin que chaque professionnel retrouve sa place et son rôle, et de redonner une vraie place aux missions socio-éducatives. Le service des ressources humaines devra donc rencontrer les professionnels afin de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration des fiches de postes. Enfin, le chef de service et moi-même rencontrerons chaque professionnel afin de connaître leurs

aspirations dans ce changement. Également, je missionnerai le secrétariat administratif de l'établissement pour élaborer les outils de suivi du travail (modèle de compte-rendu, tableau de suivi, etc.) qui permettront de formaliser les échanges et structurer l'organisation professionnelle.

Dans le cadre de la conduite du changement à mener, j'ai souhaité mettre en place une Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels (GEPP) afin de renforcer le pilotage des ressources humaines et de dynamiser les parcours professionnels des salariés du foyer. Cependant, l'idée n'a pas été validée par le comité de direction puisque l'association n'a pas développé une GEPP. La direction générale souhaite d'abord conduire le projet à l'échelle associative avant de décliner la démarche au sein des établissements. La GEPP est une approche stratégique de la gestion des ressources humaines qui vise à optimiser la gestion des postes et des carrières au sein d'une organisation. L'objectif principal de la GEPP est d'assurer un meilleur alignement entre les besoins de l'organisation et les aspirations professionnelles des salariés, de promouvoir la motivation et l'engagement des professionnels, tout en garantissant une utilisation optimale des compétences et des talents au sein de l'organisation.

Fiche action n°2 – Réorganiser le fonctionnement	
Objectif général	Mettre en place une organisation fonctionnelle et structurée
Objectif opérationnel	Redéfinir les places, rôles et fonctions des professionnels
Pilote	Directeur, chef de service et directeur des Ressources Humaines
Personnes/service/ Organismes concernés	Directeur, chef de service, services des ressources humaines et professionnels, secrétaire administrative
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un groupe de travail Planning • Intervention du service RH auprès de professionnels pour créer les fiches de poste par métier • Entretien professionnel avec chaque salarié pour faire un point sur le sentiment d'appartenance et la motivation professionnelle • Mettre en place un compte-rendu pour chaque réunion
Moyens	Salle de réunion, logiciel de planification, référentiel des métiers
Financement	
Livrables	Nouveau roulement de planning, nouvelles fiches de poste par typologie de métier et fonction, tableau de bord d'activités

Échéancier	Du 25 septembre 2023 au 31 octobre 2023
Effets attendus	Harmonisation des temps de travail, mise en place du temps de travail de réflexion, mise en adéquation entre les missions et le poste occupé
Indicateurs d'évaluation	90% de satisfaction au travail, 4 séances du groupe de travail Planning, 100% de création des fiches de postes, 100% des entretiens

3.1.3 Développer la coordination de parcours et des acteurs de l'accompagnement

Actuellement, au sein du foyer, deux pratiques de la coordination co-existent, d'un côté les coordinatrices d'établissement qui travaillent à l'organisation et de l'autre côté, l'infirmier qui occupe une fonction de coordinateur des soins. C'est ce second aspect de la coordination qui est le plus pertinent dans l'accompagnement des personnes, notamment pour mettre en pratique un accompagnement global.

La mise en œuvre de cette pratique est nécessaire pour mettre en place un accompagnement qui vise à prendre en compte l'ensemble des besoins et attentes d'une personne pour la réalisation de son projet de vie. Ainsi, l'accompagnement global reconnaît que chaque individu est un être complexe avec des besoins physiques, émotionnels, sociaux, psychologiques, éducatifs. L'objectif de ce type d'accompagnement est donc de fournir un soutien holistique et personnalisé qui tient compte de toutes les dimensions de la vie d'une personne : la santé physique et mentale, le bien-être, l'autonomie dans les actes de la vie quotidienne, la participation sociale, les relations sociales, etc. L'accompagnement global implique une équipe pluriprofessionnelle qui coopère pour répondre aux besoins spécifiques de chaque individu. Il s'inscrit dans une pratique de coopération entre acteurs à partir du projet personnalisé. Ainsi, les coordinatrices de parcours ont la fonction de rendre cohérents les axes d'accompagnement proposés par les professionnels et les partenaires. La pratique de l'accompagnement global implique une coordination étroite entre les professionnels, une communication efficace, une évaluation globale des besoins et une prise de décision partagée entre les personnes accompagnées, leurs familles et les professionnels.

Afin de développer les connaissances et pratiques de cette fonction, les coordinatrices bénéficieront de la formation « Coordination de parcours », déjà inscrite au plan de formation associatif.

A la suite de cette formation, le chef de service devra mener un groupe de travail sur la mise en place de la coordination de parcours au sein du foyer par l'appropriation de la

logique d'action de coordination en s'appuyant sur les RBPP « Pratique de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » et « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement » de la HAS. Le livrable du groupe de travail précisera la fonction de coordination dont la mission est d'assurer la continuité de l'accompagnement sur une période prolongée, et de garantir une cohérence entre les divers acteurs de l'accompagnement, dans les différents environnements où l'accompagnement se déroule. Ce professionnel a la responsabilité de veiller à ce que les différentes étapes de l'accompagnement s'enchaînent, en évitant les interruptions ou les ruptures. Il coordonne les différentes interventions, établit des liens entre les différents acteurs impliqués, et assure la transmission des informations nécessaires pour assurer un accompagnement global et personnalisé. Le programme de ce groupe de travail aura la tâche de structurer la fonction et les pratiques de coordination, notamment en s'appuyant sur la pratique de l'infirmier. Également, le groupe devra élaborer un ciblage des partenaires. Une fois ce groupe de travail clôturé, des réunions de coordination auront lieu deux fois par mois pour le suivi des parcours des personnes accompagnées. Par ailleurs, les missions d'organisation et de coordination du service exercées par les coordinatrices reviendront au chef de service, recruté après vacance de poste, afin de réaffecter les rôles et fonctions de chaque professionnel.

Fiche action n°3 – Coordonner les parcours et les acteurs	
Objectif général	Favoriser l'accès à un accompagnement global.
Objectif opérationnel	Mettre en place un programme d'accompagnements ciblés sur les objectifs du projet et ouvrir l'établissement à son environnement
Pilote	Chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	Coordinatrices, psychologue, infirmier
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des actions de formation pour les coordinatrices • Mettre en place un groupe de travail « Coordination » pour accompagner le changement de pratique, puis laisser place à des réunions de coordination
Moyens	RBPP « Pratique de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », Plan de formation, Dossier Unique Informatisé (DUI), temps de préparation des projets personnalisés
Financement	1 session de 14 jours : 13 930,50€ (coût intégré dans le plan de formation associatif)

Livrables	Évaluation et bilan des projets personnalisés, rencontre entre partenaires, convention
Échéancier	Du 02 octobre 2023 au 15 décembre 2023
Effets attendus	Fluidité et complémentarité entre les différents acteurs de l'accompagnement, travail en réseau, dynamique autour des projets personnalisés
Indicateurs d'évaluation	100% de satisfaction des professionnels, 100% de suivi des projets, 50% de réalisation des actions de coordination autour des accompagnements, 5 rencontres avec les partenaires différents, nombre de conventions, 100% de formations effectives réalisées

3.2 Axe 2 – Réaffirmer la mission de l'établissement : rendre la personne accompagnée actrice de son projet de vie

3.2.1 Mobiliser des nouvelles ressources auprès des professionnels pour accompagner le renouvellement des pratiques

Ces dernières années, les professionnels du foyer ont peu bénéficié des actions de formation ou de ressources techniques. C'est pourquoi j'ai identifié des moyens externes pouvant apporter des éclairages, des guides pertinents pour renouveler les pratiques professionnelles à travers des apports conceptuels et opérationnels. Par ailleurs, le rôle du directeur consiste à apporter des ressources aux professionnels pour qu'ils puissent exercer au mieux leurs missions, également, le contrat social entre le managé et le manager institut une forme de don contre don, je coopère si j'ai ce que je souhaite (en partie).

Tout d'abord, les professionnels sont préoccupés par certaines situations complexes des personnes accompagnées qui manifestent des troubles du comportement intenses ou qui ont des problématiques de santé impactant leur autonomie. Les professionnels se sentent démunis et ne peuvent plus élaborer des solutions. C'est pourquoi, je mettrai en place une Cellule Interprofessionnelle de Réflexion (CIR) pour chaque situation. Dans le secteur médico-social, une CIR est un dispositif de concertation et d'échanges entre différents professionnels. La principale fonction d'une CIR est de favoriser la coordination et la coopération entre les différents acteurs professionnels impliqués dans l'accompagnement des personnes. Elle vise à permettre un échange d'expertises, de connaissances et de bonnes pratiques, dans le but d'améliorer la qualité des services et l'accompagnement

globale des personnes qui vivent des situations particulières et dont l'accompagnement habituel ne suffit plus pour répondre à ces situations. Les membres d'une CIR inclut des professionnels de divers domaines, tels que des médecins, des infirmiers, des psychologues, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des éducateurs spécialisés, etc. Ils se réunissent régulièrement pour discuter des problématiques rencontrées, partager des informations, proposer des solutions, et prendre des décisions collectives. Les sujets abordés lors des CIR concernent des questions relatives à une situation spécifique qui entrave le quotidien de la personne accompagnée et son entourage. La CIR vise à favoriser la concertation, l'échange de bonnes pratiques et l'amélioration continue de la qualité des services afin de répondre à des situations complexes. Enfin, une CIR est une action flash ; si les membres d'une CIR n'ont pas réussi à élaborer une solution efficiente, la CIR s'arrête et une solution sera cherchée en externe auprès d'acteurs spécialisés.

Chaque CIR sera programmée pour une durée d'1h, pour suivre situation par situation, sur des temps de travail interprofessionnel, composée des professionnels en fonction des problématiques. A l'issue d'une CIR, une synthèse écrite devra être formalisée. Ce sera l'occasion de rappeler et redonner du sens à l'importance de la formalisation et de passer de la culture orale à la culture de l'écrit. Également, et particulièrement pour une situation, je ferai intervenir deux à trois fois la psychomotricienne du Parcours Santé de l'Unapei 17. Ce service de l'association est une équipe mobile, qui a une fonction ressource auprès des équipes des établissements et services, et dont la mission est d'apporter des appuis et conseils techniques et pratiques sur les questions du soin. Cette équipe est composée de professionnels paramédicaux et médicaux. La psychomotricienne pourra apporter des éléments de compréhension sur la situation, et/ou aider à l'élaboration de solutions nouvelles pour débloquer la situation.

