

ACCOMPAGNER VERS L'AUTONOMIE

*Comment l'autonomie est-elle considérée et favorisée dans
l'accompagnement de personnes en situation de handicap ?*



Réalisé par D'Uva Kristel

Promotion : BAC 16 TS · ES · PT

Sous la direction de Mme Jurisch Praz Sarah

Remerciements

Aux travailleurs et travailleuses sociales qui ont partagé leurs expériences avec moi et qui m'ont accordé leur confiance lors d'échanges en toute sincérité et spontanéité. Ces entretiens ont été une ressource inestimable.

À Mme Sarah Jurisch Praz, ma directrice de mémoire qui m'a guidée tout au long de ce processus. L'intérêt manifesté pour la thématique, les réflexions enrichissantes et les encouragements ont maintenu la volonté d'articuler au mieux ce travail.

Aux relecteurs et relectrices qui m'ont accordé de leur temps et m'ont transmis leurs précieux commentaires grâce à leurs regards neufs sur cette thématique.

À ma famille et mon entourage pour leur soutien sans faille tout au long de la rédaction. Merci pour ces encouragements qui m'ont permis de surmonter les périodes de stress et de doutes. Un merci tout particulier à ma fille, une source de joie et d'énergie inépuisable qui a alimenté ma motivation durant l'écriture de ce travail.

Avertissement

Les opinions émises dans ce travail n'engagent que leur auteure

Je certifie avoir personnellement écrit le Travail de Bachelor et ne pas avoir eu recours à d'autres sources que celles référencées.

Tous les emprunts à d'autres auteur·e·s, que ce soit par citation ou paraphrase, sont clairement indiqués.

Le présent travail n'a pas été utilisé dans une forme identique ou similaire dans le cadre de travaux à rendre durant les études.

J'assure avoir respecté les principes éthiques tels que présentés dans le Code éthique de la recherche.

Résumé

Cette recherche aborde la notion d'autonomie dans le cadre de l'accompagnement de personnes en situation de handicap. En effet, le terme d'autonomie occupe une place importante dans le travail social depuis plusieurs années mais sa définition demeure cependant très vaste.

Tout d'abord, la notion de handicap a fortement évolué depuis les années 1980 avec le développement du modèle de Processus de Production du Handicap (PPH) qui permet de considérer le handicap comme situationnel. Cette manière de concevoir le handicap remet inévitablement en question la notion d'autonomie. En effet, alors qu'auparavant une « personne handicapée » semblait dénuée de toute autonomie, aujourd'hui, cet aspect situationnel du handicap demande de nuancer la présence ou l'absence d'autonomie en termes de situation également. De plus, diverses représentations de l'autonomie co-existent et par conséquent différents accompagnements peuvent être proposés par les éducateurs et éducatrices sociales selon l'autonomie recherchée.

Il y a donc plusieurs facteurs qui sont susceptibles de teinter l'accompagnement : la manière dont le handicap est considéré, la définition que chaque professionnel-le a de l'autonomie et l'importance qui lui est accordée, le but recherché au travers de l'accompagnement, etc. Dans cet ordre d'idée, il était intéressant de comprendre, au travers d'entretiens semi-directifs basés sur une vignette clinique, comment les travailleurs et travailleuses sociales dans le champ du handicap conçoivent cette notion et comment il leur est possible de l'intégrer à leur pratique au quotidien.

Finalement, cette recherche met en lumière le tiraillement des professionnel-le-s souhaitant permettre à la personne accompagnée de développer ou gagner une certaine forme d'autonomie en l'impliquant dans les choix de son quotidien, en respectant ses besoins et ses désirs. En effet, le rappel de la norme et des exigences sociales bride cette volonté. Il faudrait donc choisir entre développement de l'autonomie et intégration sociale.

Mots clés

Travail social ♦ Accompagnement ♦ Handicap ♦ Autonomie
Processus de Production du Handicap ♦ Facteurs personnels ♦ Facteurs
environnementaux ♦ Habitudes de vie
Autonomie décisionnelle ♦ Autonomie exécutionnelle

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
1. Choix de la thématique et motivations.....	1
2. Autonomie, environnement et personnes en situation de handicap	2
2.1 Accompagnement et autonomie, les premiers questionnements	2
II. CADRE THÉORIQUE	4
3. Le handicap, un concept en évolution.....	4
3.1 Deux modèles concomitants : classification des handicaps et modèle écologique	4
3.2 Modèle écologique du développement humain	6
3.3 Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF).....	8
3.4 Modèle de Développement Humain et Processus de Production du Handicap (MDH-PPH).....	9
4. L'autonomie	11
4.1 Les notions relatives à l'autonomie.....	14
4.1.1 La dépendance	14
4.1.2 L'autodétermination.....	14
4.1.3 La responsabilité	15
5. L'autonomie et l'accompagnement dans le domaine du handicap.....	16
5.1 Les différents types d'autonomie à prendre en compte dans l'accompagnement	16
5.2 Différents accompagnements transposables dans le travail social.....	18
5.2.1 Le conseil	18
5.2.2 Le tutorat.....	19
5.2.3 Le mentoring	19
5.3 Une approche centrée sur la personne pour permettre l'émergence de l'autonomie	20
5.4 Se (re)connecter à l'environnement pour gagner en autonomie.....	21
III. PROBLÉMATIQUE	22
6. Le problème de recherche	22
6.1 Question de recherche et hypothèses	22
IV. PARTIE EMPIRIQUE.....	23
7. Méthodologie	23
7.1 Présentation du terrain de recherche et de l'échantillon.....	23
7.2 Outil de récolte de données.....	23
7.3 But de la démarche	24
8. Présentation des résultats.....	24
8.1 Les facteurs personnels	25
8.1.1 Les facteurs identitaires.....	25
8.1.2 Le système organique	26
8.1.3 Les aptitudes.....	26
a) Activités intellectuelles.....	27
b) Motricité fine.....	27
8.2 Les facteurs environnementaux.....	27
8.2.1 Les facteurs environnementaux - Microsocial	28
a) L'organisation et les stratégies d'adaptation	28

b) <i>Le sentiment d'auto-efficacité</i>	29
c) <i>L'expérience</i>	29
8.2.2 Les facteurs environnementaux - Mesosocial	29
a) <i>Organisation du groupe</i>	30
b) <i>Le rôle et la posture des professionnel-le-s</i>	30
8.2.3 Les facteurs environnementaux - Macrosocial	31
a) <i>Le financement</i>	31
b) <i>L'autonomie</i>	32
c) <i>La norme</i>	33
8.3 Les habitudes de vie	34
8.4 Le modèle de Processus de Production du Handicap	34
8.5 L'autonomie dans le processus ou dans la finalité	35
9. Discussion	36
9.1 Le modèle de Processus de Production du Handicap	36
9.2 Le rôle des professionnel-le-s	38
9.3 L'autonomie et la norme	38
9.3.1 L'autonomie	39
9.3.2 La norme	39
9.4 L'autonomie dans le processus ou dans la finalité	40
9.5 Vérification des hypothèses	40
9.5.1 Hypothèse 1	40
9.5.2 Hypothèse 2	40
<u>V. PARTIE CONCLUSIVE</u>	<u>41</u>
10. Bilan de la démarche	41
10.1 Limites et biais de la recherche	41
10.2 Perspectives	42
11. Bilan personnel et professionnel	43
12. Mot de la fin	44
13. Sources	45
13.1 Bibliographie	45
13.2 Illustrations	46
14. Annexes	47
14.1 Vignette clinique	47
14.2 Grille d'entretien	48

I. INTRODUCTION

1. Choix de la thématique et motivations

Mon travail de bachelor traite de l'autonomie et du handicap. Le choix de la thématique s'est fait après de multiples réflexions. Tout d'abord, je souhaitais m'intéresser à l'approche Affolter découverte durant ma première formation pratique. Cette méthode m'avait laissée perplexe au départ puis m'avait fascinée. Elle repose sur l'interaction entre le patient et son environnement. En approfondissant les recherches sur l'approche Affolter, je me suis rendu compte que réaliser tout un travail sur cet unique axe n'était pas suffisant. Mes recherches m'ont permis de réaliser que mon questionnement se situait ailleurs. Ce qui m'intéressait plus précisément dans cette méthode était l'opportunité qu'elle offrait de pouvoir trouver en la personne des ressources et des compétences sans avoir à mettre en place un appareillage. On tente de travailler sur l'individu, d'agir non pas sur le problème apparent, mais sur le problème de fond : « *Les clients ont des difficultés à chercher et à trouver l'information tactile¹ qui est indispensable pour résoudre des problèmes de la vie de tous les jours. En conséquence la thérapie et l'accompagnement aident ces clients en leur fournissant de l'information tactile concernant les activités de tous les jours et concernant la relation entre leur corps et l'environnement.* » (L'Unité de Formation et d'Éducation Permanente, s.d.). Plus globalement, elle menait la personne vers une autonomie en se passant de moyens auxiliaires, sans adapter l'environnement mais en créant ou en renforçant le lien à l'environnement. Par exemple, pour une jeune malvoyante qui ne parvient pas à monter les escaliers, il est possible de penser que le problème provient de sa déficience, sa vue diminuée qui pourrait l'empêcher de voir les obstacles. Or, la méthode Affolter, nous fait envisager un problème sous-jacent qui serait l'incompréhension de son environnement. Autrement dit, au lieu de résoudre le problème apparent (les marches d'escalier) en l'évitant, nous nous engagerons à lui donner plus d'informations sur son environnement en l'accompagnant, en lui donnant des repères tactiles (barrières, taper les pieds contre les marches). De ce fait, elle pourra emprunter les escaliers sereinement puisque si un de ses sens n'est pas totalement opérationnel, il ne l'empêche pas pour autant de marcher. Ceci est un exemple parmi d'autres qui démontre que parfois nous agissons sur le problème que nous voyons, mais que ce dernier peut renfermer un problème plus global et imperceptible. Il m'intéressait alors d'approfondir mes connaissances sur ces accompagnements, plus centrés sur la personne et sur ses ressources propres.

J'ai par la suite poursuivi mes recherches en me concentrant sur l'autonomie car il me semblait que cette l'approche Affolter permettait également aux jeunes d'acquérir une certaine forme d'autonomie. Concernant cette notion, durant mes expériences professionnelles, j'ai pu constater que nous n'avons pas tous et toutes la même vision de l'autonomie et donc pas la même manière d'accompagner les personnes dans ce processus. En effet, durant mes stages, j'ai observé divers types d'accompagnement dont les motivations étaient diverses. J'ai pu relever que si certain·e·s portent leur attention sur l'objectif à atteindre, d'autres préfèrent souligner la démarche dans le processus d'autonomisation. Pour exemplifier cette observation, si un jeune doit peindre un objet, le but pourrait être que son objet soit peint à la

¹ Tactile = tactilokinesthésique dans la terminologie Affolter (L'Unité de Formation et d'Éducation Permanente, s.d.)

fin de l'activité ou la façon dont il s'y prend pour le peindre. La manière dont nous envisageons l'autonomie et l'importance que nous accordons à son acquisition peut déterminer l'accent que nous portons au processus ou au résultat. En effet, plusieurs fois des jeunes ont été qualifié·e·s d'autonomes dans des activités mais je n'arrivais pas à comprendre en quoi elles ou ils l'étaient, sur quoi se basaient les professionnel·le·s pour le définir, ni ce qu'ils entendaient exactement derrière cette notion.

2. Autonomie, environnement et personnes en situation de handicap

Le problème général qui m'a questionnée suite à mes observations est l'adaptation de l'environnement direct de la personne atteinte de handicap en ayant comme objectif un développement de son autonomie. Par environnement direct, je fais référence au mobilier, aux objets se trouvant autour de la personne. J'ai souvent pu observer qu'en institution, l'on cherche dans l'accompagnement au quotidien à simplifier les tâches des personnes en situation de handicap afin qu'elles soient capables d'atteindre un but. Il ne faut pas comprendre que je me positionne contre les adaptations mises en place. Cependant, je me questionne sur cette démarche et sur les raisons pour lesquelles certaines fois des moyens sont mis à disposition et d'autres, non. Parfois il y a une certaine incohérence, dans le sens où certain·e·s jeunes ont à leur disposition du matériel adapté alors que leurs compétences pourraient être sollicitées. Dans d'autres cas, certains objets pourraient être envisagés pour permettre une autonomisation de la personne dans le processus plus que dans le but, mais ce n'est pas mis en place. Ce que je tente de mettre en évidence sont les différentes manières de considérer l'autonomie des personnes ainsi que la prise en charge. En effet, il est possible d'évaluer l'autonomie d'une personne sur une activité bien précise, dans lequel cas, la mise en place d'adaptations serait la première démarche. Ce point de vue considérerait l'autonomie comme étant l'atteinte d'un but d'où la nécessité de lui procurer un environnement adapté pour que le ou la bénéficiaire y parvienne. La seconde serait de considérer l'autonomie comme un processus. Cette interprétation nécessite de travailler avec la personne sur ses potentielles ressources pour les développer et les maintenir. En effet, l'atteinte de l'objectif est alors ici secondaire, l'accent est porté sur le processus autour de l'activité et l'autonomie devrait alors être évaluée sur une période plus longue.