Ensuite, à la place des séances d'analyse de la pratique, qui ne répondent plus aux objectifs préalablement fixés, je mettrai en place des séances de supervision pendant deux mois, de manière intensive pour accompagner les professionnels dans la réflexion sur leurs pratiques et leur permettre d'en élaborer des nouvelles. Ces séances seront conduites par un professionnel, ancien éducateur spécialisé, aujourd'hui formateur en autodétermination, et qui propose des temps de supervision. Les séances de supervision seront financées via le groupe 2, en remplacement du budget prévu pour l'analyse de la pratique, et via la diminution du budget de remplacement dégagé par le nouveau planning. La supervision⁶¹ se situe à l'intersection entre l'accompagnement, la formation et la réflexion sur les situations que vivent les professionnels. La supervision vise à créer

⁶¹ Bachelart M., « La supervision, un levier du management des équipes », *Directions*, n°215, 2023, p.46

les conditions d'un accompagnement de qualité. La commande que je passerai au superviseur prendra en compte la nécessité de transformer les pratiques professionnelles pour en élaborer des nouvelles basées sur les pratiques d'observation et d'investigation des besoins et attentes, sur les pratiques soutenant la participation et l'autodétermination, ainsi que sur des pratiques correspondant à la logique d'élaboration des projets personnalisés. La supervision doit permettre d'assurer une première actualisation des connaissances et des compétences spécifiques à l'accompagnement des personnes avec TDI : elle permet d'apporter un appui technique et méthodologique dans la compréhension des besoins et attentes, du fonctionnement du TDI et dans l'adaptation en conséquence des pratiques et interventions des professionnels. Je souhaite faire intervenir un professionnel extérieur à l'association pour éviter que la présence d'un intervenant interne cristallise des tensions.

Enfin, je missionnerai le chef de service pour qu'il recueille les besoins de formation au chef de service à l'issue des actions citées plus haut, et qu'il identifie les écarts et les souhaits de développement de compétences afin de proposer ensuite les axes de formations adéquates dans le plan de formation associatif, au moment de son renouvellement.

Cette fiche action s'intègre dans la stratégie d'« inciter à l'action » et « générer des victoires à court terme » en apportant des solutions. De ces solutions émanent l'adoption de nouvelles pratiques qui permettent de « consolider les succès pour plus de changement ».

Fiche action n°4 – Accompagner le renouvellement des pratiques	
Objectif général	Actualiser les connaissances, postures et pratiques professionnelles
Objectif opérationnel	Apporter diverses ressources et appuis techniques aux professionnels
Pilote	Directeur et chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	Professionnels du foyer
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de CIR • Intervention d'une psychomotricienne du Parcours Santé • Mise en place de séances de supervision • Recueil des besoins de formation
Moyens	Superviseur, formation, Parcours santé, CIR
Financement	<ul style="list-style-type: none"> • Supervision sur devis : 12 000€ les 10 séances

Livrables	Guide d'accompagnement élaboré par le superviseur
Échéancier	Du 02 novembre 2023 au 26 janvier 2024
Effets attendus	Conceptions et expérimentations des nouvelles pratiques d'accompagnement, transformation de la posture professionnelle, mieux être au travail, élaboration de solutions d'accompagnement cohérentes avec les normes actuelles.
Indicateurs d'évaluation	100% de professionnels accompagnés, 100% de réponses apportées aux situations complexes, 80% de satisfaction des professionnels

3.2.2 Renforcer l'accompagnement soutenant la personne dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet

Le projet personnalisé est un outil de la loi 2002-2 qui permet de faciliter et guider l'accompagnement des personnes. Le projet personnalisé est la mise en œuvre du contrat de séjour, en faisant le lien entre les prestations de l'établissement ou service et les objectifs de la personne accompagnée. C'est un document qui mentionne les différentes étapes de l'élaboration du projet, les acteurs qui y contribuent, les attentes et besoins exprimés par la personne accompagnée, les propositions d'actions d'accompagnement des professionnels et partenaires, les objectifs fixés pour la réalisation du projet et la démarche d'évaluation du projet qui permet d'adapter l'avancée du projet de vie de la personne. Le projet personnalisé a pour objectif de : rassembler l'équipe autour de la personne accompagnée, d'affirmer la position d'acteur de la personne accompagnée, de garantir une qualité de vie, également de concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement. Ainsi, le projet personnalisé est la base de la mise en œuvre de l'accompagnement et son élaboration est en elle-même un acte d'accompagnement puisque dans la pratique il met la personne au centre de l'accompagnement, lui donne une place d'acteur, en ce sens, c'est un outil de soutien à l'autodétermination. Au sein de l'association, le logiciel OGiRYS concentre les DUI et permet une aide à la réalisation du projet personnalisé, son suivi, son évaluation et son renouvellement. C'est donc à partir de cet outil que les professionnels vont devoir travailler les projets personnalisés.

Pour accompagner les professionnels dans le changement de pratique et de posture, je solliciterai le service formation de l'Unapei 17 qui, dans son catalogue, propose une formation sur la pratique d'élaboration du projet personnalisé. Cette formation interne est donc déjà financée et n'aura pas d'impact sur le budget de l'établissement.

Le chef de service aura pour mission de constituer un groupe de travail, composé de la psychologue pour faciliter l'identification des caractéristiques des personnes accompagnées et de leur fonctionnement, des coordinatrices et des référents sociaux-éducatifs. Le groupe de travail aura deux objectifs. Le premier objectif sera de créer les outils de recueil des besoins et attentes. Ces outils permettront de mettre en œuvre le premier niveau de participation et d'expression. Ces outils devront être adaptés aux capacités de compréhension et d'expression de la personne accompagnée. Pour ce faire, les membres du groupe pourront s'appuyer sur les Livrets Smile⁶², élaborés par une association belge, et qui ont fait leurs preuves dans le domaine de l'accompagnement des personnes avec TDI. Cet outil est en libre accès sur internet.

Le deuxième objectif du groupe de travail sera d'élaborer un tutoriel à destination de tous les professionnels, en particulier les référents socio-éducatifs. Ce tutoriel fera le lien entre, d'un part, les principes, et d'autre part, la méthodologie de co-élaboration des projets personnalisés grâce au logiciel OGiRYS, dans la partie dédiée au projet personnalisé. Pour ce faire, le groupe de travail s'appuiera sur la RBPP « Les attentes de la personne et le projet personnalisé ». Ce tutoriel servira de guide aux premières co-constructions des projets. L'élaboration d'outils et leur utilisation permettra d'objectiver l'évolution du changement, ce mouvement s'inscrit dans les étapes de Kotter « créer une vision de l'état futur » et « Générer des victoires à court terme ».

Fiche action n°5 – Recueillir les attentes et besoins des personnes accompagnées	
Objectif général	Connaitre les besoins et attentes des personnes accompagnées
Objectif opérationnel	Développer la pratique de l'observation et de recueil des besoins et attentes pour élaborer des projets personnalisés
Pilote	Chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	Chef de service, psychologue, infirmier, coordinatrices, référents socio-éducatifs
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'outils de recueil des attentes et besoins • Création d'un tutoriel sur la procédure de co-élaboration des projets personnalisés • Recueil des besoins et attentes
Moyens	Logiciel OGiRYS, livrets Smile, échelle d'autodétermination, RBPP, formation interne

⁶² Annexe 4 : Présentation des Livrets Smile

Financement	
Livrables	Tutoriel et outil de recueil
Échéancier	Du 23 janvier 2024 au 03 mai 2024
Effets attendus	Évolution des pratiques d'accompagnement à l'élaboration des projets
Indicateurs d'évaluation	100% de création des documents ressources dans les délais, 100% de recueils effectués auprès des personnes accompagnées, 50% de projets élaborés

3.2.3 Sensibiliser les personnes accompagnées à l'autodétermination et inciter la co-élaboration des modalités de participation des personnes

Afin de « générer des victoires à court terme », je mettrai en place des actions de formation à destination des professionnels et des personnes accompagnées. L'appropriation du concept et de la pratique de l'autodétermination doit passer par une formation. Après avoir bénéficié des séances de supervision sous l'angle de l'autodétermination (fiche action n°4), puis avoir élaboré des outils de soutien à la pratique de l'accompagnement, j'inscrirai les professionnels à la formation « L'autodétermination : la qualité de vie comme horizon ». Cette formation aura pour objectif de faire connaître et saisir le sens du concept, de comprendre les enjeux liés à une dynamique d'autodétermination, de transmettre les liens entre l'autodétermination et les évolutions du cadre l'égal en matière d'inclusion notamment, de concevoir une démarche éthique dans la pratique et enfin, de permettre aux professionnels d'évaluer leur propre autodétermination afin de s'approprier davantage ce principe. Également, pour compléter la démarche et activer l'exercice de l'autodétermination chez les personnes accompagnées, je ferai appel au même formateur que précédemment pour sensibiliser les personnes accompagnées à l'autodétermination, pour qu'elles puissent développer des compétences, notamment savoir identifier un choix important ou des aspirations, identifier les personnes de confiance, acquérir le sens des responsabilités et des devoirs en fonction des choix. Cette formation permettra aux personnes accompagnées de développer leur pouvoir d'agir et de prendre une place d'acteur de leur accompagnement. Ces deux actions de formation seront dispensées par le formateur déjà en charge des séances de supervision. Il est avant tout formateur en autodétermination, et sa connaissance de la structure et des professionnels sera un atout pour transmettre de façon optimale les principes et actions nécessaires à la mise en place d'un accompagnement soutenant l'autodétermination.

Dans un second temps, je demanderai au chef de service d'organiser un groupe de travail Participation qui sera conduit par une coordinatrice et composé de membres du CVS, de référents socio-éducatifs volontaires et de personnes accompagnées. Ce groupe de travail pourra s'appuyer sur les RBPP « Expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale » et « L'accompagnement de la personne présentant un Trouble du Développement Intellectuel (volet 1) ». Ces deux documents ressources importants donnent les lignes directrices des modalités de participation et d'accompagnement à la participation auprès des personnes avec TDI, accompagnées en foyer. Ce groupe de travail a vocation à élaborer les modalités de participation au sein du foyer, soit en renforçant le rôle du CVS ou en imaginant une instance ad-hoc, soit en installant une démarche continue qui soutient la participation des personnes accompagnées. La finalité de ce groupe de travail est d'installer dans le fonctionnement du foyer un espace où les personnes accompagnées peuvent expérimenter leurs expressions et leur participation sociale, afin d'exercer leur autodétermination dans l'environnement du foyer et de préparer cet exercice dans la cité. Ainsi, je laisse le soin aux membres du groupe de travail d'imaginer et mettre en place les modalités de cette participation collective.