2.1 Accompagnement et autonomie, les premiers questionnements

Un premier questionnement est survenu en abordant la place de l'adaptation de l'environnement dans l'accompagnement et la conception que nous avons de l'autonomie : Pourquoi tenter d'adapter cet environnement afin d'atteindre une efficacité dite « normale » en avançant une autonomie qui se révèle basée sur le résultat et qui peut créer une dépendance en ce sens que la personne en situation de handicap aura besoin de quelqu'un ou de quelque chose pour mener à bien ses tâches ? Ce que j'entends plus précisément par ce questionnement est que l'on peut considérer une personne comme autonome car la tâche demandée a été effectuée. Cependant, si une aide a été nécessaire durant tout le processus de réalisation, peut-on toujours la considérer comme autonome ? Sur quoi se base-t-on pour définir le degré d'autonomie d'une personne ?

Un autre de mes questionnements de départ porte sur les enjeux autour des adaptations et leur rapport à l'autonomie, en termes de facilitateur ou de frein au développement de compétences. D'une part, adapter en premier lieu le matériel reviendrait-il à minimiser les compétences ou freiner l'émergence de nouvelles ressources ? Un lien avec une certaine norme, une volonté de rétablir une égalité des chances peut-il être fait ? D'autre part, encourager les bénéficiaires à acquérir un maximum d'autonomie tant dans leurs décisions que dans leurs actions ne demanderait-il pas de repenser les institutions et le rôle des éducateurs et des éducatrices sociales ? Ces réflexions mènent inévitablement à la question suivante : Comment l'autonomie peut-elle être interprétée, soutenue et favorisée par les éducateurs et éducatrices sociales auprès de personnes en situation de handicap au sein d'institutions spécialisées ?

Afin de préciser mes recherches, j'ai émis des premières idées pouvant répondre à mes questionnements précédents. Je pense donc qu'adapter l'environnement est probablement plus simple et moins coûteux que de former des professionnel·le·s à des approches spécifiques qui peuvent avoir leurs limites. Comme j'ai pu le constater à travers ma formation pratique, les méthodes qui nécessitent un accompagnement individuel pour un suivi bien spécifique, telle que l'approche Affolter, impliquent par conséquent de prendre du temps et donc du personnel supplémentaire. Un enjeu financier pourrait donc également influencer l'accompagnement offert aux personnes en situation de handicap en institution.

Concernant le fait que les moyens auxiliaires peuvent être une manière de compenser le handicap, j'envisage la possibilité qu'atteindre une certaine norme, les exigences de la société, est un objectif de l'accompagnement. Après tout, Gallut disait : « *Le handicap apparaît souvent comme un manque de quelque chose qu'il faudrait combler, comme une imperfection qu'il faudrait rectifier pour satisfaire aux exigences sociales* » (2012, p. 9). Les moyens auxiliaires tout comme l'émergence de ressources propres à la personne ont pour objectif commun l'autonomisation de la personne qui en bénéficie. Il est alors justifié de se questionner sur la manière dont l'autonomie est évaluée et de peser l'influence de notre représentation de l'autonomie sur l'accompagnement proposé, à savoir un accompagnement favorisant le processus ou le résultat, ressources propres ou moyens auxiliaires/appareillages.

Ces questionnements et le cadre théorique qui va suivre m'ont permis d'envisager des notions clés et de définir la problématique qui sera présentée ultérieurement.

II. CADRE THÉORIQUE

Tout d'abord, il semble judicieux d'aborder la notion de handicap ainsi que les concepts qui en découlent tels que le processus de production de handicap et le modèle de Bronfenbrenner. En effet, ils mettent en avant des éléments qui nous permettront de mieux comprendre l'évolution de cette notion de handicap et la manière dont elle est abordée aujourd'hui. Ensuite, nous nous attarderons sur le concept d'autonomie et ses différentes représentations possibles. Pour terminer, il paraissait intéressant de lier ces concepts plutôt théoriques à des approches dans la pratique. C'est pourquoi, nous aborderons différents modèles d'accompagnement qui permettent de développer et de favoriser l'autonomie des personnes accompagnées.

3. Le handicap, un concept en évolution

Beaucoup de termes différents peuvent être utilisés dans le langage courant pour désigner un trouble, par exemple, handicap mental, déficience mentale, retard mental... Il se peut donc que des personnes utilisent parfois des termes différents pour exprimer une seule et même problématique. Afin de ne pas se méprendre sur les termes utilisés, il est judicieux de définir quelques termes dont les définitions sont prises sur le site de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé, 2018). En premier lieu, le handicap est défini comme suit : « *Le handicap n'est pas simplement un problème de santé. Il s'agit d'un phénomène complexe qui découle de l'interaction entre les caractéristiques corporelles d'une personne et les caractéristiques de la société où elle vit. Pour surmonter les difficultés auxquelles les personnes handicapées sont confrontées, des interventions destinées à lever les obstacles environnementaux et sociaux sont nécessaires* ». Nous pouvons souligner dans cette première définition l'aspect environnemental mis en avant qui permet de considérer la personne en situation de handicap et non handicapée, ce qui ferait considérer ce handicap comme un état. Pour arriver à cette définition, il a fallu passer par de nombreuses recherches et développer différents modèles qui ont laissé des traces que nous tenterons de remonter à travers ce chapitre.

3.1 Deux modèles concomitants : classification des handicaps et modèle écologique

Ces deux conceptions du handicap se sont développées dans les années 80 mais sont pourtant bien distinctes. Si la première considère le handicap comme un état, la seconde tend à concevoir le handicap en termes de situation et donc rejette le fait qu'une personne puisse être handicapée partout et tout le temps.

La classification des handicaps (CIH) de 1980 était fondée sur les cinq catégories suivantes : le handicap moteur, le handicap sensoriel, le handicap psychique, le handicap mental ainsi que les maladies invalidantes (Handicap.fr, 2013). Bien que la CIH ait fait place aujourd'hui à la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), il me paraît intéressant de relever les définitions qui étaient utilisées car aujourd'hui ces termes sont encore bien présents. Ainsi, le handicap physique tel que paralysie, infirmité motrice cérébrale ou encore myopathie se caractérise par « *une capacité limitée pour un individu de se déplacer, de réaliser des gestes, ou de bouger certains membres. L'atteinte à la motricité peut être partielle ou totale, temporaire ou incurable, selon son origine.* » (Handicap.fr, 2013) Quant au handicap sensoriel, il concerne justement les difficultés liées aux organes sensoriels. La CIH

en mentionne deux, le handicap visuel et le handicap auditif qui désignent respectivement « *une déficience de la fonction visuelle (cécité, malvoyance)* » et « *une perte partielle ou totale de l'audition. Un handicap qui peut parfois entraîner des troubles de la parole (mal entendant ou sourd)* » (Handicap.fr, 2013). Toujours selon Handicap.fr (2013) qui reprend la CIH, le handicap psychique est défini par « *l'atteinte d'une pathologie mentale entraînant des troubles mentaux, affectifs ou émotionnels, soit une perturbation dans la personnalité, sans pour autant avoir des conséquences sur les fonctions intellectuelles (schizophrènes, maladies bipolaires...)* ». La quatrième définition est celle des maladies invalidantes qui sont « *des maladies qui, de par leurs effets sur l'organisme, peuvent générer un handicap, et évoluer dans le temps. On peut notamment citer les maladies respiratoires, digestives ou infectieuses. (Epilepsie, Sclérose en plaque)* » (Handicap.fr, 2013). Le dernier terme décrit est le handicap mental qui est défini comme « *une déficience des fonctions mentales et intellectuelles, qui entraînent des difficultés de réflexion, de compréhension et de conceptualisation, conduisant automatiquement à des problèmes d'expression et de communication chez la personne atteinte (autisme, syndrome de Down, polyhandicap).* » (Handicap.fr, 2013)

On retrouve une définition similaire sur le site de l'OMS (2001) non pas sous la dénomination du « handicap mental » comme précédemment, mais sous le terme de « déficiences intellectuelles ». Elles sont définies cette fois-ci comme : « *la capacité sensiblement réduite de comprendre une information nouvelle ou complexe, et d'apprendre et d'appliquer de nouvelles compétences (trouble de l'intelligence). Il s'ensuit une aptitude diminuée à faire face à toute situation de manière indépendante (trouble du fonctionnement social), un phénomène qui commence avant l'âge adulte et exerce un effet durable sur le développement* ». Ce qui différencie les définitions de la CIF et de l'OMS est que l'OMS met en avant une difficulté ou une capacité réduite à faire face à des situations ou des informations nouvelles mais ne suppose pas l'impossibilité que la personne évolue favorablement et la possibilité de les intégrer au fil du temps. La CIH, en revanche, ne permet pas d'entrevoir une amélioration quelconque de la personne atteinte de ce trouble, comme si c'était un état qui ne pouvait pas changer. La définition de l'OMS mentionne aussi un aspect social qui met en évidence l'importance de l'environnement social de la personne. En effet, les déficiences ne sont pas seulement engendrées par des troubles ou des problèmes sanitaires. Les facteurs environnementaux jouent un rôle déterminant dans la possibilité pour l'enfant de participer à la communauté. Il est aussi possible de dire alors que la déficience peut être plus lourde si la personne a des difficultés à s'intégrer dans la société. Tenue à l'écart à cause de ses difficultés dans les relations sociales, la personne ne pourra pas s'inspirer du fonctionnement de ses pairs pour développer le comportement attendu, ce qui le maintiendra en situation de handicap.

Pour revenir à la CIH, elle distinguait, en 1980, trois aspects du handicap : lésionnel, fonctionnel ou situationnel. L'aspect lésionnel est une déficience qui peut être psychologique, physiologique ou anatomique. L'aspect fonctionnel correspond à une incapacité qui est une réduction partielle ou totale d'une capacité. Pour terminer, l'aspect situationnel fait référence au désavantage concernant l'insertion sociale, scolaire ou professionnelle. Cette dernière conception du handicap, divisée en trois axes représente les prémices du Processus de Production du Handicap qui met un accent considérable sur l'aspect situationnel de celui-ci.

En 2001, l'OMS fait la proposition d'une révision afin d'inclure l'importance des facteurs environnementaux dans la situation de handicap et ainsi d'affirmer que l'invalidité, la déficience ou le handicap d'une personne est le résultat de l'interaction entre ses possibilités et son environnement ou une situation de la vie courante. Cette modification nous amènera justement au modèle de la CIF et celui de Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). Dans cette révision, il est possible de distinguer quatre catégories : la fonction organique qui est liée au fonctionnement corporel (fonction mentale, sensorielle), la structure anatomique qui situe l'organisation physique en jeu (système nerveux, structure liée au mouvement), l'activité et la participation qui identifient les fonctionnements concernés (activité de communication, de mobilité) et la dernière qui sont les facteurs environnementaux, extérieurs et potentiellement handicapants (produits et système technique, soutien et relation...).

L'introduction de la variable environnementale a permis d'ajouter une nouvelle perspective dans la conception et la définition du handicap, notamment à travers le modèle écologique du développement humain de Urie Bronfenbrenner dans les années 1970 à 1980 ou encore plus tard sous le terme de Processus de Production du Handicap par Pierre Fougeyrollas.

3.2 Modèle écologique du développement humain

Ce modèle de développement humain a connu son essor dans les années 70 à 80 grâce aux travaux du psychologue et chercheur américain Urie Bronfenbrenner (Absil, Vandoorne, & Demarteau, 2012, pp. 3-4). D'origine russe et immigré aux États-Unis, il fut influencé par les travaux de Vigotsky et Lewin. Pour comprendre l'implication de ces influences dans le modèle développé, il est nécessaire de présenter ces fondements théoriques. Liev Vigotsky est un psychologue russe dont les travaux ont visé à prouver l'importance des interactions sociales dans le développement cognitif de l'enfant. En effet, cette théorie attribue un rôle prépondérant à la culture, aux interactions sociales et à l'accompagnement, idées qui seront reprises par Bronfenbrenner. Quant à Kurt Lewin, psychologue allemand et un des fondateurs de la psychologie sociale, il a développé une théorie du leadership. Celle-ci sera retenue, notamment pour l'idée selon laquelle le comportement découle de l'interaction des personnes avec leur environnement. En 1948, Bronfenbrenner, en tant qu'assistant, commence à focaliser ses recherches sur le développement de l'enfant et l'impact des forces sociales sur le développement de ce dernier, une recherche qui demeurera au centre tout au long de sa carrière. Après plusieurs ouvrages sur le développement humain, paraît en 1979 son livre le plus cité : *The Ecology of Human Development*. Dans cette œuvre, il propose d'analyser les situations à travers six niveaux de systèmes qui interagissent entre eux et qui seront décrits ultérieurement.

Ce modèle représente sa vision éco-systémique qu'il est possible d'identifier par le refus du caractère linéaire de cause à effet, partie intégrante du modèle biomédical mis en place depuis le début du 20^{ème} siècle. En effet, ce dernier accorde une grande importance à la science et peu à l'homme comme en fait mention le site de l'Institut de Documentation, de Ressources et d'Études en Systémique (IDRES), « *le modèle biomédical procède de l'application en médecine de la méthode analytique réductionniste des sciences classiques de la nature* » (Vannotti, 2009). Le concept de cause à effet reconnu dans le modèle biomédical et qui est rejeté dans le modèle proposé par Bronfenbrenner renvoie à l'aspect individuel de la situation

ou de la problématique. Ce qui sous-entend que deux individus ayant le même problème ne feront pas face à la même situation car leurs contextes sont différents.

Pour en revenir aux systèmes, quatre ont été développés initialement par Bronfenbrenner (Absil, Vandoorne, & Demarteau, 2012, pp. 5-7). Le microsystème fait référence au milieu immédiat de la personne comme la famille, l'école, les pairs. Il se définit par les rôles de l'enfant et plus celui-ci grandira, plus il cumulera de microsystèmes. Il est possible de relever trois éléments permettant l'observation du développement de l'enfant : les activités exprimées verbalement ou par la gestuelle, les détails des activités et les interactions investies. Autrement formulé par Absil, Vandoorne et Demarteau (2012, p. 5), « *le microsystème est un pattern d'activités, de rôles et de relations interpersonnelles vécu par la personne en développement dans un contexte qui possède des caractéristiques physiques et matérielles particulières* ». Le niveau suivant qui englobe l'ensemble des microsystèmes est le mésosystème. Celui-ci pourrait être défini comme un réseau de connexions entre les microsystèmes auxquels l'individu appartient. Le niveau supérieur est l'exosystème. Il s'agit des milieux qui influencent le développement de l'enfant mais sur lesquels les acteurs des divers microsystèmes ne peuvent directement agir. Le dernier des systèmes développés, le macrosystème, représente le contexte culturel (politique, économique...) influençant l'ensemble des systèmes qui le composent. Continuant ses recherches, Bronfenbrenner ajoute en 1984 un système prenant en compte l'évolution de ces systèmes et leurs interactions dans le temps : le chronosystème. Ce système permet de ne plus considérer l'ici et maintenant mais d'avoir une vision globale et attribuer d'autre part à chacun des systèmes une temporalité propre, c'est-à-dire un micro-chronosystème qui par exemple concerne le temps de la famille.

A cet ensemble, il est possible d'ajouter l'ontosystème proposé par Jay Belsky, un collaborateur d'Urie Bronfenbrenner, reconnu comme expert dans le domaine du développement de l'enfant et l'étude des familles. Ce système est composé des caractéristiques de l'individu mais aussi de ses compétences, habiletés ou vulnérabilité qu'elles soient innées ou acquises. Bien que pertinent, ce système n'était pas compris dans le modèle conçu par Bronfenbrenner car il étudiait un processus de développement et ne cherchait pas à élaborer une théorie sur l'individu. Cet ontosystème pose encore quelques questionnements. En effet, si l'on intègre l'ontosystème dans ces systèmes emboîtés, cela impliquerait qu'il y aurait au sein de chaque microsystème des ontosystèmes en interaction. De plus, pour Bronfenbrenner, l'individu est implicitement présent dans chacun des systèmes mais il n'y est jamais seul. Comme le disent Absil, Vandoorne et Demarteau (2012, p. 14), « *L'accent mis sur le développement comme processus d'interaction entre la personne et son environnement ouvre la voie à un retour du « social » et du déterminisme qu'il engendre, sans que ce déterminisme ne soit une fatalité* ». En d'autres termes, cette théorie n'enferme pas l'individu dans une relation de cause à effet immuable. Elle sert à prendre conscience de ce déterminisme et à suivre un processus d'apprentissage qui permettrait de maîtriser et de transformer son environnement.

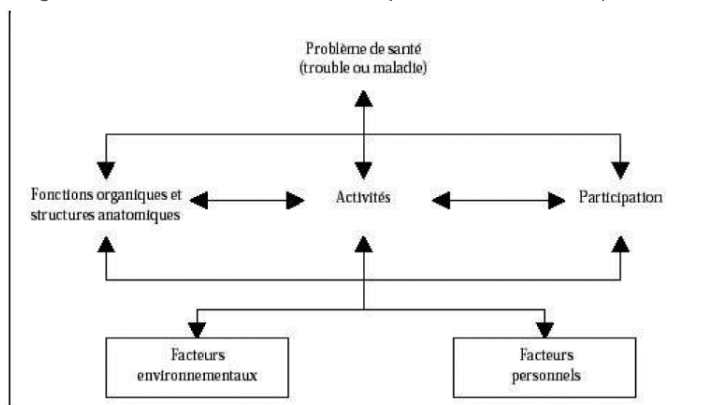
D'autres modèles accordent une certaine importance à l'environnement. Celui que je souhaite aborder ensuite est le modèle de la CIF.

3.3 Modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF)

Précisons tout d'abord que la CIF est la Classification Internationale du Fonctionnement et du Handicap. Il me paraît intéressant avant de poursuivre avec ce modèle de prendre connaissance de la distinction entre fonctionnement et handicap. Les définitions ainsi relevées sont : « *Le fonctionnement est un terme générique qui se rapporte aux fonctions organiques, aux activités et à la participation au sein de la société* » et « *Le handicap sert de terme générique pour désigner les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de participations.* » (Yelnik, 2001, pp. 2-3)

Ce modèle est le résultat d'une évolution des concepts de santé et analyse les situations de handicap par quatre éléments différents. Le premier est l'organisme, c'est-à-dire les structures anatomiques et les fonctions physiologiques qui peuvent être plus ou moins déficientes. Ensuite, nous retrouvons la participation qui fait référence aux activités accessibles ou non et les actions qui peuvent être accomplies. La troisième composante comprend les facteurs environnementaux, tout ce qui est prévu ou non par la société afin de faciliter l'intégration des personnes en situation de handicap. Pour terminer, les facteurs personnels sont aussi pris en compte à travers les situations individuelles.

Figure 1 : Interaction entre les composantes de la CIF (OMS, 2001)



La CIF établit donc que le handicap n'est pas une maladie et qu'il n'est pas un problème individuel mais bien le résultat d'une situation qui peut être influencée par différents facteurs. La société est un facteur déterminant dans la conception du handicap. En effet, si celle-ci porte un regard très négatif sur le handicap alors il pourrait être plus mal vécu que par une personne vivant dans une société qui se préoccupe du bien-être de ces personnes et qui favorise des adaptations qui leur facilitent le quotidien.

Par ce schéma, il est possible de constater que le handicap n'existe pas forcément en soi mais qu'il se dessine à travers les interactions des différents facteurs. Une autre manière d'illustrer ce propos est de prendre l'évolution de la terminologie de la déficience entre la Classification Internationale des Déficiences, Incapacités et Handicaps (CIDIH) de 1980 et la CIF en 2001. En effet, le terme de déficience était perçu comme la cause qui engendre la limitation d'activité. Dans la CIF, la déficience ne prend pas en compte la limitation d'activité car le principe de cause à effet a été écarté. Le terme de déficience est alors utilisé pour décrire une limitation des structures ou des fonctions corporelles. La limitation d'activité quant à elle correspond aux difficultés rencontrées par la personne. Malgré une déficience proche, deux personnes peuvent donc avoir une limitation d'activité de plus ou moins grande importance. La CIF n'a pas pour objectif de soumettre des analyses cliniques mais bien de mettre en avant les possibilités et les obstacles que peut rencontrer une personne en situation de handicap. Cette évolution sera reprise par la suite lorsque nous aborderons le processus de production de handicap car les deux sont décrits par Patrick Fougeyrollas (Stucki & Cieza, 2007).

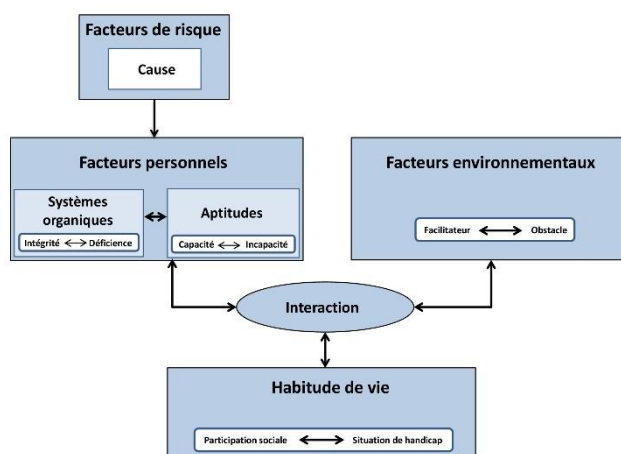
Pour en revenir au schéma de la CIF, nous pouvons remarquer qu'une maladie ou un trouble peut engendrer soit une déficience lorsque l'on parle de structure anatomique ou de fonction corporelle, soit une limitation comme nous l'avons vu précédemment et qui concerne des activités, soit une restriction qui concerne la participation de l'individu telle que la participation sociale. Ces trois différentes situations sont toutes liées aux facteurs environnementaux et personnels. Les facteurs environnementaux englobent les facteurs individuels qui sont l'environnement immédiat (domicile ou travail) mais aussi les caractéristiques physique et le matériel puis le facteur sociétal tel que les structures sociales, les services, règles de conduites etc. Les facteurs personnels quant à eux ne sont pas classifiés dans la CIF mais concernent l'âge, le sexe, le mode de vie ou encore l'éducation. Chacun de ces facteurs va influencer la situation, d'où l'unicité de celle-ci qui encourage encore une fois à parler de situation de handicap et non d'un handicap généralisé. Pour chaque problème, une compensation peut être mise en place. Par exemple, dans le cas de déficience, il s'agit d'un travail axé sur le traitement de cette déficience. Dans le cas où l'activité de la personne est réduite, il s'agirait de modifier et d'adapter l'environnement de la personne pour réduire les limites auxquelles elle se confronte. Dans le dernier cas qui concerne la participation, il faut agir sur le soutien et la réinsertion professionnelle de la personne pour qu'elle trouve ou retrouve une place dans la société. Ce modèle est proche de celui du Processus de Production du Handicap que nous allons aborder.

3.4 Modèle de Développement Humain et Processus de Production du Handicap (MDH-PPH)

Ce modèle fut proposé par Patrick Fougereyrollas, président du réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH), un réseau basé au Québec (Canada) qui a pour mission de favoriser une réponse des plus adéquates aux besoins de personnes en situation de handicap par l'application et le développement du modèle du MDH-PPH. Bien que ce modèle diffère des précédents, il est dans la lignée de ceux-ci et s'en inspire.