Enfin, il sera temps pour les professionnels, après avoir travaillé leur posture d'accompagnement, acquis de nouvelles connaissances et pratiques, d'engager la préparation et la co-élaboration des projets personnalisés. Le chef de service sera garant de ce travail et devra fixer le calendrier ; pour autant les projets devront être aboutis au 31 mai 2024, afin que les actions suivantes puissent prendre tout leur sens.

Fiche action n°6 – Sensibiliser à l'autodétermination	
Objectif général	Répondre aux attentes d'inclusion et de participation sociale des personnes accompagnées
Objectif opérationnel	Mise en place de pratiques d'accompagnement soutenant l'autodétermination des personnes accompagnées
Pilote	Directeur, chef de service, coordinatrice
Personnes/service/ Organismes concernés	Professionnels du foyer, personnes accompagnées
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Formation pour les professionnels • Formation pour les personnes accompagnées • Groupe de travail Participation • Élaboration des projets personnalisés
Moyens	Service formation de l'Unapei 17, RBPP, logiciel OGiRYS, tutoriel Projet personnalisé

Financement	<ul style="list-style-type: none"> • 2 sessions de formation pour les professionnels, sur 3 jours par session : 11 183,48€ (coût déjà prévu au plan de formation associatif) • 2 sessions de formation pour les personnes accompagnées, sur 1 jour par session, financé sur le budget socio-éducatif : 2 601,50€
Livrables	Élaboration de nouvelles modalités d'accompagnement à la participation sociale
Échéancier	Du 08 janvier 2024 au 31 mai 2024
Effets attendus	Acculturation au concept, changement de posture professionnelle, développement de nouvelles pratiques, évolution de l'autonomie de la personne accompagnée
Indicateurs d'évaluation	90% de satisfaction, 70% de participation et d'expression, 90% de mise en œuvre des projets personnalisés

3.3 Axe 3 – Co-élaborer une nouvelle offre de service à partir des besoins et des attentes des personnes accompagnées

3.3.1 Développer une stratégie d'accompagnement adapté, ciblé et personnalisé

La mission du foyer Horizon-Val de Gères est d'apporter un soutien dans le renforcement et le maintien des apprentissages et des compétences liés à l'autonomie de l'adulte, notamment en accompagnant la personne dans la réalisation de son projet de vie, par la prise en compte de ses particularités.

Ainsi, un temps de réflexion en commun permettra de travailler sur l'élaboration d'une stratégie d'accompagnement recentré sur les besoins et attentes des personnes accompagnées. Cette stratégie s'appuiera sur l'articulation besoin/objectif/prestation, en lien avec les projets personnalisés. J'organiserai avec le chef de service et les coordinatrices un atelier « Post-it » un après-midi, sur le temps planifié pour les réunions de projet. Cette séance de travail permettra de « consolider les succès pour plus de changement ». La méthode des ateliers « Post-it » consiste à favoriser la génération d'idées et la coopération créative. L'utilisation des Post-it facilite la flexibilité, la visibilité et l'interaction entre les participants. Les Post-it permettent de capturer rapidement les idées, de les déplacer et de les réorganiser facilement lors des regroupements ou des discussions. Ce processus coopératif favorise la participation active de tous les participants et la génération d'un grand nombre d'idées.

Le chef de service aura le rôle de facilitateur. Le facilitateur présente le problème, le défi ou le sujet sur lequel nous devons générer des idées. A l'aide de post-it et d'un tableau, chaque professionnel pourra afficher ses idées et propositions. Après avoir expliqué les objectifs de la réunion et encouragé les professionnels à penser et à proposer des idées sans restriction, chacun doit trier ses idées sur des post-it de couleurs différentes. Ensuite les professionnels partagent leurs idées en collant leurs post-it sur le tableau. Lorsque toutes les idées individuelles ont été partagées, le facilitateur de la séance peut commencer à regrouper les notes en fonction de leur thème ou de leur similitude. Une fois que les idées ont été regroupées, les participants sont encouragés à discuter de chaque groupe d'idées. Ils peuvent poser des questions, clarifier les concepts, ajouter des détails ou proposer des idées complémentaires pour enrichir les discussions. Une fois que toutes les idées ont été discutées, les participants peuvent voter ou donner une priorité aux idées qu'ils estiment les plus intéressantes, pertinentes ou prometteuses. À la fin de l'atelier, le facilitateur peut résumer les idées les plus pertinentes et les actions concrètes à entreprendre. Cela peut inclure la sélection des idées à mettre en œuvre, l'attribution des responsabilités et la planification des étapes suivantes.

Enfin, pour donner une suite à l'atelier « Post-it », le chef de service aura pour mission d'intégrer un temps de réflexion dans l'ordre du jour des réunions de service sur les modalités d'accompagnement de l'offre de service. Ces modalités devront être pensées dans le cadre d'un accompagnement qui se veut être au maximum personnalisé, adapté et ciblé par rapport au projet personnalisé, aux centres d'intérêts et compétences de chaque personne accompagnée. L'accompagnement pourra prendre plusieurs formes.

- Une forme individuelle, où il s'agit de proposer un accompagnement et un soutien à la carte : atelier d'habiletés sociales, d'expression, gestion de la vie quotidienne et du logement, des déplacements, de l'activité sociale, les accompagnements liés à l'inclusion dans l'environnement.
- Une forme collective, où il s'agit de générer une synergie entre les résidents du foyer à l'aide des pratiques de la communication, de développer des savoir-être, de travailler sur les interactions sociales et l'autorégulation. Ce mode d'accompagnement en collectif permet de sécuriser les premières mises en situation. La personne accompagnée se sent alors plus libre d'expérimenter ses compétences sociales.

Ainsi, quelle que soit la forme d'accompagnement, les prestations au sein du foyer devront désormais s'élaborer sur des objectifs médico-sociaux. Les ateliers proposés en interne devront se justifier par les objectifs des projets personnalisés. Les activités de loisirs devront se mettre en œuvre via des partenariats externes afin de d'ancrer l'établissement sur son territoire, de nouer des relations avec les acteurs, d'accompagner

les personnes en milieu ordinaire et donc de soutenir l'autodétermination dans une démarche inclusive. Par ailleurs, les prestations faites par les acteurs externes permettent de diversifier les analyses et les réponses, de travailler différemment des axes d'accompagnement et de décloisonner. Également, le foyer n'a pas vocation à proposer et élaborer toutes les activités d'animation, notamment lorsque l'offre est déjà proposée dans l'environnement de l'établissement. C'est donc en développant la pratique de l'aller-vers et du hors les murs que l'offre de service s'enrichira de prestations.

Fiche action n°7 – Créer les nouvelles modalités d'accompagnement	
Objectif général	Co-élaborer une offre de service
Objectif opérationnel	Mettre en place des prestations d'accompagnement cohérentes avec les besoins et attentes des personnes accompagnées
Pilote	Chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	Coordinatrices, psychologue, référents et professionnels socio-éducatifs
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Atelier Post-it • Axe de travail en réunions d'équipe
Moyens	Projets personnalisés, DUI, synthèse des attentes et besoins des personnes accompagnées, rapports de fin de formation, guide d'accompagnement
Financement	
Livrables	Document de synthèse des prestations d'accompagnement à mettre en place, issu de l'atelier Post-it et des réunions d'équipe
Échéancier	Du 28 mai 2024 au 31 juillet 2024
Effets attendus	Acculturation aux nouvelles pratiques professionnelles, coopération entre professionnels
Indicateurs d'évaluation	60% de satisfaction des professionnels, 100% de réalisation des projets personnalisés, 85% de participation des professionnels à la démarche, délais d'élaboration des livrables

3.3.2 Repenser ensemble l'habitat en foyer de vie

Il est essentiel de mener une réflexion sur l'habitat en foyer de vie au regard de ce qu'expriment les personnes accompagnées, notamment à travers l'enquête sur l'habitat,

mentionnée en première partie de ce mémoire. Cette réflexion se justifie également par la création de 14 places supplémentaire au foyer, inscrite au CPOM.

J'organiserai une réflexion sur l'habitat avec l'équipe de direction, les professionnels du foyer, des représentants du CVS, du CA, les familles et les personnes accompagnées, ainsi que les jeunes adultes sous amendement CRETON accompagnés à l'IME et qui bénéficient d'une notification Foyer de vie. La réflexion se mènera sous format World Café pendant une journée au cours de l'été. Cette séquence permettra de « communiquer la vision » et d'« ancrer les nouvelles approches de la culture d'entreprise ». La méthode World Café consiste à faire vivre un temps de réflexion collectif, dans un cadre convivial. C'est une méthode qui favorise l'écoute active, le dialogue ouvert et l'émergence d'idées nouvelles à partir des différentes perspectives des participants. Elle encourage la créativité collective et permet de créer un environnement inclusif où chaque voix est valorisée. Cette approche permet de générer des idées riches, de promouvoir l'engagement des participants et de favoriser l'innovation collaborative.

Règles du World Café :

- L'espace est aménagé de manière conviviale et accueillante avec plusieurs tables disposées dans la pièce. Chaque table est équipée de fournitures (marqueurs, papier).
- Un animateur, maître du temps, explique le sujet à l'ordre du jour. Il peut s'agir d'un problème à résoudre, d'une opportunité à explorer ou d'une question ouverte nécessitant des idées. Le sujet est ensuite décliné en sous-thèmes, de 2 questions. Ces sous-thèmes sont rattachés à un correspondant par thème.
- Les participants sont répartis en petits groupes chacun à une table. A chaque table un correspondant introduit le sujet et anime les échanges. Les participants discutent du sujet pendant 10 à 15 minutes.
- À la fin de la session, les correspondants changent de table et se répartissent dans de nouveaux groupes. A chaque nouveau tour, les correspondants partagent un résumé des discussions précédentes avec les nouveaux participants. Cela permet de partager les idées et les réflexions des différents groupes et de nourrir les discussions ultérieures. Il y a autant de tour de table que de sous-thèmes. Les participants sont encouragés à construire sur les idées précédentes, à élargir la réflexion, à explorer de nouvelles perspectives, sans répéter ce qui s'est dit dans les sessions précédentes.
- À la fin des sessions, tous les participants se réunissent pour une synthèse collective. Chaque groupe présente les idées et les conclusions clés de leurs discussions. Les animateurs prennent note des points saillants et peuvent utiliser des supports visuels pour illustrer les idées. Une discussion finale a lieu pour partager les réflexions

collectives. Les participants identifient les idées les plus prometteuses, les actions à entreprendre ou les prochaines étapes.