Ce qui différencie le modèle MDP-PPH de 1998 des modèles précédents de développement humain est l'apparition de nouveaux concepts tels que les facteurs de risques, les systèmes organiques (composantes corporelles ayant une fonction commune), les aptitudes (possibilités pour une personne de mener à bien son activité physique ou mentale) ou encore les facteurs environnementaux qui sont une dimension sociale déterminant le contexte d'une société. Ce modèle avançait deux théories. D'une part, à l'origine de la déficience (systèmes organiques) et des incapacités (aptitudes) se trouvaient des facteurs de risque. D'autre part, les facteurs environnementaux pouvaient être des facilitateurs ou des obstacles. C'est-à-dire selon le RIPPH (2018) que « le niveau de réalisation des habitudes de vie d'une personne ou d'une

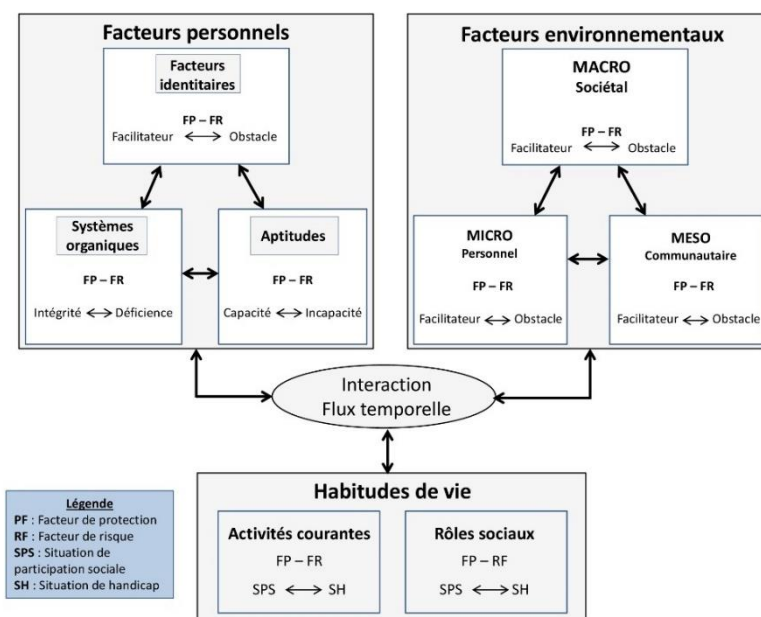
Figure 2 : MDH-PPH 1998 (RIPPH, 2018)



population serait déterminé par le résultat de l'interaction entre ses facteurs personnels et les facteurs environnementaux présents dans son milieu de vie à un moment donné ». Cette affirmation peut être confirmée par l'observation d'une évolution positive ou négative de la participation sociale et/ou de la situation de handicap en fonction des changements des facteurs personnels et environnementaux. On entend plus précisément par facilitateur, respectivement obstacle, un facteur qui favorise, respectivement qui entrave, la réalisation des habitudes de vie lorsqu'il entre en interaction avec les facteurs personnels tels que déficiences ou incapacités.

En 2010, une version bonifiée du MDP-PPH fut proposée par Patrick Fougeyrollas et concerne en premier lieu la place des facteurs de risque dans le modèle. Si initialement ils étaient en dehors des facteurs personnels et environnementaux ainsi que des habitudes de vie, ils feront dès à présent intégralement partie de ceux-ci. De plus, Fougeyrollas, tout comme Bronfenbrenner, décompose les facteurs environnementaux en différents environnements, qui sont appelé dans le modèle écologique de développement humain, les systèmes. Les habitudes de vie sont désormais définies comme des activités courantes et des rôles sociaux, deux catégories qui englobent chacune six habitudes de vie. Par exemple, nous retrouvons, parmi les activités courantes, la communication, les déplacements, les soins, et parmi les rôles sociaux, les responsabilités, la vie associative, le travail.

Figure 3 : MDH-PPH version bonifiée 2010 (RIPPH, 2018)



Pour conclure, même si la notion de handicap a aujourd'hui évolué, il n'en demeure pas moins que le handicap est toujours défini comme « *une altération anatomique ou fonctionnelle quelle qu'en soit la cause : anomalie congénitale, trouble de développement de l'enfance, maladie, traumatisme* » (Stucki & Cieza, 2007). Cependant nous nous rendons compte que dans les faits, les définitions et les représentations sont parfois bien ancrées. A travers le thème de l'autonomie, nous verrons qu'il peut être difficile de ne pas considérer une personne en situation de handicap comme étant dépendante d'autrui sur tous les axes présentés par le schéma exposé ci-dessus.

4. L'autonomie

Lorsque nous observons les schémas précédemment présentés, nous pourrions comprendre l'autonomie comme un certain équilibre entre les facilitateurs et les obstacles. Le fait de savoir composer avec les obstacles et avec la déficience permet de ne pas entrer dans le handicap. En effet, le processus de production du handicap définit aussi bien les facteurs environnementaux que les habitudes de vie en tant que producteurs de handicap. L'autonomie serait-elle alors la capacité d'une personne à surmonter ses déficiences ou obstacles dans chacun des axes proposés par le MDH-PPH ? Bien que cela semble être une déduction intéressante, elle ne représente cependant pas toutes les facettes de l'autonomie et serait une définition trop réductrice de ce terme aux nombreuses interprétations. C'est pourquoi, il est intéressant de prendre connaissance des différentes définitions de l'autonomie dans le but de comprendre les enjeux qui peuvent se jouer en fonction de la définition que l'on en fait mais aussi d'entrevoir un dénominateur commun parmi les diverses utilisations de ce terme. Certes, il ne paraît pas y avoir de similarité entre l'autonomie que l'on pourrait attribuer à des personnes en situation de handicap et celle revendiquée par un anarchiste. Pourtant, Le Coadic (2006, p. 328) propose une interprétation sur laquelle nous reviendrons ultérieurement dans ce chapitre mais qui met en lumière leur point commun : « *N'avons-nous pas affaire, dans tous ces derniers cas, à des êtres humains qui refusent une identité imposée, affirment leur liberté de déterminer le cours de leur vie et éprouvent un désir de reconnaissance ?* »

Avant de considérer l'autonomie de façon plus philosophique, nous nous intéresserons à une définition plus concrète qui est donnée par le Larousse (Larousse, s.d.). Elle est ainsi définie comme « *la capacité de quelqu'un à être autonome, à ne pas être dépendant d'autrui ; caractère de quelque chose qui fonctionne ou évolue indépendamment d'autre chose* ». Dans cette définition, il est possible de voir le lien étroit entre dépendance et autonomie. Cette dernière telle qu'elle sera développée dans le cadre de ce travail s'apparente à l'absence de dépendance, qui renvoie à la possibilité pour une personne de mener à bien ses activités quotidiennes. Cependant, selon d'autres auteur·e·s, l'autonomie peut être perçue de manière plus abstraite et ne se mesure pas dans les activités à proprement dites. Comme le souligne le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL, 2012), « *l'autonomie est la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement* ». Dans cette perspective, l'autonomie est une valeur de notre société : « *au même titre que l'honnêteté ou le courage, l'autonomie est une qualité pour celui qui en est qualifié* » (CREDOC, 2003, p. 101). Pour d'autres auteur·e·s, l'autonomie peut être liée à une compétence. Elle serait donc mesurée par l'implication de l'individu et par sa capacité et/ou possibilité de mobiliser ses ressources pour faire face à des situations de mise en difficulté. Un point de vue supplémentaire considère l'autonomie comme étant un processus continu. C'est-à-dire qu'il existerait une relation entre une personne ou un groupe qui détient le pouvoir/savoir et une autre personne ou groupe qui en est dépourvu mais qui souhaite l'obtenir. Nous sommes donc face à une sorte d'apprentissage, d'initiation. Pour terminer et en se basant sur l'étymologie de ce terme, il nous renvoie à deux mots grecs (Le Coadic, 2006) : le premier « *autos* » qui signifie soi-même et le second « *nomos* » qui signifie loi, règle. Cette dernière définition met en perspective l'autonomie comme n'étant pas simplement évaluée dans les actions mais aussi d'un point de vue philosophique, le fait de suivre ses propres règles.

Dans le même ordre d'idée, Kant décrit l'autonomie comme le choix qui repose sur l'unique volonté de la personne concernée et comme le mentionne Le Coadic en citant ce même philosophe (2006, p. 319), « *tout choix qui serait soumis à un élément « extérieur » tel que l'attrait, l'intérêt, la contrainte, le devoir, la loi, la nécessité relèverait, au contraire de l'hétéronomie* ». Un être autonome serait donc celui qui, face à une situation donnée, étudie chacune des possibilités qui s'offrent à lui et qui choisit librement celle qu'il jugera comme étant universellement la meilleure. Cette interprétation de l'autonomie est cependant contestée environ cent cinquante ans plus tard par d'autres auteurs tels que Durkheim (1934). En effet, selon ce sociologue, pour que l'autonomie ne soit que volonté de l'Homme comme le dit Kant, elle doit apparaître comme une faculté à l'abri des forces extérieures. Or, d'une part, l'autonomie serait une exigence de la société faisant intégralement partie du développement social de chaque individu. Nous pouvons donc être autonomes mais au-delà, nous devons être autonomes. D'autre part, il est nécessaire de considérer la dualité de l'humain tiraillé entre un idéal et la réalité, sensible et rationnel à la fois. Si l'idéal n'est pas réalisable, alors nous serons contraint·e·s de revoir notre décision. C'est ainsi que l'hétéronomie l'emportera bien souvent. Mais puisque l'autonomie est liée à la société, alors elle ne peut être immuable puisque cette dernière évolue : « *il s'agit non d'une simple possibilité logique, toujours également vraie d'une vérité tout abstraite, mais de quelque chose qui se fait, qui devient progressivement, qui évolue dans l'histoire* » (Durkheim, 1934, p. 83). Si Kant suppose aussi que lorsqu'un comportement ou une décision nous est imposé alors l'autonomie s'évapore, Durkheim expose dans cet extrait une toute autre vision : « *De ce que nous savons qu'il y a utilité à ce que nous soyons commandés, il résulte que nous obéissons volontairement, non que nous n'obéissions pas. Nous pouvons très bien comprendre qu'il est dans notre nature d'être limités par des forces qui nous sont extérieures ; par suite, accepter librement cette limitation, parce qu'elle est naturelle et bonne, sans qu'elle cesse d'être réelle. Seulement, par le fait de notre consentement éclairé, elle cesse d'être pour nous une humiliation et une servitude* » (1934, p. 85). Ainsi, bien que l'être humain soit limité par des exigences, des lois ou des règles, le fait de les intégrer à sa pensée et de reconnaître leur justesse et leur nécessité ne retire pas à l'homme sa capacité à faire des choix. Comme le formule Xavier Molénat en interprétant les propos de Vincent Descombes, philosophe de l'action : « *Être autonome, ce n'est pas s'inventer, mais être capable de se diriger seul* » (2010). L'autonomie n'est pas le fait de se construire sur notre seule expérience en tentant de fuir les lois, les influences de la société, car nous faisons partie intégrante du monde qui nous entoure et il agit inévitablement sur chacun·e de nous.

Pour résumer ces nombreuses définitions, Le Coadic (2006, pp. 330-331) donne une définition quelque peu simplifiée mais qui permet néanmoins d'obtenir une vision globale de l'autonomie sur laquelle il est possible de s'appuyer pour poursuivre notre réflexion : « *L'autonomie individuelle pourrait être conçue comme la faculté et la capacité concrète pour les individus d'effectuer les choix et de réaliser les actions qui leur importent, en s'appuyant sur leur autoréflexion, sans que des formes de manipulation, de tromperie ou de coercition viennent interférer dans leurs choix et leurs actions.* »

Si nous considérons cette dernière interprétation qui prend en compte la réflexivité inhérente à l'autonomie, il est possible alors de constater que nier l'autonomie par le seul fait qu'une personne pourrait avoir besoin d'aide ou de soutien, sous-entend que nous ne lui

reconnaissons pas sa capacité à faire des choix, décider de ses actions et en anticiper les conséquences positives comme négatives. En d'autres termes qui sont formulés par le Collectif « une société pour tous les âges » (2007, p. 1) : « *comme si la difficulté voire l'impossibilité à faire tout seul les actes essentiels de la vie quotidienne privait du droit et de la capacité à choisir son mode de vie, voire son lieu de vie !* ». Penser de cette manière, reviendrait à considérer la personne par sa déficience sans prendre en compte sa faculté à une certaine autodétermination qui peut être intacte. Cette idée va à l'encontre de ce qui a été exposé précédemment en abordant le Processus de Production du Handicap qui considère qu'une personne est en situation de handicap devant certains obstacles et que des facilitateurs sont présents tant dans ses facteurs personnels que dans son environnement pour les surmonter. Foessel (2011, p. 344) disait à ce sujet : « *Il s'agit de se comporter en être autonome, c'est-à-dire de dépasser par ses seuls moyens les obstacles que l'existence a placés sur la route de chacun* ». Est-ce que la mobilisation de ressources pourrait être considérée comme un moyen propre à chacun de surmonter des obstacles ? Si l'on prend ce parti, alors l'important ne serait pas que la personne doive faire face seule à ses difficultés mais qu'elle puisse avoir accès par elle-même à des ressources lui permettant de le faire. Il est donc question d'attribuer à la personne en situation de handicap une capacité de réflexion et la compétence de faire des choix et prendre des décisions malgré son incapacité à exécuter les démarches par sa seule force. Une personne peut donc être dépendante d'une autre pour la partie pratique du processus sans pour autant lui céder la part de réflexion quant aux démarches et à la finalité, ce qui lui permet de rester autonome dans ses choix.