Dans le cadre de ce World Café, à ma place d'animateur, j'introduirai le temps d'échanges en rappelant que l'habitat joue un rôle central dans la qualité de vie des résidents d'un foyer de vie, en rappelant également que la personne accompagnée est chez elle au foyer, le foyer est son domicile.

Ainsi, voici plusieurs éléments de réflexion qui feront vivre les échanges du World Café. Une réflexion approfondie sur l'habitat participe à la création d'un environnement favorable, adapté aux besoins et aux aspirations des résidents. Cela peut inclure des considérations telles que la taille des espaces de vie, l'accessibilité, la sécurité, la convivialité, et la possibilité d'avoir une intimité et une autonomie. Pendant ce temps de réflexion il sera possible de concevoir des espaces qui encouragent les interactions sociales, les échanges et les activités communes. Créer un environnement inclusif et convivial peut contribuer à la création d'un sentiment d'appartenance et à la participation active des personnes accompagnées à la vie collective.

Les personnes accueillies au foyer de vie ont le droit de vivre dans un environnement respectueux de leurs choix et de leur autonomie. Une réflexion sur l'habitat permet de prendre en compte les préférences individuelles et d'offrir des options de logement qui répondent aux besoins spécifiques de chaque résident. Cela peut inclure la possibilité de choisir entre des chambres individuelles ou partagées, l'adaptation des espaces pour les personnes à mobilité réduite, ou la personnalisation des espaces de vie. Une réflexion sur l'habitat permet de prendre en compte ces évolutions et d'adapter les infrastructures en conséquence. Par exemple, l'intégration de nouvelles technologies ou la mise en place de solutions d'accessibilité innovantes peut contribuer à améliorer la qualité de vie et le bien-être des personnes.

L'ensemble de ces questions sera donc abordé lors de la séance de travail collective. La synthèse des échanges conduira à l'élaboration d'un livre blanc sur l'habitat en foyer de vie. Ce sera un document ressource pour la co-élaboration du projet d'établissement. Le livre blanc devra, notamment, anticiper le projet de création des 14 places en intégrant la question de l'habitat inclusif. Pour ma part, je souhaite que saisir l'opportunité de création de place pour mettre en œuvre une offre graduée d'habitat. Cette offre devra rendre possible plusieurs parcours de vie, à travers une diversification du mode d'habitat au sein du foyer. L'objectif est de proposer un dispositif individualisé à chaque projet personnalisé, adapté à chaque degré d'autonomie et ciblé en fonction des besoins et attentes des personnes accompagnées. La graduation s'exprime à travers trois modalités d'habitat : D'abord, l'établissement existant de 30 places d'hébergement, 15 places

d'accueil de jour et 2 places d'accueil temporaire, ensuite la création de 10 places dans un foyer annexe constitué de petits appartements avec kitchenette et d'un espace de vie collectif, puis d'un habitat-ville composé de 4 places dans une maison ou appartement dans le centre-ville de Surgères. Afin de sécuriser les parcours et transitions entre différents habitats, des accueils temporaires seront déployés sur les trois modalités. Cette offre graduée aura pour finalité la mise en place d'un environnement favorable à l'autodétermination des personnes accompagnées.

Fiche action n°8 – Repenser l'habitat en foyer de vie	
Objectif général	Inventer les modalités sur l'habitat de demain
Objectif opérationnel	Lancement des axes de travail pour élaborer le projet de création de 14 places supplémentaires
Pilote	Directeur
Personnes/service/ Organismes concernés	Directrice de parcours, professionnels du foyer, personnes accompagnées, familles, CVS, CA
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une journée World Café sur la thématique • Élaboration de pistes de travail
Moyens	Grande salle d'activité, RBPP « Accompagner vers et dans l'habitat »
Financement	
Livrables	Livre blanc de l'habitat en foyer de vie
Échéancier	18 juin 2024
Effets attendus	Mobilisation des parties prenantes dans la réflexion sur « qu'est-ce qu'est habiter en foyer de vie », contribution à l'élaboration de solutions nouvelles et inclusives
Indicateurs d'évaluation	80% de participation, 100% de satisfaction des parties prenantes, propositions et d'idées émises supérieure à 5

3.3.3 Engager la co-élaboration d'un nouveau projet d'établissement partagé

Le projet d'établissement est un outil essentiel pour la mise en œuvre d'un fonctionnement de qualité au sein du foyer. Il doit être élaboré de manière participative, impliquant les différents acteurs de l'établissement ainsi que les personnes accompagnées. Cette méthode participative favorise ainsi une culture de coopération. Le projet d'établissement doit définir clairement les finalités de l'établissement et les valeurs qui le guident. Il doit refléter la mission et les ambitions du foyer, en accord avec les besoins et attentes des personnes accueillies. C'est pourquoi Il est essentiel d'élaborer

des projets personnalisés pour chaque personne accompagnée, en tenant compte de leurs aspirations, leurs capacités, et en favorisant leur participation. Ces projets doivent apporter de la cohérence au projet global de l'établissement. Enfin, le projet d'établissement doit intégrer des processus d'évaluation réguliers et des dispositifs de suivi pour mesurer les résultats et les effets des actions mises en place. Cette évaluation doit permettre d'identifier les points forts et les axes d'amélioration, afin de garantir une évolution constante de la qualité des prestations proposées.

Afin de lancer la démarche de co-élaboration du projet d'établissement 2025-2030, une réunion institutionnelle sera organisée avec le chef de service, l'ordre du jour portera sur la réécriture du projet d'établissement. L'objectif sera d'informer les professionnels sur le travail à mener, en informant sur les différentes étapes qui baliseront l'avancement de la co-élaboration. Dans un premier temps, je rappellerai tout ce qui a été mis en place depuis le premier groupe de travail sur les plannings, le changement organisationnel, le changement de pratiques, les nouveaux outils d'accompagnement et la participation des différents intervenants extérieurs, et qui contribue à l'évolution du foyer. L'idée étant que cette refonte ne part pas de rien mais vient capitaliser sur tout le travail fait précédemment ; et les productions qui ont été fournies seront intégrées dans le futur projet d'établissement. En effet, les livrables des précédentes fiches actions des axes 1, 2 et 3 serviront de base de travail pour élaborer le nouveau projet d'établissement. Ces livrables vont permettre de définir le fonctionnement de l'établissement et la stratégie d'accompagnement. Je communiquerai également le mode opératoire pour aboutir à une rédaction du projet. A l'issue de la présentation, un échange aura lieu avec les professionnels, et un comité de pilotage sera mis en place ; il sera composé de moi-même, du chef de service, d'une coordinatrice, et d'un représentant de chaque collège du CVS. Le comité de pilotage aura pour rôle de mener les arbitrages et suivre l'état d'avancement du projet. Il s'appuiera sur les synthèses des groupes de travail qui seront élaborées au fur et à mesure.

Pour faire suite à la réunion institutionnelle, le chef de service et moi-même organiserons un nouveau World Café sur la thématique du projet d'établissement où seront présents des familles, les personnes accompagnées, les professionnels du foyer, la directrice de parcours, la responsable qualité, les représentants du CVS dont un membre du CA. Ce World Café sera mené avec la même méthodologie que le World Café Habitat et se déroulera dans la grande salle d'activité du foyer. Les thèmes, tels que les valeurs, le fonctionnement, les prestations, les partenariats et relation avec l'environnement, feront l'objet de tables rondes. Le temps sera ajusté en fonction du nombre de participants. À l'issue des échanges, une synthèse sera produite par l'animateur de chaque table. Enfin,

je clôturerai la séquence avec la directrice de parcours, je présenterai le calendrier théorique de travail, et lancerai l'inscription aux groupes de travail. Le premier portera sur la thématique de l'expression et des projets personnalisés, le second sur l'accompagnement, et le troisième sur l'organisation et le fonctionnement. Chaque groupe de travail aura son rétro-planning et sa feuille de route, ainsi qu'une synthèse de la RBPP « Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service », également la synthèse de l'atelier post-it et du livre blanc de l'habitat en foyer de vie. Les groupes de travail devront rendre un rapport au comité de pilotage afin de produire la rédaction du projet d'établissement. La rédaction sera collégiale, et assurée par le chef de service, des coordinatrices et moi-même.

Fiche action n°9 – Co-élaborer le projet d'établissement	
Objectif général	Produire un nouveau projet d'établissement
Objectif opérationnel	Mettre en place une démarche projet pour élaborer le projet d'établissement
Sous la responsabilité de	Directeur et chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	CA, Directrice de parcours, directeur, chef de service, CVS, professionnels, personnes accompagnées, familles, responsable qualité
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion institutionnelle • World Café • Mettre en place un comité de pilotage • Mettre en place des groupes de travail • Rédaction
Moyens	RBPP, synthèse de l'atelier post-it, livre blanc de l'habitat, synthèse de groupes de travail, salle de réunion et salles d'activités
Financement	
Livrables	Document du projet d'établissement
Échéancier	Du 03 septembre 2024 au 20 décembre 2024
Effets attendus	Cohésion et cohérence autour du projet d'établissement, inscription des parties prenantes dans la démarche
Indicateurs d'évaluation	80% de participation, délais de livrables des différentes instances, 90% de satisfaction

3.4 Axe 4 – Évaluer pour ancrer les nouvelles pratiques et réussir la mise en œuvre du projet d'établissement

3.4.1 Instaurer des indicateurs d'évaluation et les partager pour auto-évaluer le changement

La conduite du changement que je propose s'est construite après avoir identifié au préalable les risques. S'agissant des risques liés aux réticences au changement, identifiées au regard du contexte, la posture et la stratégie managériale que je vais mettre en place cherche à dépasser ce risque. C'est en passant par un processus de légitimation, en communiquant, en renouvelant ma confiance, en apportant des ressources que la rupture entre « l'équipe de direction » et les équipes « terrain » pourra se réparer. L'idée étant de former à nouveau une seule équipe qui partage une vision et des objectifs communs, où chacun aura un rôle et une fonction bien définie.

Le second risque identifié est de l'ordre de la temporalité du plan d'action. En élaborant le plan d'action, j'ai veillé à ce que chaque action prépare la réalisation de la suivante afin de faciliter et construire de façon logique le processus de changement. Pour autant ce plan d'action ne fonctionnera que si les acteurs coopèrent, c'est donc un pari que je fais puisque ce n'est pas dans la culture organisationnelle de l'établissement. Cette relation de coopération peut être longue à mettre en place, avant de devenir efficace. C'est pourquoi, les premières actions de cet accompagnement au changement s'intègrent directement dans la pratique de la coopération.

Afin de « consolider les succès pour plus de changement », je demanderai aux professionnels d'auto-évaluer le processus de changement, identifier ce qui s'est joué chez chacun d'eux durant cette période, et exprimer comment ils mesurent a posteriori les effets de ce changement. Je mènerai donc une enquête de satisfaction auprès des professionnels d'abord, auprès des personnes accompagnées et de leurs familles ensuite, pour voir s'il y a un consensus de satisfaction entre toutes ces parties. L'analyse des résultats permettra de produire une évaluation globale du changement et de vérifier si les effets et objectifs sont réalisés et conformes aux attendus. Je formaliserai cette évaluation dans un tableau de bord⁶³ afin d'objectiver et de communiquer l'état final du processus. Également, ce document me permettra d'identifier les axes d'amélioration et de capitaliser sur l'expérience du processus pour les prochains projets à conduire. Je ferai donc un état des lieux que je communiquerai aux parties prenantes du processus afin, encore une fois, que chacun prenne conscience du rôle qu'il a joué dans ce travail

⁶³ Annexe 5 : Tableau de bord – Évaluation du plan d'action

collectif, toujours dans le but d'obtenir l'adhésion et l'implication des professionnels notamment dans la vie de l'établissement.

Par ailleurs, j'appuierai cet état des lieux non seulement sur les enquêtes de satisfaction mais également sur les rapports du bilan social, du registre des événements indésirables, des rapports du CSE, ainsi que de l'actualisation du DUERP afin de formaliser la façon dont ce changement a été vécu.

Fiche action n°10 – Organiser l'évaluation du processus de changement	
Objectif général	Objectiver un avant et un après le changement
Objectif opérationnel	Mesurer les effets du changement chez les parties prenantes du processus
Pilote	Directeur
Personnes/service/ Organismes concernés	Professionnels du foyer
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête de satisfaction auprès des professionnels, des familles, des personnes accompagnées • Présentation de l'état des lieux
Moyens	Bilan social, DUERP, Rapport CSE, registre des événements indésirables
Financement	
Livrables	Tableau de bord de l'évaluation
Échéancier	Du 02 septembre 2024 au 08 octobre 2024
Effets attendus	Réussite de l'accompagnement du changement et de la mise en œuvre des actions
Indicateurs d'évaluation	Taux de réclamation, 100% d'actions de formation réalisées, taux d'absentéisme, 10% de turn-over, contenu des entretiens professionnels, apaisement du dialogue social, 80% de satisfaction, taux d'évènements indésirables

3.4.2 Organiser un système de feedback pour ajuster les nouvelles réponses

Pour faire suite à l'auto-évaluation du processus de changement et afin d'« ancrer les nouvelles approches de la culture d'entreprise », j'installerai un comité de pilotage dont le travail sera d'identifier des actions d'ajustement des nouvelles mesures à l'aune de la démarche d'auto-évaluation des 18 critères impératifs de la HAS. En fonction des retours du comité de pilotage, un nouveau programme d'action pourra être élaboré pour corriger les problématiques identifiées suite au processus de changement. Ce comité de pilotage

s'appuiera également sur les retours des groupes de travail qui auront eu lieu tout au long du processus de changement.

Par ailleurs, après chaque action, groupe de travail, et formation, des feedback formels et informels seront réalisés auprès des professionnels et des personnes accompagnées. Ces feedbacks sont une forme de communication bidirectionnelle qui permettent à un instant T de mesurer le climat social et l'engagement, d'identifier les points de blocage ou d'incompréhension. C'est échanges permettront d'évaluer l'impact de la communication que j'aurai mise en place. Enfin, à l'issue du comité de pilotage, je convoquerai une réunion institutionnelle pour présenter les avis des groupes de travail et les nouvelles pistes d'actions rectificatives, élaborées par le comité de pilotage. Ces actions rectificatives devront se justifier par des objectifs d'amélioration de l'accompagnement et d'optimisation de l'organisation, également, ils devront être objectivés pour être pris en compte. Cette étape clôturera le processus d'accompagnement du changement développé tout au long du plan d'action.

Fiche action n°11 – Ajuster et ancrer les nouvelles pratiques	
Objectif général	Conclure le processus du changement
Objectif opérationnel	Organiser un retour d'expérience sur le processus de changement pour ajuster et finaliser le plan d'action
Pilote	Directeur, chef de service
Personnes/service/ Organismes concernés	Professionnels du foyer
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un comité de pilotage (directeur, chef de service, professionnels volontaires) • Feedback des groupes de travail • Réunion institutionnelle
Moyens	Comité de pilotage
Financement	
Livrables	Avis des groupes de travail, conclusion du comité de pilotage
Échéancier	Du 03 décembre 2024 au 17 décembre 2024
Effets attendus	Introspection sur le processus du changement
Indicateurs d'évaluation	80% de satisfaction des professionnels, 100% des personnes accompagnées et 90% des familles

3.4.3 Organiser la préparation de l'évaluation de l'établissement selon le référentiel de la Haute Autorité de Santé

Le plan d'action à mettre en œuvre a pour finalité la réduction des écarts entre ce qui est attendu par les politiques publiques, les attentes des personnes accompagnées et le fonctionnement de l'établissement. La mise en conformité avec le référentiel HAS, est un outil supplémentaire pour la transformation de l'offre et la mise en application du principe d'autodétermination. En l'état actuel, nous ne pourrions pas obtenir un résultat positif à l'évaluation HAS. Les actions précédentes visent à préparer cette étape d'évaluation. A partir de juin 2024, je mettrai en place la démarche d'auto-évaluation des 18 critères impératifs en collaboration avec la responsable qualité afin d'anticiper l'évaluation HAS, par ailleurs cette démarche complètera le processus d'évaluation du changement, prévu en décembre de la même année. J'utiliserai Synaé comme appui méthodologique et de plateforme d'information, ce qui me permettra de faire un export dans BlueKango (logiciel métier utilisé par l'Unapei 17) pour alimenter la démarche qualité.

Le dispositif d'évaluation du référentiel de la HAS⁶⁴ vise à encourager une démarche d'amélioration continue de la qualité au sein des ESSMS en mettant l'accent sur des évaluations régulières et un suivi annuel des actions entreprises dans cette démarche.

La démarche d'évaluation s'organise en deux temps : il y a d'abord l'évaluation de 18 critères impératifs, puis, dans un second l'évaluation de 139 critères standards.

En lien avec la responsable qualité, je mettrai en place la méthode d'évaluation prévue par le référentiel à l'aide de moyens comme les entretiens de la personne accompagnée, des professionnels et de la gouvernance, les observations des pratiques, du fonctionnement, et à l'aide de la revue documentaire (dossier des personnes accompagnées, procédure, projets personnalisés, compte rendu d'activité). Trois méthodes sont prévues en fonction des chapitres. Pour le chapitre 1, la méthode d'« accompagné traceur » sera utilisée. C'est une analyse de l'accompagnement d'une personne accueillie. La seconde méthode « traceur ciblé » sera appliquée pour évaluer le chapitre sur les professionnels, qui consiste à évaluer les processus des pratiques professionnelles en analysant l'action pluriprofessionnelle sur le terrain. Enfin, la méthode « audit système » concerne le chapitre ESSMS, et consiste à analyser les processus de fonctionnement de l'établissement en s'appuyant sur les documents ressources et leur application dans l'organisation.

Je m'engage dans ce plan d'action à conduire cette première étape d'évaluation selon le référentiel HAS, la suite de l'organisation étant aux mains de la direction générale et de la

⁶⁴ HAS, Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mars 2022

responsable qualité. La responsable qualité communiquera, en temps voulu, le calendrier précis de l'évaluation, pour autant, le rapport d'évaluation sera à remettre au Conseil Départemental au cours du 1er trimestre 2025.

Fiche action n°12 – Préparer la démarche d'évaluation HAS	
Objectif général	Répondre aux critères du référentiel HAS
Objectif opérationnel	Auto-évaluer les 18 critères impératifs
Pilote	Directeur, responsable qualité
Personnes/service/ Organismes concernés	Chef de service et coordinatrices
Actions	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser l'auto-évaluation sur les 18 critères impératifs • Travail avec la responsable qualité de l'Unapei 17
Moyens	Logiciel qualité BlueKango et Synaé, entretiens, observations, revue documentaire
Financement	
Livrables	Rapport d'auto-évaluation
Échéancier	Du 03 juin 2024 au 28 juin 2024
Effets attendus	Validation des 18 critères impératifs
Indicateurs d'évaluation	80% de coopération des professionnels dans la démarche

3.5 Synthèse de la troisième partie

Le plan d'action que j'ai choisi d'élaborer fait le lien entre toutes les actions à mener. La méthode de la cascade : les actions s'enchainent et capitalisent les unes sur les autres, en ce sens qu'elles créent les conditions de réussite des actions qui suivent. Également, la mise en œuvre de ces actions s'inscrit dans une démarche participative et coopérative selon les pratiques managériales que je vais mobiliser. Le management participatif implique de faire travailler ensemble chaque partie prenante, en réunions, en groupes de travail, ou en ateliers. Le nombre de groupes de travail tout au long du plan d'action aura pour effet de diminuer le nombre d'activités internes de loisirs et ainsi accompagner différemment, en optimisant les prestations d'accompagnement, et de ne maintenir que celles justifiées par les besoins et attentes des personnes accompagnées. Par ailleurs ces groupes de travail auront pour vertu d'amener progressivement les professionnels à un travail réflexif et de conceptualisation de leurs pratiques. Les groupes de travail seront programmés par une feuille de route ce qui permettra de cadrer les échanges et d'organiser le participatif.