En tant que professionnel-le-s, il est aussi de notre devoir de nous assurer qu'à chacun-e soit accordée la possibilité de vivre selon son envie, tout en ayant l'opportunité de prendre en considération d'autres options. En effet, il existe, comme le relate Le Coadic (2006), trois voies d'accès à l'autonomie : la reconnaissance de l'Autre ; l'éducation ; et le fait de fonder le droit sur l'individu. En effet, pour échapper à l'hétéronomie, rien ne sert de nier le discours de l'Autre puisque c'est aussi grâce à cet Autre que nous nous construisons. Il s'agit alors d'apprendre à reconnaître la validité de ses propos et d'accepter qu'ils puissent s'intégrer à notre réflexion. Cette démarche de reconnaissance nécessite cependant une certaine maturité qui s'acquiert au travers de l'éducation. Permettre à la personne accompagnée de « *s'autonomiser par rapport à son inconscient ou aux influences et déterminismes qui pèsent sur elle* » (Le Coadic, 2006, p. 336), c'est lui permettre de prendre conscience de son pouvoir de décision malgré les limites et les contraintes de son environnement.

Cette notion d'autonomie est intimement liée à d'autres termes soit par extension soit par opposition qu'il paraît important de définir tels que la dépendance-indépendance, la liberté, la responsabilité ou encore l'autodétermination. En effet, ces thèmes proches peuvent être confondus. Parfois par abus de langage ou par facilité, nous les enfermons sous le terme d'autonomie.

4.1 Les notions relatives à l'autonomie

4.1.1 La dépendance

Pour commencer, la notion de dépendance est directement en opposition à l'indépendance qui est le fait de jouir d'une autonomie totale. Cependant, bien qu'opposée indirectement à l'autonomie, la dépendance peut en être complémentaire. Tout dépend de la définition que nous donnons à l'autonomie. En effet, si nous considérons l'autonomie comme le fait de se diriger seul-e, alors la dépendance à autrui pour une raison quelconque entrave l'autonomie de la personne. Elle ne pourra pas faire ses propres choix seule ou du moins les plus importants seront soumis à l'approbation d'une tierce personne. Le Larousse définit la dépendance comme « *l'état, la situation de quelqu'un, d'un groupe, qui n'a pas son autonomie par rapport à un autre, qui n'est pas libre d'agir à sa guise.* » Nous pouvons constater que le fait d'agir librement qui est une composante intégrante de l'autonomie comme définie précédemment, est ici une partie de définition de la dépendance. Il paraît alors difficile de voir l'autonomie et la dépendance comme complémentaires. Cependant, si nous considérons plutôt une autonomie dans l'activité, c'est-à-dire comme un processus et non plus comme un état, alors nous pouvons considérer que la dépendance à quelqu'un ou quelque chose permet à la personne de mener à bien une activité dans sa globalité. Dans ce cas, une personne dépendante serait plutôt considérée comme « *une personne ayant besoin d'aide dans les actes de la vie quotidienne à cause d'incapacités plus ou moins importantes* » (Collectif "Une société pour tous les âges", 2007). Cette définition met en avant que la dépendance peut varier en fonction des situations : une personne n'est pas dépendante dans toutes les activités ni même pour une activité entière. Tout comme on parle actuellement de situation de handicap, la dépendance peut être momentanée et évoluer positivement ou négativement tout au long de la vie en fonction de son environnement.

4.1.2 L'autodétermination

« *La capacité à agir et à gouverner sa vie, à choisir et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées* », telle est la définition de l'autodétermination donnée par Wehmeyer et Sands en 1996 (Giroud & Ortiz, 2019). Selon ces professeurs, quatre caractéristiques seraient déterminantes pour qualifier un comportement d'autodéterminé.

Premièrement, la personne doit agir de manière autonome, c'est-à-dire qu'elle doit être en mesure de décider et d'assumer son choix sans l'influence d'autrui. Ensuite, son comportement doit être autorégulé. La personne doit donc faire preuve d'un sens critique afin d'analyser son environnement et les possibilités qui lui sont offertes ainsi que les conséquences qui pourraient survenir avant de prendre sa décision. Le troisième critère est « l'empowerment psychologique » qui est un processus par lequel les personnes sont actrices de leur vie. Il puise sa force dans les aspects positifs des personnes ou de leur vie en focalisant surtout sur les solutions, les forces, les droits et les habiletés plutôt que sur les problèmes, les besoins ou les faiblesses. Ce troisième axe implique que l'individu prend conscience du contexte de vie, de sa participation et de ses ressources, ce qui nous mène au dernier aspect selon lequel l'individu agit de manière autoréalisée. En effet, une personne considérée comme

autodéterminée a conscience de ses capacités mais aussi de ses limites et envisages des solutions qui en tiennent compte. Par extension, être autodéterminé-e signifie aussi être capable d'anticiper les conséquences et être prêt-e à les assumer en cas de prise de risque.

D'un point de vue professionnel, « *l'autodétermination doit être très motivante, porteuse* » (AIRHM et la Fondation Ensemble, 2013, p. 4). Il s'agit de fixer des objectifs et de se donner les moyens d'y parvenir. Cependant, il est nécessaire du côté des professionnel-le-s et de la famille, d'accorder notre confiance aux bénéficiaires. En effet, il est fréquent qu'une personne adulte présentant une déficience intellectuelle soit encore sous l'influence familiale et en entrant en institution, elle se retrouve sous une seconde influence qui est celle de l'institution. Il est parfois possible de se heurter à un conflit de loyauté. Entrer dans le processus d'autodétermination c'est aussi s'émanciper et lâcher la main de celles et ceux qui nous accompagnaient jusque-là, le plus souvent, les parents. Il s'agit alors de les accompagner pas à pas, de les soutenir sans les surprotéger. Mais il s'agit aussi de les accompagner vers la non-réalisation et l'acceptation des contraintes imposées par ces limites externes dont il était fait mention précédemment en abordant Durkheim.

4.1.3 La responsabilité

La Fondation Ensemble et l'Association Internationale de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales publient une phrase dans leur compte-rendu qui nous permet d'aborder un autre aspect de l'autonomie, la responsabilité : « *en étant autonome, je suis responsable ; l'un ne va pas sans l'autre* » (AIRHM et la Fondation Ensemble, 2013, p. 2). Si être autonome signifie faire des choix et prendre des décisions, c'est aussi accepter que nous sommes responsables des conséquences que nos choix entraîneront qu'elles soient positives ou négatives. C'est aussi la définition qu'en donne Albert Jacquard en ces termes : « *Être responsable, c'est accepter de supporter personnellement le poids des conséquences de ses actes* » (Agthe Diserens & Vatré, 2003, p. 206). Si nous transposons cette définition dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap, il ne faudrait donc pas simplement laisser la personne choisir parmi son éventail de possibilités. Les répercussions bénéfiques ou néfastes doivent être explicitées à la personne, tout comme la responsabilité qui lui incombe afin qu'elle soit en pleine conscience pour faire un choix éclairé. Cependant, d'importantes questions demeurent sans réponses préalables : Comment juger la capacité d'une personne à effectuer un choix réfléchi malgré sa déficience ? De quelle autre manière pourrions-nous éviter des répercussions négatives sans pour autant brider sa responsabilité ou son autodétermination dans ses choix ? La personne accompagnée est-elle en mesure d'assumer les conséquences de ses choix ? Privilégier l'autonomie et l'autodétermination de la personne en situation de handicap est-ce réellement favoriser son bien-être ? Pouvons-nous, en tant que professionnel-le-s, laisser la personne accompagnée faire son propre choix tout en sachant qu'une meilleure possibilité s'offrait à elle ? En somme, « *Comment concilier le respect de la responsabilité de la personne en situation de handicap et les limites à sa possibilité de les réaliser ?* » (Korff-Sausse, 2005, p. 50)

Pour résumer, en tant qu'éducateur-trice-s nous sommes pris-es entre la « protection » de nos usager-ère-s et l'envie de leur accorder cette responsabilité. Quoiqu'il en soit, nous pouvons considérer au travers des diverses définitions précédemment présentées qu'il ne s'agit pas de

s'affranchir de l'autre. Il ne s'agit pas de s'effacer en tant que professionnel·le pour ne pas influencer le choix de la personne accompagnée, mais il est question de l'accompagner justement à prendre une décision réfléchie. Il faudrait permettre à la personne de se construire autour de ce que son entourage et son environnement est en mesure de lui apporter. Tout comme le mentionne si bien Simone Korff-Sausse, « *l'accès à l'autonomie prend du temps et nécessite le recours à l'autre.* » (2005, p. 51)

5. L'autonomie et l'accompagnement dans le domaine du handicap

Après avoir abordé de manière plus philosophique l'autonomie et les notions qui y sont liées, il serait pertinent de s'intéresser à la littérature concernant les différents axes qui favorisent l'autonomie de la personne. En effet, en tant que travailleurs ou travailleuses sociales, nous sommes indubitablement influencé·e·s par diverses approches, que ce soit à travers nos formations, nos lectures ou nos valeurs. C'est pourquoi, l'accompagnement que nous serions en mesure de proposer ne pourrait être identique. Au travers des ouvrages, diverses manières de concevoir l'autonomie dans la pratique ont retenu mon attention ainsi que divers accompagnements qui tiennent compte des possibles interprétations de la notion d'autonomie.

5.1 Les différents types d'autonomie à prendre en compte dans l'accompagnement

Dans la pratique, il est possible d'aborder l'autonomie de différentes manières. Tout d'abord, l'autonomie psychologique se rapporte aux définitions plus philosophiques données précédemment et à son importance dans la pratique. Ensuite, en s'appuyant sur divers·es auteur·e·s, il sera possible de concevoir différents types d'autonomie, de les mettre en lien et de souligner leur importance. Selon les propos de Collopy (1988, cité dans Bourbeau, 1993), il existe deux types d'autonomie : l'autonomie décisionnelle et l'autonomie exécutionnelle. L'autonomie décisionnelle est l'autonomie décrite dans les chapitres précédents faisant référence à « *la capacité et la liberté de prendre des décisions sans contrainte ou restrictions externe* ». La seconde quant à elle est quelque peu pratique et consiste en « *la capacité et la liberté d'agir pour mettre à exécution ses choix personnels* » (Bourbeau, 1993, p. 7). Collopy (1988, cité dans Bourbeau, 1993) met aussi en évidence la tendance à considérer une personne ayant des difficultés motrices qui entrave son autonomie exécutionnelle, comme une personne « non-autonome ». Cette observation permet de mieux percevoir l'importance de ne pas considérer l'autonomie comme un état mais bien comme une compétence applicable à différents domaines. En effet, une perte de performance physique n'implique pas nécessairement une incapacité décisionnelle. Miller (1985, cité dans Bourbeau, 1993) quant à lui subdivise l'autonomie en termes d'autonomie d'action et d'autonomie de capacité. La première renvoie à la volonté et l'intention d'entreprendre une action en étant authentique, c'est-à-dire que l'acte posé doit correspondre sincèrement à la personne concernée. La seconde notion de l'autonomie se rapproche de la définition de l'autonomie exécutionnelle donnée par Collopy et consiste donc en la capacité d'agir selon son propre jugement. Il ajoute à sa définition la capacité à mobiliser ses ressources pour atteindre ses objectifs (Bourbeau, 1993, pp. 7-8).

D'autres auteur·e-s, tel·le-s que Dubé, mentionnent trois dimensions dans l'autonomie psychologique qui font échos aux précédentes interprétations à savoir la dynamique de l'individu, les capacités et l'intégration sociale (Bourbeau, 1993, pp. 9-10). La première dimension implique que l'autonomie peut être observée sous un aspect cognitif, c'est-à-dire la manière dont la personne se perçoit, sous un aspect émotif qui fait référence à son propre ressenti mais aussi dans la volonté dont l'individu fait preuve pour solliciter ou non ses capacités. La deuxième dimension concerne ses capacités mesurées sur trois niveaux : physiques, cognitives et sociales. Ainsi, les capacités physiques sont l'ensemble des activités de la vie quotidienne que la personne peut effectuer, les capacités cognitives font référence au potentiel intellectuel de l'individu qui peut être mobilisé et les capacités sociales impliquent que la personne a conscience de la responsabilité qui lui incombe, des limites et possibilités de son environnement et qu'elle en tient compte dans sa prise de décision. Nous pouvons remarquer que, dans les diverses définitions proposées, résident toujours un aspect réflexif et un aspect de mise en œuvre des décisions par les personnes concernées. Dans ces diverses définitions, nous pouvons concevoir la complémentarité de ces diverses facettes de l'autonomie. Cependant, bien que complémentaires, l'une ou l'autre de ces dimensions peut continuer d'exister seule.