La finalité du plan d'action est d'amener les professionnels à développer leurs postures et pratiques professionnelles soutenant l'autodétermination des personnes accompagnées. Cependant, pour ce faire, former les professionnels à cette pratique n'est pas suffisant, il s'agit bien de créer les conditions permettant le développement de l'autodétermination chez les personnes accompagnées. C'est pourquoi, il est nécessaire d'opérer un changement organisationnel pour corriger le glissement de tâches, et remettre l'accompagnement socio-éducatif au centre de l'action. Une fois que les professionnels (re-)deviennent disponibles pour le travail socio-éducatif, le changement peut se conduire, notamment à travers la conceptualisation des pratiques à l'action, par la création d'outils, le partage d'idées et d'expériences, l'identification des besoins et attentes à partir desquels s'élaborent les prestations d'accompagnement. Cette démarche vise à redonner du sens à l'activité des professionnels et permet également d'engager la co-élaboration du projet d'établissement. Ce processus prend du temps mais cette temporalité est indispensable, notamment pour l'appropriation d'une nouvelle culture professionnelle, dans un fonctionnement peu propice au changement.

Ainsi, je propose un plan d'action qui donne une vision prospective de ce que deviendra le foyer. Cette vision est incarnée dans le projet d'établissement 2025-2030. Nous pouvons considérer le plan d'action à trois niveaux :

- Le court terme correspondant au changement organisationnel, de fin août à décembre 2023 ;
- Le moyen terme, le temps du changement des pratiques et de l'acculturation aux nouvelles normes d'accompagnement, de novembre 2023 à juillet 2024 ;
- Le long terme : le temps de l'ajustement des pratiques de l'évaluation et de l'élaboration du projet d'établissement, sur la période juin 2024 à décembre 2024.

Enfin, c'est un plan d'action qui maîtrise les coûts. Le plan de formation dont bénéficient les professionnels de l'établissement est financé par l'ensemble des établissements et services de l'Unapei 17, une part du budget finance les frais liés aux activités du siège, dont un pourcentage permet de financer le plan de formation associatif. Pour le foyer de vie Horizon-Val de Gères, les frais de siège s'élèvent à 103 614€ en 2023, sur un budget alloué de 2 115 595€. Ainsi les actions de formation déjà inscrites au plan de formation ne sont pas des dépenses supplémentaires. Seule la supervision et la formation prévue pour les personnes accompagnées sont des dépenses supplémentaires, mais neutralisées en partie par l'arrêt des séances d'analyse de la pratique et la diminution des frais liés aux remplacements grâce au nouveau planning. La formation est financée par le budget socio-éducatif à hauteur de 23 967,84€.

Conclusion

Un diagnostic préalable a mis en évidence que l'offre de service n'est pas en congruence avec ce qui est attendu par les personnes accompagnées, avec les principes d'action énoncés dans le projet associatif, et va à l'encontre des politiques publiques d'inclusion. Ces écarts portent préjudice à l'efficacité de l'accompagnement socio-éducatif. Les constats, décrits en première partie, appellent donc une conduite du changement, à la fois de l'organisation et des pratiques professionnelles. Ce changement permettra de passer d'une logique occupationnelle et collective à une logique inclusive basée sur la personnalisation de l'accompagnement. Ce changement implique une refonte du projet d'établissement qui viendra décloisonner l'offre de service. Ce décloisonnement permettra une ouverture à l'environnement, et viendra tirer parti des avantages d'un territoire dynamique, capter de nouvelles ressources et faciliter la création de nouvelles réponses, notamment, en matière d'habitat et d'inclusion dans l'environnement proche.

Le partage et la validation de ce constat par le CA et la direction générale, préalable indispensable, vient également légitimer mon action de direction. Cette légitimité de la conduite du changement se fonde également sur les besoins et attentes des personnes accompagnées, identifiés à travers un constat partagé avec les parties prenantes. La mise en place d'une démarche d'autodétermination vient répondre aux attentes en matière de participation sociale et d'autonomie des personnes accompagnées, pour améliorer leur qualité de vie. Ainsi, la conduite du changement est d'abord organisationnelle et va introduire de nouvelles pratiques d'accompagnement socio-éducatif. Les changements apportés à l'organisation vont permettre aux professionnels de venir se recentrer sur leurs missions. La transition pourra alors commencer, allant de la conceptualisation des pratiques à leur mise en action. Cette approche vise à redonner du sens à leurs missions, favoriser la co-élaboration du projet d'établissement et conduisant à une nouvelle culture professionnelle. La redéfinition de l'offre de service de l'établissement, avec l'autodétermination comme clé de voute de la stratégie institutionnelle, engage un mouvement de désinstitutionalisation, avec une diversification des prestations et un accompagnement en milieu ordinaire. La réussite de ce changement nécessite la création d'une nouvelle dynamique de groupe, afin d'impliquer chaque acteur dans le processus. La stratégie managériale adoptée est participative et coopérative, encourageant le travail d'équipe entre professionnels pour renouveler leur engagement dans leurs missions. Le plan d'action que j'ai conçu se déploie de manière cohérente, où chaque action prépare les conditions pour les suivantes et vise à faire travailler ensemble toutes les parties prenantes, afin de trouver une cohésion et une cohérence.

Bibliographie

Ouvrages

- Allard-Poesi F., « Kurt Lewin : De la théorie du champ à une science du social », dans Charreire S., Huault I., *Les grands auteurs en management stratégique*, EMS, 2009
- American Psychiatric Association, *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5ème édition, 2015
- Bloch M., Hénaut L., *Coordination et parcours : La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014
- Caouette M., « Adopter des pratiques professionnelles qui favorisent l'autodétermination : Quels défis pour les organisations et les praticien·ne·s ? », dans Masse M., Piérart G., Julien-Gauthier F., Wolf D., *Accessibilité et participation sociale : Vers une mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées*, Édition ies, 2020,
- Cudré-Mauroux A., Piérart G., Vaucher C., *Co-construire l'autodétermination au quotidien : Vers un partenariat entre professionnel et personnes avec une déficience intellectuelle*, Éditions ies, 2020
- Gather Thurler M., Progin L., « Culture professionnelle, culture organisationnelle », dans Jorro A. éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*, De Boeck Supérieur, « Hors collection », 2013
- Goffman E., *Asiles – Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Éditions de Minuit, 1961
- Heidegger M., *Bâtir Habiter Penser*, Essais et conférences, Gallimard, 1951
- Hermel P., *Le management participatif. Sens, réalités, actions*, Éditions d'organisation, 1992
- Kotter J. P., *Leading change*, Harvard Business Review Press, 1996
- Lachapelle Y., Wehmeyer M. L., « L'autodétermination », dans Tassé M-J., Morin D., *Manuel professionnel sur la déficience intellectuelle*, Éditions, 2003
- Le Boterf G., *Construire les compétences collectives : Coopérer efficacement dans les entreprises, les organisations et les réseaux professionnels*, Eyrolles, 2018
- Loubat J-R., *Coordonner parcours et projets personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2013
- Loubat J-R., *Penser le management en action social et médico-social*, Dunod, 2020
- Miramón J-R., *Manager le changement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Presse de l'EHESP, 2020
- Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Seuil, 1990

Articles, rapports, guides et études

Bachelart M., « La supervision, un levier du management des équipes », *Directions*, n°215, 2023

Benoît D., « L'« institution juste » par rapport à la désinstitutionalisation dans le secteur social et médico-social en France », *Revue Organisations et Territoires*, vol.27, n°1, 2018

Brandibas G., Eleta M., « La Coordination : une fonction à géométrie variable au service des logiques de parcours », *Les cahiers de l'actif*, n°504-507, 2018

Buisson M-L., « La gestion de la légitimité organisationnelle : un outil pour faire face à la complexification de l'environnement », *Management & Avenir*, vol.4, n°6, 2005

Calvez M., « Handicaps et inclusion dans la vie de la cité : pour une approche de la variabilité de la participation sociale », *Semaine Handicap & Citoyenneté*, 2018

Caouette M., Pellerin S., Charrette C., « Une conception développementale et écosystémique de l'autodétermination pour l'accompagnement des personnes ayant une déficience intellectuelle », *La nouvelle revue Éducation et société inclusives*, vol.94, n°2, 2022

Cartron E., Lefebvre S., Jovic L., « Le savoir expérientiel : exploration épistémologique d'une expression répandue dans le domaine de la santé », *Recherche en soins infirmiers*, vol.144, n°1, 2021

CNSA, Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN PH, octobre 2020

CREAI Nouvelle-Aquitaine, Les jeunes adultes sous amendement Creton en Nouvelle-Aquitaine, 2020

DGCS, Guide pour l'application de la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques, 2018

Fiard D., Guide d'accompagnement environnemental : accueil d'adultes avec autisme (et/ou déficience intellectuelle), *Centre Expertise Autisme Adulte*, 2017

Jaeger M., « L'inclusion : un changement de finalité pour le travail sociale ? », *Ères vie sociale*, 2015/3 n°11, 2015

Paul M., « L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient », *Recherche en soins infirmiers*, vol.110, n°3, 2012,

Rapegno N., Ravaud J-F., « Vivre dans un établissement médico-social d'hébergement pour adultes handicapés en France : quels choix résidentiels ? Le point de vue des usagers », *Annales de géographie*, vol.718, n° 6, 2017

Textes législatifs et réglementaires

Article L312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

CNSA, Guide de bonnes pratiques sur les usages qualitatifs des nomenclatures des besoins et des prestations SERAFIN-PH, octobre 2020

Commission Européenne, Union de l'égalité : Stratégie relative aux droits des personnes handicapées 2021-2030, 2021

Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne, 1989

Conseil de l'Europe, Plan d'action 2006-2015 pour la promotion des droits et de la pleine participation des personnes handicapées à la société, 2006

Décret n°2017-982 du 9 mai 2017 relatif à la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux accompagnant des personnes handicapées ou malades chroniques

HAS, Référentiel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, mars 2022

Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 de rénovation du Code de l'action sociale et médico-sociale

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

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé

Loi n°2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale

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

Loi n°89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social

ONU, Convention Internationale relative aux droits des personnes handicapées, 2006

Union Européenne, Charte des droits fondamentaux, 2020

Textes de référence

Bilan social 2022, Unapei 17

Communauté de Commune Aunis Sud, Diagnostic territorial : constats et enjeux identifiés, 2017