S'il est si important de reconnaître à l'autonomie ses diverses dimensions, c'est qu'il faudrait être en mesure de tenir compte de toutes ces variables pour offrir un accompagnement le plus proche des besoins de la personne. Comme le mentionnent plusieurs théoricien·ne-s, l'environnement social (intervenant·e-s, accompagnant·e-s et famille) peut entraver le maintien de l'autonomie de la personne, notamment par un accompagnement ou un suivi trop protecteur ou « aidant ». En souhaitant accompagner la personne de la meilleure manière, nous pourrions être amené·e-s à décider pour elle. Ce faisant, nous lui retirons une partie du contrôle qu'elle pourrait exercer sur sa vie. Malgré la bonne intention, cette manière de procéder pourrait laisser croire à la personne qu'elle n'est pas apte à prendre des décisions et qu'elle a besoin de l'aide d'une tierce personne dans son quotidien. Cependant, il est possible de remédier à une telle situation, simplement en prenant en compte l'avis de la personne, même si ce n'est que dans le choix vestimentaire ou le choix d'activité.

Considérer l'autonomie à travers ces diverses dimensions et non pas comme un état rejoint la conception du handicap au travers du processus de production du handicap. En effet, l'un comme l'autre doivent être perçus comme étant situationnels et non pas comme une constante. Tout comme les facteurs environnementaux sont intégrés dans le processus de production du handicap, ils peuvent l'être dans l'autonomie. Dans ce dernier cas, il est possible de mettre en avant des facteurs qui permettent de développer des stratégies de compensation afin d'éviter qu'une situation potentiellement handicapante, le devienne ou se renforce. Il est alors possible de reconnaître l'importance que la personne concernée soit en mesure de mettre en place ces stratégies mais aussi l'importance qu'elle accepte d'y avoir recours si besoin. Tout comme l'adaptation et la compassion du milieu de vie qui font partie des facteurs environnementaux, participent au développement de ces stratégies. (Bourbeau, 1993, p. 42)

Un dernier point à considérer dans l'évaluation de l'autonomie des personnes accompagnées est la différence entre les aptitudes et la performance. En effet, il est possible d'évaluer les capacités d'une personne sur ce qu'elle démontre dans la pratique. Cependant, il est fort

possible que ses aptitudes soient bien plus développées qu'envisagé et les compétences de la personne accompagnée sous-estimées. C'est pourquoi, il est important de questionner dans chaque contexte le potentiel et les difficultés d'une personne afin de ne pas se méprendre sur ses ressources, ce qui peut influencer l'autonomie octroyée.

5.2 Différents accompagnements transposables dans le travail social

Maela Paul dans son ouvrage « L'accompagnement : une nébuleuse » (Paul, 2002) met en avant diverses pratiques d'accompagnement telles que le conseil, le tutorat ou encore l'idée d'éducation (mentoring). Dans chacune de ces approches, les professionnel-le-s peuvent agir dans des situations ou des processus définis entre elles-eux et la personne concernée. Si nous souhaitons faire un lien avec le handicap, il semblerait évident qu'étant donné que nous abordons ces accompagnements de manières « ponctuelle », le handicap soit bel et bien considéré en termes de situation et non comme un état, immuable et insurmontable. Elles permettent donc aux professionnel-le-s d'adopter une posture qui accorde une certaine forme d'autonomie à la personne concernée. En effet, l'idée sous-jacente de ces approches est réellement d'accompagner la personne dans un processus d'autonomisation.

5.2.1 Le conseil

Pour commencer, le conseil consiste à « *accompagner une personne dans une délibération préparant une conduite à tenir dans une situation problème* » (Paul, 2002, p. 45). Il diffère cependant de la consultance comme il sera possible de le constater par la suite. Bien qu'auparavant les consultant-e-s étaient défini-e-s comme des expert-e-s à qui une situation problématique était exposée et desquel-le-s on attendait un conseil, au fil du temps, cette définition a quelque peu changé. Comme l'explique Maela Paul : « *Aujourd'hui, la consultance implique la nécessaire conjugaison de ces deux modalités. Elle ne se centre ni sur la personne ni sur l'intersubjectif mais opère un déplacement « de la personne-isolat à son réseau constituant » et à tous ses niveaux d'interaction sociale* » (2002, p. 46). La relation d'aide qui pouvait alors transparaître au travers des conseils donnés se transforme en une relation qui tend à la restauration du pouvoir d'agir car elle n'implique plus seulement une résolution du problème mais bien des changements tant dans la capacité d'action que dans le comportement ou même la relation. C'est désormais un réel processus qui s'inscrit dans la durée avec des méthodes et des outils qui peuvent être mis en place dans l'écoute et l'accueil de ce qui se joue dans la situation. Il est alors possible de remarquer qu'au travers de ces changements, la personne qui fait appel à un-e consultant-e se voit octroyer une place plus importante dans le processus et n'est pas en attente de réponse, mais la co-construit avec la-le consultant-e.

Il est possible de concevoir cet accompagnement en lien avec la théorie du développement du pouvoir d'agir souvent évoquée dans le domaine du Travail Social ces dernières années. En effet, elle considère que « *l'intervenant, assumant prioritairement la fonction d'agent de changement, cherche à contribuer concrètement à ce que les personnes mènent à bien un projet qui compte pour elles, à recréer un mouvement là où il y a un blocage à élargir le monde des possibles des personnes qui perçoivent leur situation comme une impasse.* » (Vallerie & Le Bossé, 2006). Ces deux approches considèrent alors que l'intervenant-e ou la-le

consultant·e prend part au processus de changement mais accorde le choix du projet à la personne concernée et l'écoute afin de proposer des solutions adaptées à ses besoins. Pour reprendre un terme précédemment utilisé, le fait d'accorder ce choix à la personne concernée, sous-entend que l'intervenant·e lui reconnaît une autonomie décisionnelle.

5.2.2 *Le tutorat*

Ensuite, un autre type d'accompagnement qui peut être proposé est un accompagnement basé sur le tutorat. Le tutorat est initialement considéré comme une « *relation entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail et comme élément d'un dispositif visant à rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice.* » (Paul, 2002, p. 47). Dans cette optique de valoriser un modèle et de concevoir la formation au travers de la transmission comme source principale d'accès au savoir, une relation asymétrique peut être constatée : une personne détient le savoir et l'autre personne est en attente du partage de ce savoir.

Le tutorat avait deux fonctions principales : la socialisation et la formation. D'une part, les aîné·e·s permettaient de construire une identité professionnelle au travers de l'identification. D'autre part, cela permettait de transmettre les pratiques professionnelles, de former sur ce qu'on appelle, la pédagogie de l'incident. (Paul, 2002) Le problème rencontré était alors utilisé comme base afin de construire les compétences transmises par l'aîné·e. L'apprenant·e n'avait que peu de possibilité dans la manière de changer son comportement ou de trouver des solutions puisqu'elle ou il devait se contenter d'imiter un modèle.

À présent, le tuteur a une fonction de « facilitateur », c'est-à-dire qu'elle ou il amène la personne à se former au travers d'expériences mais ne lui transmet pas de modèle à copier. Elle ou il l'encourage à analyser et comprendre la situation. La relation de type verticale qui pouvait transparaître au début tend à s'horizontaliser dans une optique de partenariat.

Dans le domaine du Travail Social, il est possible de s'approcher de cette première dynamique, donner les solutions au détriment de la co-construction d'autres solutions avec la personne concernée. Le travailleur ou la travailleuse sociale se trouve alors dans une posture de savant·e, considérant qu'il ou elle détient le savoir et, pensant bien faire, le déverse sans tenir compte les connaissances de l'autre. La personne ayant fait appel à ce·tte professionnel·le se trouve alors passive dans la résolution de son problème, limitée dans ses possibles actions et dans sa participation. La personne est alors bridée dans divers aspects de l'autonomie tels que l'autonomie d'action qui avait été mentionnée précédemment en paraphrasant Miller (Bourbeau, 1993). A l'inverse, co-construire avec la personne, lui permettre de trouver des solutions qui lui correspondent et qu'elle change son comportement pour agir, c'est lui accorder cette autonomie d'action.

5.2.3 *Le mentoring*

Si le modèle qui vient d'être présenté est plutôt axé sur le savoir-faire, le mentoring, relève lui d'une approche centrée sur le savoir-être. Il y a trois phases dans ce dernier modèle qui peuvent être relevées. Premièrement, l'investissement affectif réciproque qui permet de créer une relation presque fusionnelle qui conditionnera par la suite le modeling, ou apprentissage par imitation. La deuxième est une phase de changements tant dans les attitudes que dans

les compétences. Ces nouveautés feront émerger une symétrie dans la relation qui permettra de se détacher de la fusion initiale. La troisième phase met un terme au processus, l'objectif est considéré comme atteint puisque la personne peut continuer son chemin seule.

Dans cette dernière approche, la relation se construit dans l'interdépendance et l'autonomie dans le but d'être passagère. Ce modèle peut être transposé dans le domaine du travail social. Les personnes en situation de handicap peuvent être plus ou moins dépendantes de l'accompagnant·e, puis au fil du temps, la personne acquiert des compétences et des ressources supplémentaires. Dans cette démarche, on valorise l'autonomie de capacité, c'est-à-dire, que la personne doit s'émanciper de la relation pour ensuite agir par son propre jugement et mobiliser les ressources qui lui seront nécessaires. L'idée d'éducation (mentoring) qui se base sur le fait qu'un individu se développe uniquement lorsqu'il est en contact avec des pairs fait écho à la définition de Vincent Descombes concernant le développement de l'autonomie qui la définit par « *une possibilité qui ne s'offre qu'à l'homme social* » (Fourré, 2005, p. 134) c'est-à-dire qu'avant de pouvoir agir par lui-même, l'homme doit faire partie d'un contexte social et ne peut s'inventer seul.

5.3 Une approche centrée sur la personne pour permettre l'émergence de l'autonomie

L'approche centrée sur la personne peut faire référence à la psychologie humaniste et peut également être traitée sous les noms tels que psychologie positive et Positive Behavior Support. Bien que les derniers termes soient plus spécifiquement liés respectivement à la psychologie et au domaine scolaire, ces approches ont toutes la même intention : développer les qualités, le potentiel et les habiletés de chacun·e pour remédier à la situation problématique et permettre d'adopter de nouveaux comportements. Cette approche se différencie de l'approche traditionnelle que Dambrun définit ainsi : « *L'approche traditionnelle offre pour principale perspective d'avenir la correction des insuffisances, des défauts* » (2012, p. 17). En effet, une partie des approches se concentrent sur les difficultés et les manques afin d'apporter une solution pour les combler. Dans ce courant, la personne est au centre et non le « problème ». L'interprétation de l'expérience vécue par la personne concernée est également un des éléments importants à prendre en compte. Elle s'intéresse donc au potentiel de changement de la personne et va lui permettre de développer ses ressources et encourager l'émergence de nouvelles compétences. Un autre aspect intéressant est qu'elle permet à la personne concernée d'être libre et lui octroie la capacité de choisir sa manière d'être. (Wilkins & Priels, 2013) Ce dernier point fait référence à l'autonomie exécutionnelle déjà mentionnée précédemment et qui correspond à la possibilité et la capacité de faire des choix et d'agir en conséquence. De plus, le site de l'Institut de Focusing d'Europe Francophone définit cette approche de la manière suivante : « *Le processus d'autonomisation, vu sous l'angle de l'actualisation d'un possible, va dans le sens de la croissance et de l'épanouissement de la personne à partir de l'exploitation du potentiel de situation* » (IFEf, s.d.). Reconnaître à la personne une certaine légitimité dans la connaissance de son expérience et de la connaissance d'elle-même pour entreprendre un changement la rendrait donc, d'une certaine manière, autonome.

5.4 Se (re)connecter à l'environnement pour gagner en autonomie

L'approche Affolter est le dernier concept d'accompagnement abordé dans ce travail. Développée par la Docteure Félicie Affolter dans les années 1970, cette méthode se base sur le postulat que l'enfant se développe en ressentant son interaction avec l'environnement, d'où l'importance des informations tactiles. Le but de cette méthode est donc d'expérimenter ce canal tactile, qui a pu être sous-stimulé, en utilisant la guidance.

Dans la continuité d'une réflexion plus pratique autour de l'autonomie et en considérant les compétences et les difficultés des personnes en situation de handicap, il est intéressant d'observer sur quels axes du Processus de Production du Handicap cette méthode agit. En effet, bien que les résultats de cette méthode puissent impacter divers domaines à travers la résolution de problèmes de la vie quotidienne, la pratique se fait uniquement en travaillant sur le corps afin de réajuster l'interaction entre la personne et son environnement grâce au système tactilo-kinesthésique (le « toucher »). Elle permet de passer par un autre canal de communication, l'intégration de l'information par le geste. En s'intéressant au PPH, il est possible de définir que la méthode Affolter se concentre principalement sur les aptitudes (intellectuelles, comportementales, motrices, reliées aux sens et à la perception) faisant partie de l'axe des facteurs personnels. Ces situations sont des activités courantes qui font référence à l'axe des habitudes de vie où les interactions au « voisinage direct et/ou indirect » sont travaillées. (Affolter, 1991, p. 10). De ce fait : « *Etant guidé, l'enfant ressent les activités et les liens entre lui et son environnement ou lui et les objets qu'il utilise. Comme ce ressenti lui appartient, il pourra reproduire les gestes à son aise lorsque la situation se reproduira* » (Seric Ergothérapie SA, s.d.). Il est possible ici de se référer à une autonomie qui serait plus dans l'ordre d'être en mesure d'effectuer seul·e des tâches dans le quotidien. Le ou la professionnel·le serait donc un facilitateur entre la personne accompagnée et son environnement dans l'objectif de lui permettre d'intégrer certaines pratiques, toujours en développant la compréhension de son environnement par la guidance, pour atteindre une autonomie qui se veut cette fois très pratique.

Les différents accompagnements présentés, une fois reliés à l'autonomie, permettent de mieux comprendre les possibilités qu'ont les travailleurs et travailleuses sociales pour favoriser l'autonomie des personnes accompagnées. Il est aussi possible de constater que l'autonomie ayant diverses définitions, elle peut être développée et maintenue au travers de pratiques différentes selon le but et l'autonomie visés. Pour terminer, le fait d'avoir développé l'évolution de la notion de handicap et le modèle de processus de production du handicap, permettra de mieux comprendre les éléments abordés dans l'analyse des données.

III. PROBLÉMATIQUE

Le cadre théorique développé permet d'étayer la problématique à l'origine de cette recherche. J'ai décidé d'aborder les thèmes du handicap, de l'autonomie et des différentes possibilités d'accompagnement car j'ai pu observer au travers de mes expériences professionnelles que l'on tend en tant qu'éducateurs et éducatrices sociales à développer ou maintenir l'autonomie. Il me paraissait cependant intéressant de commencer par retracer l'évolution de la notion de handicap puisque le travail porte certes sur l'autonomie mais au travers de l'accompagnement de personnes en situation de handicap. Concernant l'autonomie, il semblerait que cette notion soit sujette à diverses interprétations. Il était donc nécessaire de définir l'autonomie car comme il a été démontré, selon les domaines et les recherches, elle peut prendre diverses formes, être évaluée de différentes manières et sur divers critères. Je fais référence ici à l'autonomie fonctionnelle, l'autonomie décisionnelle, l'autonomie exécutionnelle, l'autonomie d'action ou encore l'autonomie de capacité.

6. Le problème de recherche

Dans le domaine du travail social, l'autonomie est également un terme souvent utilisé mais plus précisément en évoquant les valeurs ou les missions des institutions ainsi que l'intervention des professionnel-le-s. En consultant les sites internet de diverses institutions sociales telles que le Centre médico-social La Castalie (s.d.), l'Institut Notre-Dame de Lourdes (s.d.), la Fondation Emera (s.d.) ou encore celui de la Fondation Foyers Valais de Cœur (s.d.), il est possible de remarquer qu'une grande partie d'entre elles mentionne l'acquisition, le maintien ou le respect de l'autonomie comme élément important de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Cependant, aucune ne décrit précisément les manières d'y parvenir. Il est donc intéressant de connaître les critères sur lesquels l'autonomie des personnes est évaluée et comment celle-ci est favorisée.

6.1 Question de recherche et hypothèses

La question de recherche est la suivante : **Comment les éducateur-trices-s sociales accompagnent-ils et elles une personne en situation de handicap vers l'autonomie ?**

La première hypothèse proposée est celle-ci : **Il est possible d'accompagner une personne en situation de handicap vers l'autonomie en tenant compte des différentes définitions.** En effet, l'autonomie est très largement mise en avant dans les institutions mais également abordée dans les Hautes Écoles de Travail Social, soit au travers de cours théorique au sein de la formation, soit au travers de formations courtes dans le domaine handicap. Ces connaissances doivent donc se retrouver dans la pratique professionnelle.

Ma seconde hypothèse est la suivante : **Les mesures d'accompagnement proposées s'appuient sur cette précédente analyse en lien avec le PPH et visent l'acquisition ou le renforcement de l'autonomie.** En effet, si nous nous basons sur ce modèle, nous serions en mesure de mettre en lumière les obstacles et les facilitateurs de la personne concernée pour ensuite en tenir compte dans l'accompagnement.

IV. PARTIE EMPIRIQUE

7. Méthodologie

Dans ce travail j'ai réalisé des entretiens dans le but d'identifier les différentes manières d'accompagner un·e jeune ou un·e adulte. Les professionnel·le·s ont également été questionné·e·s sur la notion d'autonomie et la place qui lui est attribuée dans l'accompagnement. Pour terminer, la notion de norme a également été interrogée pour comprendre son influence dans le travail social. Le but final étant de confronter mes hypothèses aux expériences du terrain.

L'entretien s'est déroulé en deux étapes. Tout d'abord, les personnes volontaires ont lu une vignette fictive (en annexe), rédigée en amont et qui reprenait une situation qui produisait du handicap par des facteurs personnels, des facteurs environnementaux et des habitudes de vie. Ensuite, nous avons échangé sur des éléments précis de la vignette, puis j'ai amené le thème de l'autonomie.

7.1 Présentation du terrain de recherche et de l'échantillon

J'ai effectué mes entretiens dans une institution très active dans le champ du handicap. Cette institution est basée en Suisse romande et accueille des personnes en situation de handicap avec des déficiences très variées. Dans l'accompagnement proposé, l'accent est porté sur la relation et la rencontre avec les bénéficiaires.

Les personnes interrogées étaient deux éducateurs ou éducatrices sociales ainsi qu'un·e assistant ou assistante socio-éducative qui travaillent dans la même institution. Il y avait un homme et deux femmes avec des expériences variables en termes de durée, cependant je n'ai pas tenu compte de ces facteurs dans l'analyse. En revanche, il est intéressant de relever qu'une des personnes interrogées avait une formation plus poussée et s'était déjà intéressée au modèle du PPH.

7.2 Outil de récolte de données

J'ai récolté ces données au travers d'entretiens semi-directifs dans le courant du mois d'avril 2019. Ces entretiens sont basés sur une vignette clinique. Il était important que les personnes interrogées puissent se prononcer sur une seule et même situation qui recouvrait les différents axes du PPH, avec un certain nombre de tensions entre ceux-ci. Cette vignette me permettait également d'observer quel(s) axe(s) de ce modèle la pratique professionnelle valorisait. Ensuite, une série de questions était posée en fonction des différents axes du PPH, de l'autonomie et de la norme, me permettant d'aborder sous différents angles la situation.

7.3 But de la démarche

La vignette devait me permettre de déceler quels aspects du PPH étaient pris en compte, comment les professionnel-le-s analysaient cette situation, quels facilitateurs ou obstacles étaient relevés et finalement, est-ce que ce modèle était utilisé comme outil d'analyse. Ensuite, les questions posées allaient permettre d'aborder plus en profondeur la situation, mais aussi d'avoir une vue d'ensemble sur les différents éléments qui sont pris en compte dans l'accompagnement. Je fais ici référence aux représentations de l'autonomie et à la norme. Puis, en fonction de la récolte de données et de l'analyse, je confronterais mes hypothèses.

Pour des raisons d'anonymat, les codes TS1, TS2, et TS3 sont utilisés afin de désigner les professionnel-le-s interrogé-e-s. De plus, le genre de chacune des personnes n'étant pas nécessaire dans l'analyse des données, ils ne sont pas mentionnés. Les verbatims sont donc écrits en langage épïcène.

8. Présentation des résultats

Dans le cadre de cette analyse, la formation des personnes interrogées me semblait dans un premier temps intéressante afin de pouvoir comparer si elle pouvait influencer ou non la perception que nous avons du travail social, de notre rôle en tant que professionnel-le ou de la considération que nous avons pour la personne en situation de handicap. Deux raisons ont fait que l'idée d'ajouter cette variable dans l'analyse des entretiens a été abandonnée. Premièrement, l'échantillon disponible n'était pas suffisamment grand afin d'émettre des hypothèses quant à cette supposée influence. En second lieu, en rédigeant la grille d'entretien, il est apparu que cette information était futile car nos conceptions peuvent évidemment être liée à nos formations, mais il aurait été difficile de déceler les influences de la formation de celles du parcours professionnel, de l'environnement institutionnel actuel ou encore de la subjectivité qu'il peut y avoir lorsque l'on aborde l'autonomie et ses représentations. Comme évoqué précédemment, la vignette présentée a été conçue pour mettre en scène différents facteurs basés sur le modèle de Processus de Production du Handicap. La situation concerne donc le projet d'un jeune homme, Sam², qui présente un retard mental, une légère paralysie de la jambe gauche et qui rencontre quelques difficultés au niveau de sa motricité fine. Il est cependant très volontaire dans les activités qu'il doit entreprendre.

Les données ont été analysées au travers du modèle du PPH qui est une thématique importante de mon travail. Il était donc indispensable d'en faire ressortir des éléments lors des entretiens. Pour rappel, ce modèle proposé par Fougeyrollas en 2010 (RIPPH, 2018), considère que dans chaque situation vécue, il y a des facteurs de risque et des facteurs de protection ainsi que des facilitateurs ou des obstacles qui se retrouvent dans les différents axes du modèle précédemment cités, et qui engendre ou non une situation de handicap.

Avant de poser des questions ciblées et en lien avec le modèle du PPH, j'ai demandé aux personnes interrogées dans quels buts ou objectifs un tel projet avait pu être mis en place, les professionnel-le-s ont évoqué l'autonomie mais ont également relevé l'aspect valorisant du projet :

² Nom d'emprunt

« Pour l'autonomie. Qu'il soit plus autonome. La capacité aussi peut-être à se déplacer comme il a apparemment des difficultés quand il marche... C'est aussi quelque chose de valorisant de préparer un repas pour tout un groupe. » (TS1)

« Travailler autour de son autonomie dans la préparation des repas. C'est de A à Z. Ça travaille aussi en fin de compte sa mobilité, sa motricité dans les petits gestes de découpage, de préparation. Et puis, dans le renforcement positif de ses capacités, de ses compétences malgré les difficultés qu'il rencontre. » (TS2)

« Non seulement ça le valorise mais aussi ça prépare les objectifs que les éducateurs ont dû poser pour aider Sam... Il est fier de faire cette activité-là. Et aussi, ça travaille sa motricité fine. Ça lui permet d'appréhender son environnement lorsqu'il doit peut-être aller en dehors, au magasin, de l'institution au magasin, pour pouvoir faire des achats. Ça lui permet de pouvoir s'adapter à son environnement en fonction de comment il est, de son problème. Pour moi, ça lui permet aussi peut-être d'être plus autonome. » (TS3)

8.1 Les facteurs personnels

Dans un premier temps, mes interlocuteur·trice·s ont été questionné·e·s sur les facteurs personnels en faisant référence à des éléments précis de la situation. Il me paraissait intéressant de connaître l'importance donnée à ces facteurs qui sont inhérents à la personne.

8.1.1 Les facteurs identitaires

Tout d'abord, les questions étaient orientées sur les facteurs identitaires. C'est-à-dire sur tout ce qui est propre à l'individu et à son histoire de vie. Parmi ces facteurs, il est également possible de prendre en compte les valeurs, les préférences de la personne et ses objectifs de vie.