CPOM 2021-2026 Conseil Départemental Charente-Maritime / Unapei 17

Congrès européen des personnes handicapées, Déclaration de Madrid, 2002

Projet associatif 2020-2025, Unapei 17

Projet d'établissement 2015-2019 Foyer Horizon-Val de Gères, Unapei 17

Rapport d'activité 2021 du Foyer Horizon-Val de Gères, Unapei 17

Schéma départemental 2018-2022 de l'Autonomie du Conseil départemental de la Charente-Maritime

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles

ANESM, *Accompagner vers et dans l'habitat – note de cadrage*, janvier 2022

ANESM, *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service*, mai 2010

ANESM, *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant de l'inclusion sociale*, mars 2008

ANESM, *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008

ANESM, *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*, décembre 2008

HAS, *L'accompagnement de la personne présentant un Trouble du Développement Intellectuel (volet 1)*, juillet 2022

HAS, *Pratique de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap*, janvier 2018

Sites internet

Site de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-17434#chiffre-cle-1> (consulté le 21 janvier 2023)

Site de l'Unapei : <https://www.unapei.org/actions/autodetermination-concept-pratique/> (consulté le 17 mai 2023)

Liste des annexes

Annexe n°1	Organigramme de l'Unapei 17	p. II
Annexe n°2	Organigramme de l'établissement	p. III
Annexe n°3	GANTT du plan d'action	p. IV
Annexe n°4	Présentation des Livrets Smile	p. V
Annexe n°5	Tableau de bord – Évaluation du plan d'action	p. VI

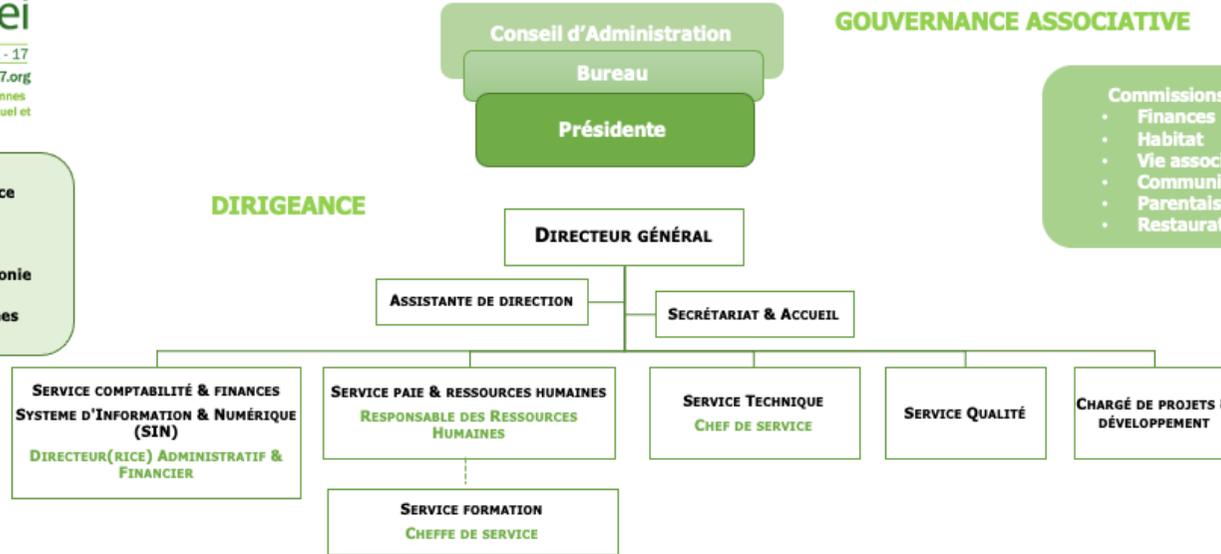
Annexe n°1 : Organigramme de l'association Unapei 17



GCSMS Confluence

- Achats
- Informatique/téléphonie
- Protection des données

DIRIGEANCE



GOVERNANCE ASSOCIATIVE

Commissions :

- Finances
- Habitat
- Vie associative
- Communication
- Parentaise
- Restauration

Enfance & Habitat

DIRECTIONS DE PARCOURS

Habitat & Travail protégé

Territoire AUNIS ATLANTIQUE
Direction Adjointe de Parcours

- IME SAINT-OUEN TSA / Petit Bois
- DAR
- UEMA
- FOH/FAM BOUHET
- FOH BOUHET ASI+Veilleurs de nuit

Territoire LA ROCHELLE
Direction Adjointe de Parcours

- IME SAINT-OUEN TDI
- IME LA ROCHELLE
- FOH/FOJ LAGORD
- FOJ (SAAJ) SAINT OUEN
- ESAT PERIGNY
- ESAT SAINT-OUEN

Territoire AUNIS SUD
Direction Adjointe de Parcours

- FOH/FOJ SURGERES
- FH PÉRIGNY
- FH LE MAROUILLET
- ESAT LE MAROUILLET
- ESAT ROCHEFORT

Territoire ROCHEFORT-SAINTONGE
Direction Adjoint de Parcours

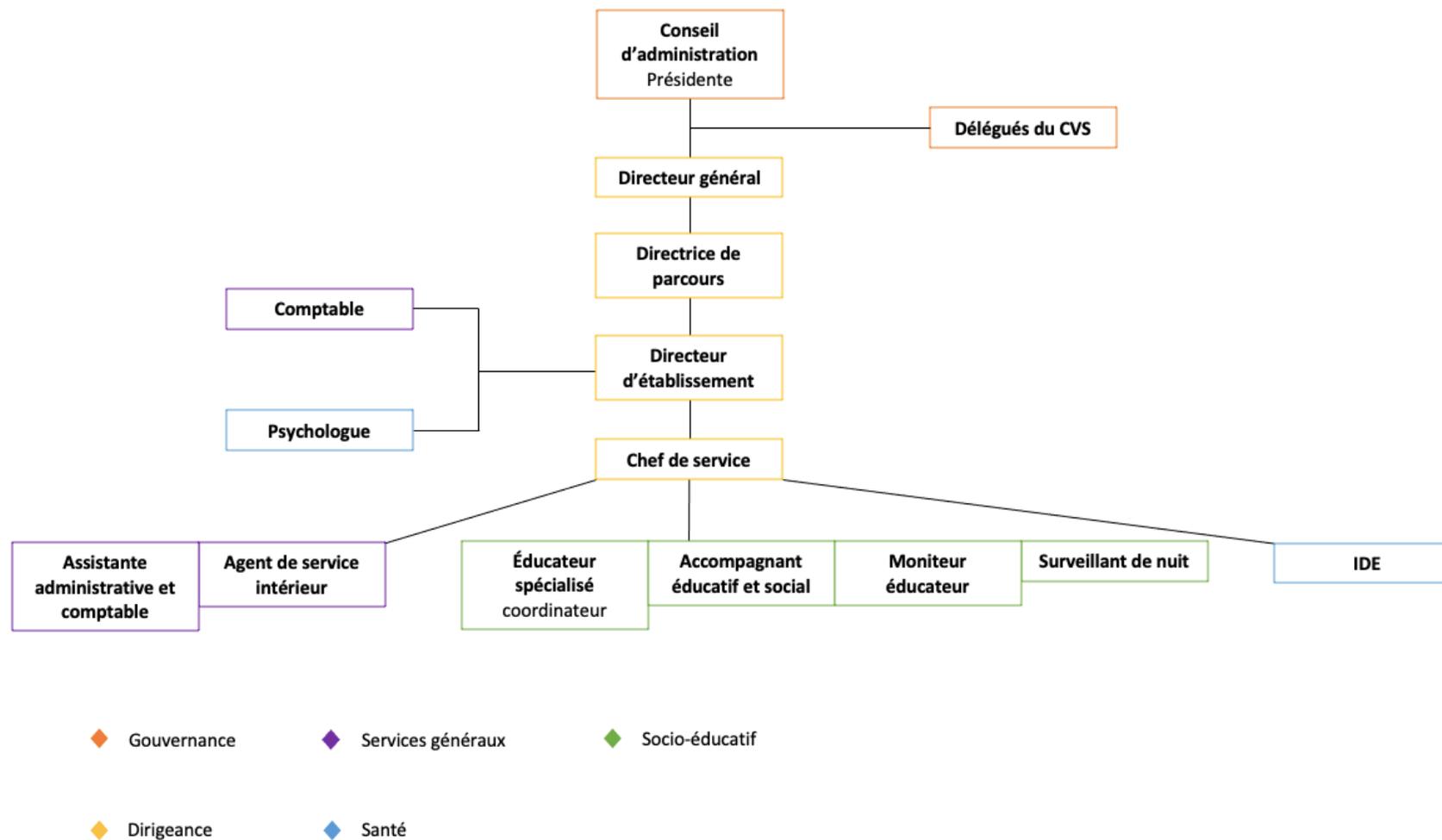
- FH SAINTES
- FOH LE THOU
- FOH LE THOU ASI+Veilleurs de nuit
- FOJ (SAAJ) ROCHEFORT/LES GONDS
- Unité IME TONNAY-CHARENTE
- ESAT BORDS
- ESAT SAINTES

SERVICES

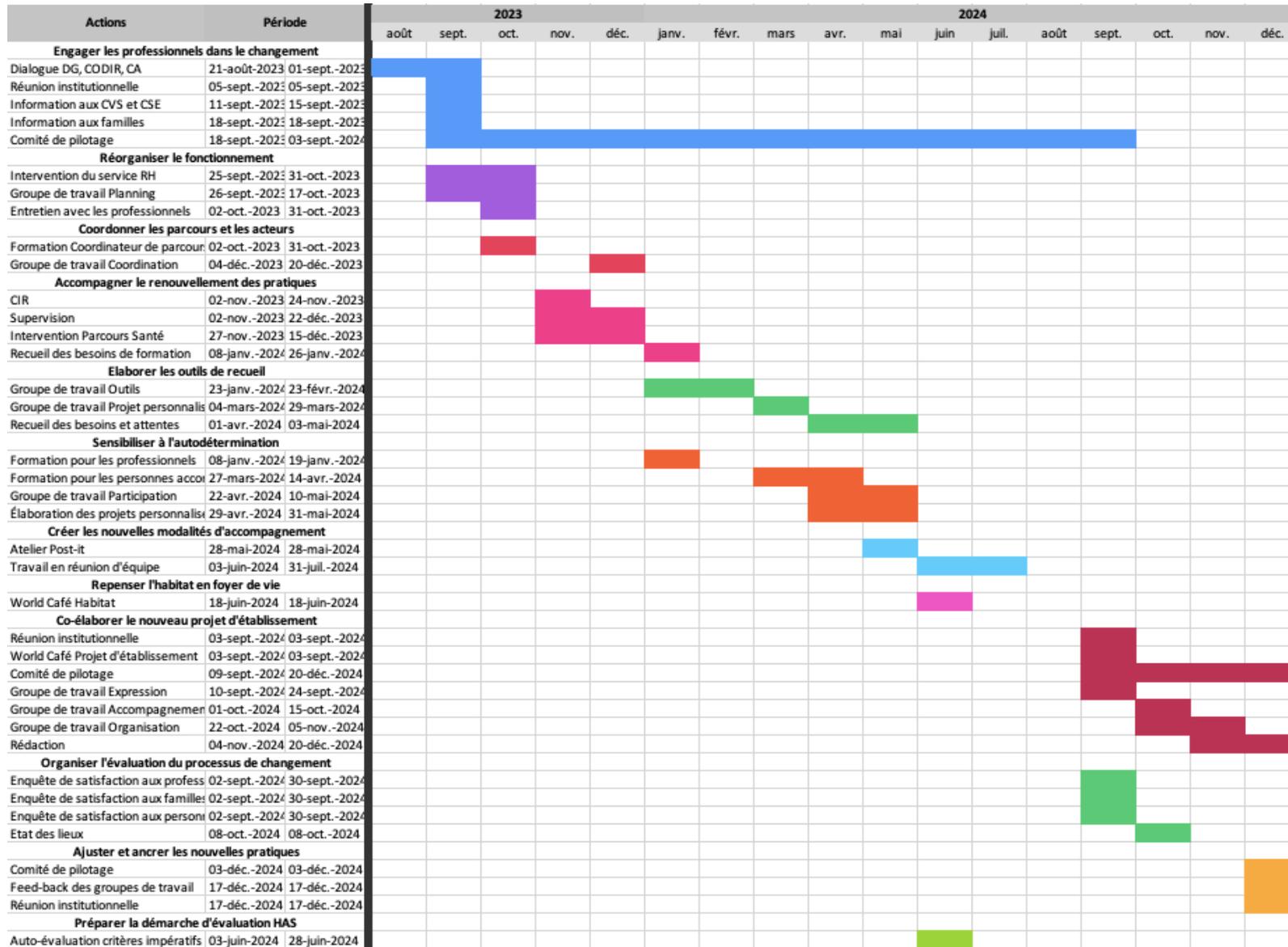
- SAVS
- SAFPH (PréFASS)
- Chargés Insertion Professionnelle
- Plateforme 16-25 ans
- Coordinatrice Parcours Santé
- SESSAD la Rochelle
- SESSAD Surgères
- SESSAD TSA

MAJ – 12 septembre 2022

Annexe n°2 : Organigramme de l'établissement



Annexe n°3 : GANTT du plan d'action



Annexe n°4 : Présentation des Livrets Smile

À quoi servent Les Livrets Smile ?

- À donner mon avis sur l'aide que je reçois des éducateurs, des infirmiers et d'autres personnes.
- À parler de sujets difficiles avec ma famille et des professionnels.
- À m'aider à trouver avec ma famille et les professionnels des idées pour avoir une vie meilleure.
- À mieux connaître mes droits, ce que j'ai le droit de faire, ce que j'ai le droit de savoir pour mieux me faire respecter.
- À apprendre des nouvelles choses pour être plus autonome.



Le RAQ est une association.

C'est Le Réseau Associatif pour la Qualité.

Le RAQ aide les personnes avec un handicap pour qu'elles aient une vie meilleure.

Le RAQ organise des formations sur Les Livrets Smile avec l'asbl Inclusion.

Le RAQ organise aussi des réunions avec les institutions pour discuter des Livrets Smile.

Je peux contacter le RAQ pour avoir des informations sur Les Livrets Smile et sur l'application Smile 2.0.

Pour contacter Le RAQ :

@ info@leraq.be
www.leraq.be

Les Livrets Smile ont été développés par Inclusion asbl



Avec le soutien de



Les Livrets Smile L'application Smile 2.0



Les Livrets Smile sont des outils pour les personnes avec un handicap intellectuel, leurs familles et les professionnels.

Les Livrets Smile aident à améliorer ensemble la qualité de vie des personnes avec un handicap intellectuel.

Ces livrets peuvent aussi être utiles pour les personnes avec un handicap moteur et/ou sensoriel.

L'asbl Inclusion a écrit Les Livrets Smile avec des personnes avec un handicap intellectuel, des familles et des professionnels.



Les Outils Smile c'est...

- **20 livrets** avec un questionnaire pour donner son avis sur un sujet de la vie de tous les jours.

Les Livrets Smile sont en partie écrits en facile à lire.

- **des consignes** pour aider les personnes avec un handicap intellectuel à remplir les questionnaires.

Les consignes sont en partie écrites en facile à lire.

- **un mode d'emploi** qui explique aux professionnels et aux familles comment utiliser Les Livrets Smile.

- **un document** de présentation générale des Outils Smile.

Il y a une version informatisée des Livrets Smile : c'est l'**application Smile 2.0**. C'est l'asbl Le RAQ qui a fait l'application avec le soutien de Cap 48.

Smile 2.0 permet de compléter Les Livrets Smile sur un ordinateur, une tablette ou un téléphone.

Smile 2.0 est très utile dans les services : centres de jour, d'hébergement...

Chaque livret parle d'un sujet différent...

Mes besoins

- Mes repas
- Mon sommeil, mon repos
- Mon hygiène, mes vêtements
- Ma santé
- Mon logement
- Mes apprentissages
- Ma sécurité
- Ma communication
- Mon bien-être, stop aux mauvais traitements
- Ma vie relationnelle, affective et sexuelle

Mes activités

- Mon projet de vie
- Mes loisirs, mes congés et mes vacances
- Mon travail et mon volontariat
- Mes activités de tous les jours

Mon entourage

- Ma famille, mes amis et les personnes autour de moi
- Mes enfants
- Mon éducateur référent

Ma vie dans la société

- Mes déplacements
- Ma participation aux décisions
- Mes droits, mon argent et mes papiers



On peut télécharger gratuitement les Outils Smile sur les sites Internet d'Inclusion et du RAQ.

www.inclusion-asbl.be
www.leraq.be

Annexe n°3 : Tableau de bord – Évaluation du plan d'action

Engager les professionnels dans le changement				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Dialogue DG, CODIR, CA				
Réunion institutionnelle				
Information CVS et CSE				
Information aux familles				
Comité de pilotage				
Réorganiser le fonctionnement				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Intervention du service RH				
Groupe de travail Planning				
Entretien avec les professionnels				
Coordonner les parcours et les acteurs				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Formation Coordinateur de parcours				
Groupe de travail Coordination				
Accompagner le renouvellement des pratiques				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
CIR				
Supervision				
Intervention Parcours Santé				
Recueil des besoins de formation				

Élaborer les outils de recueil				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Groupe de travail Outils				
Groupe de travail Projets personnalisés				
Recueil des besoins et attentes				
Sensibiliser à l'autodétermination				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Formation pour les professionnels				
Formation pour les personnes accompagnées				
Groupe de travail Participation				
Élaboration des projets personnalisés				
Créer les nouvelles modalités d'accompagnement				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Atelier Post-it				
Travail en réunion d'équipe				
Repenser l'habitat en foyer de vie				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
World Café Habitat				
Co-élaborer le nouveau projet d'établissement				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Réunion institutionnelle				
World Café Projet d'établissement				
Comité de pilotage				
Groupe de travail Expression				

Groupe de travail Accompagnement				
Groupe de travail Organisation				
Organiser l'évaluation du processus de changement				
Actions	Dispositif mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Enquête de satisfaction professionnels				
Enquête de satisfaction personnes accompagnées				
Enquête de satisfaction familles				
État des lieux				
Ajuster et ancrer les nouvelles pratiques				
Actions	Dispositifs mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Comité de pilotage				
Retours d'expérience des groupes de travail				
Réunion institutionnelle				
Préparer la démarche d'évaluation HAS				
Actions	Dispositifs mis en place	Objectif partiellement réalisé	Objectif non réalisé	Axes d'amélioration
Auto-évaluation des critères impératifs				

DALLET

Antoine

Novembre 2023

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

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Nouvelle-Aquitaine

**REFONDER LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT D'UN FOYER DE VIE POUR
SOUTENIR L'AUTODÉTERMINATION DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES PAR
L'IDENTIFICATION DE LEURS ATTENTES**

Résumé :

La France a amorcé un virage inclusif au début du 21^{ème} siècle, avec plusieurs lois et programmes publics engageant les acteurs à transformer leurs organisations et à opérer différemment, particulièrement en tenant compte de ce qu'expriment les personnes en situation de vulnérabilité. Cette prise en compte des besoins et attentes des personnes concernées, justifie l'action médico-sociale.

Le contexte institutionnel du foyer de vie Horizon-Val de Gères n'a pas permis la mise en œuvre d'une offre de service inclusive. Pour autant les personnes accompagnées expriment des besoins et attentes en matière de participation sociale et d'autonomie, ce qui amène à refonder le projet d'établissement.

Ainsi, ce mémoire vise à engager une démarche globale de transformation de l'offre de service à travers le paradigme de l'autodétermination, une pratique d'inclusion qui répond aux aspirations des personnes accompagnées. Cette stratégie d'intervention médico-sociale nécessite une organisation adaptée, capable de s'acculturer à ce nouveau système de pensée et d'agir.

Afin d'engager un changement organisationnel qui soit l'affaire de tous et renouveler les pratiques professionnelles, le plan d'action s'appuiera sur un management participatif et une mobilisation d'une dynamique de groupe qui prenne en compte l'ensemble des parties prenantes du changement.

La finalité de ce travail est de créer un environnement où les personnes accompagnées puissent s'impliquer dans les décisions qui les concernent et leurs donner les moyens d'être acteur de leur propre vie, gage d'une meilleure qualité de vie.

Mots clés :

Foyer de vie, projet d'établissement, autodétermination, coopération, recueil des attentes

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