En abordant le diagnostic de Sam, il leur était demandé s'il pouvait être considéré comme un obstacle dans le déroulement de l'activité. Un·e professionnel·le s'est arrêté sur le terme utilisé : *« Un obstacle, on va dire oui et non parce que... On peut pas être à 100% oui ou 100% non dans le sens où... c'est une faiblesse on va dire [...] À priori ça peut être considéré comme un problème en fait, mais quelque part, ce n'est pas un problème » (TS3)*. Une autre des réponses était plutôt nuancée : *« Ça peut, en plus c'est souligné qu'il lui faut plus de temps qu'une personne « valide » de par ce genre de handicap. Mais après, c'est comment on peut travailler autour de ces obstacles et lui faciliter la tâche mais tout en travaillant avec lui » (TS2)*. Il semble que l'attention est peu portée sur le diagnostic, ce qui est mis en avant dans cette intervention, c'est la manière de composer avec cette déficience. La dernière personne interrogée est plus catégorique dans ces propos, en affirmant que ce n'est pas un obstacle, cependant, des répercussions sont tout de mêmes présentes : *« Pour moi non... Je pense pas que ça amène des difficultés, ça prend juste plus de temps. » (TS1)*

Une seconde question leur a été posée concernant les facteurs identitaires, plus précisément sur la place de la personne en situation de handicap dans les décisions concernant son projet de vie. La problématique dans la situation présentée était que le timing n'était pas respecté et

que cela engendrait des tensions au sein du groupe de vie. L'équipe éducative réfléchissait sur le fait de maintenir ou non le projet. La question relative à cette problématique visait à montrer l'importance de l'avis et de la motivation de Sam dans la situation et la considération de ces éléments dans la prise de décision. Toutes et tous ont accordé une grande importance à l'implication de Sam dans ce projet : « *C'est très important... Je suis vraiment partisan-e de prendre l'avis de la personne et de co-construire avec elle* » (TS2). Une autre personne se réfère à différents concepts d'accompagnement pour faire valoir cette importance : « *On parle de l'autodétermination, de l'empowerment, toutes ces notions-là sont en plein dans cette question à mon sens parce qu'on doit intégrer la personne qu'on accompagne dans le choix, dans ses choix de vie. S'il est capable de donner son avis, on doit faire le maximum pour que son avis soit pris en considération* » (TS3).

Un second élément pris en compte dans tous les discours est la motivation de la personne concernée. Selon ces professionnel-le-s, si la motivation est présente, il faut alors aménager l'activité pour qu'elle soit maintenue : « *Il est preneur, on voit qu'il est motivé, et il prend du plaisir à faire ça. S'il a envie de faire et s'il est valorisé par rapport à cette activité-là, je pense qu'il faut plutôt trouver des moyens d'accompagnement qui font que l'activité puisse continuer dans de meilleures conditions* » (TS3) ; « *Et puis, si malheureusement on ne doit pas maintenir parce que c'est beaucoup trop complexe, on va modifier un peu pour que ce soit confortable pour tous. C'est une co-construction, je ne serai pas pour le casser dans sa motivation, il faut valoriser.* » (TS2)

8.1.2 Le système organique

Le système organique fait référence à l'intégrité et la déficience, c'est-à-dire aux différents systèmes du corps : endocrinien, musculaire, squelettique, nerveux, respiratoire, etc. Dans le cas présenté, la déficience fait référence à sa paralysie de la jambe. Bien que chacun-e considère la situation de handicap selon sa propre sensibilité, toutes et tous ont envisagé une intervention en tenant compte des difficultés et des risques engendrés par la déficience. L'un-e sous un angle plutôt sécuritaire (dangers lors de déplacement seul ou météo changeante) en proposant un accompagnement sans pour autant enlever cette difficulté, les autres sous l'angle de gain de temps en proposant un véhicule : « *J'attends dans la voiture, il fait ses courses comme d'habitude, puis il revient dans la voiture et je le ramène.* » (TS1) ; « *C'est vraiment axé sur cette perte de temps qui génère des tensions.* » (TS2)

8.1.3 Les aptitudes

Les aptitudes sont définies selon le concept du MDP-PPH comme étant « *la possibilité pour une personne d'accomplir une activité physique ou mentale* » (RIPPH, 2019). Les termes de capacité et d'incapacité sont alors utilisés. Dix catégories composent les aptitudes dont celles reliées aux activités intellectuelles, au langage, aux activités motrices et aux comportements. Il est important de préciser que la capacité partielle ou totale de l'activité est avérée même si cela implique une aide technique ou humaine. Les réflexions quant aux comportements seront rapportés ultérieurement sous l'angle des stratégies d'adaptation.

a) Activités intellectuelles

Pour commencer, Les aptitudes de Sam sont interrogées en évoquant le potentiel besoin d'adaptation. Dans ce contexte, elles sont reliées aux activités intellectuelles (compréhension, lecture...) et les interlocuteur·trice·s en sont informé·e·s. Les avis sont partagés concernant le niveau de compréhension. Si pour l'une des personnes interrogées, la recette est comprise : *« Je pense que la recette, il la comprend, parce que s'il la note lui et qu'il va la chercher »* (TS1), pour un·e autre professionnel·le, un accompagnement pourrait être proposé à ce niveau : *« Je prendrai un temps avant pour déchiffrer la recette qu'il puisse bien comprendre ce qu'il faut faire, comprendre les étapes, réécrire avec lui dans quelque chose de plus facile ou pas, selon ses besoins toujours... »* (TS2). Concernant la lecture, les propositions sont différentes, bien qu'elles pointent toutes deux des difficultés. D'une part des photos sont proposées afin de faciliter le choix des ingrédients, et de l'autre, l'écriture est adaptée en fonction des besoins de la personne concernée.

b) Motricité fine

Concernant sa motricité fine lors de l'activité cuisine, un·e professionnel·le se positionnerait comme une aide, en étant à disposition mais sans imposer sa présence : *« Après, d'être plus en retrait, mais de le coacher, voir s'il a de la difficulté, évaluer s'il a beaucoup plus de difficulté à couper »* (TS2). Ici, le terme à relever est celui de « coach », cette personne qui conseille afin de permettre à l'autre d'utiliser aux mieux ses compétences (Larousse, s.d.). C'est une approche qui ne demande aucun appareillage mais plutôt une implication différente de l'éducateur dans l'accompagnement de la personne. Un·e deuxième professionnel·le relève l'importance du ressenti que peut avoir la personne en effectuant ces tâches et passe en arrière-plan les moyens utilisés ou le résultat obtenu : *« Parce qu'au final le but c'est quoi ? Qu'il s'épanouisse dans ce qu'il fait, pas qu'il puisse couper la tomate de manière tranchée comme un grand chef. Et s'il coupe la tomate avec un moyen auxiliaire, pour lui il a coupé une tomate, il est fier et c'est tout ce qui est important »* (TS3). La dernière intervention qui est la suivante, tient compte de l'envie de la personne concernée dans un souci de ne pas lui imposer des choix qui ne sont pas les siens : *« Certainement qu'il y a des difficultés comme couper l'oignon, la motricité fine, ça doit pêcher et être frustrant... Je lui proposerais et puis c'est lui qui accepte ou pas. Je veux pas lui imposer ça parce qu'au final c'est lui qui prépare à manger. [...] Le but c'est pas de le mettre en échec ou en situation comment tu dis, pas d'infériorité, mais du coup tu serais plus d'égal à égal, pour moi. Toujours lui proposer. »* (TS1)

8.2 Les facteurs environnementaux

Pour rappel, *« le facteur environnemental est une dimension sociale ou physique qui détermine l'organisation et le contexte d'une société »* (RIPPH, 2019). Chacun d'eux peut être relié à trois contextes différents : micro (personnel), meso (communautaire) et macro (sociétal). Dans chacun d'eux, il est possible de retrouver respectivement des facilitateurs ou des obstacles qui sont considérés, lorsqu'ils sont en interaction avec les facteurs personnels, respectivement comme permettant la réalisation des habitudes de vie ou comme entravant la réalisation des habitudes de vie.

Lors des entretiens, le modèle n'ayant pas été présenté pour ne pas influencer les éventuelles réponses, il était plus aisé de questionner les interlocuteur·trice·s à partir des contextes plutôt que des dimensions. C'est pourquoi les réponses seront présentées selon cette répartition.

8.2.1 Les facteurs environnementaux - Microsocial

Dans le contexte micro, ce sont tous les obstacles ou les facilitateurs qui peuvent être liés à la personne. Dans le cas présenté, les différents aspects questionnés étaient : le fait d'être seul pour réaliser l'activité (organisation), le temps à disposition, la motivation, l'expérience, les stratégies d'adaptation et le sentiment d'auto-efficacité. Certains facteurs ont été abordés précédemment dans d'autres catégories, c'est pourquoi seuls les facteurs concernant les stratégies d'adaptation, le sentiment d'auto-efficacité et l'expérience sont abordés. Concernant le temps à disposition, il n'a pas été questionné en soi car il a été volontairement indiqué dans la situation comme étant un obstacle pour Sam.

a) L'organisation et les stratégies d'adaptation

Dans l'organisation, le fait d'être seul pour réaliser l'activité peut être un obstacle, personne ne l'a clairement évoqué mais plusieurs interlocuteur·trice·s ont envisagé un accompagnement à différents moments dont certains ont probablement été évoqués précédemment. Premièrement, pour faciliter l'organisation, une intervention concernant la mise en place de l'activité est suggérée : « *Et puis peut être lui dire avant "ok tu fais des spaghetti bolo, t'as besoin de quoi ?" et qu'il prépare tout ce qu'il a besoin dans une caisse comme ça, il s'embête pas à tourner en rond ou chercher* » (TS1). Ensuite, dans le cadre de la préparation de la liste de courses l'utilisation d'un ordinateur ainsi que des photos permettent de visualiser les aliments nécessaires : « *Ce qui peut être envisageable, c'est d'aller avec lui, de lui montrer sur internet. Si tu fais des lasagnes, tu peux regarder sur le site les produits que tu veux et imprimer les produits que tu veux* » (TS1). Ici, on relève l'importance de structurer l'activité et la volonté de clarifier un maximum les étapes afin qu'il soit en mesure d'entreprendre ensuite les démarches avec un minimum d'aide et d'intervention des professionnel·le·s.

Concernant les stratégies d'adaptation, bien que le terme ne fût pas évoqué, il est possible de retrouver au travers des discours des professionnel·le·s l'obstacle que peut représenter l'absence de ces stratégies. En effet, les professionnel·le·s ont émis des doutes concernant cette capacité : « *[En parlant des photos des aliments] Mais après s'il n'y a pas exactement la même, est-ce qu'il serait capable de prendre autre chose... ?* » (TS1). En effet, la sensibilité des personnes quant aux difficultés et également à prendre en considération selon cet·te interlocuteur·trice : « *Il a ses habitudes, mais lorsqu'il revient, ils ont modifié l'emplacement. Ça peut le mettre en échec. [...] La sensibilité n'est pas la même qu'avec nous. Eux n'ont pas forcément la capacité de penser comme ça et nous en tant que professionnel·le on doit être là pour pouvoir rattraper à ce moment-là, pour que ça ne parte pas en vrille* » (TS3). C'est pourquoi, un·e professionnel·le partageant cet avis a également envisagé un accompagnement discret à ce moment-là afin d'être en mesure de soulager la difficulté. « *Justement avant je disais, peut-être être là, mais en retrait. Juste le guider mais sans faire à sa place, juste lui donner des petites impulsions. [...] Ça peut aussi l'angoisser lui, s'il ne se retrouve pas dans le magasin, s'il ne trouve pas l'ingrédient comme il a envie...* » (TS2).

b) Le sentiment d'auto-efficacité

Le sentiment d'auto-efficacité, c'est-à-dire la croyance qu'a un individu en ses capacités à réaliser une tâche, n'a pas été questionnée directement mais l'importance pour les professionnel-le-s de ne pas détériorer ce sentiment apparaît au travers de leurs réponses : *« Je pense qu'on peut l'accompagner pour certaines choses mais toujours à voir que lui ne se sente pas en échec et inférieur »* (TS1). Plus tard dans l'entretien, en évoquant une des possibilités selon laquelle l'activité pourrait être abandonnée par faute de temps, la personne interrogée a répondu de la sorte : *« Si tu lui dis "Ecoute t'as pas le temps". Ça doit être horrible les répercussions qu'il y a. Il peut se dire qu'il est nul, qu'il sert à rien... Du coup, il pourrait ne plus avoir envie de rien faire »* (TS1).

Pour un-e autre professionnel-le, le projet mis en place ne doit pas dégrader ce sentiment chez la personne concernée : *« On doit personnaliser l'accompagnement, ne pas lui poser des objectifs ou bien des projets de vie qui vont le dépasser et au final il va se sentir ridicule. Il va se sentir mal, il va se dire qu'il est incompetent, qu'il est un bon à rien et ça c'est tout ce qu'il faut éviter. [...] Le plus important c'est qu'il se sente capable, qu'il se sente en confiance... S'il se sent en échec, nous on a raté, tu vois... C'est ce qui est dangereux en fait, que la personne se sente en échec, après y a plus la motivation... »* (TS3).

c) L'expérience

L'expérience, ici, a surtout été interprétée en faisant référence à l'expertise que peut avoir Sam de sa propre situation : *« C'est vrai que j'ai pas pensé à dire avant dans le changement, tu vois, mais il faut toujours leur demander l'avis. Est-ce que ça te plaît, tu vois des difficultés ? Est-ce que c'est trop dur ? C'est lui qui fait la situation, qui vit ça, pas nous au final »* (TS1). Il est également important de tenir compte de son expérience pour développer et envisager de nouvelles solutions : *« D'abord partir de ses solutions et peut-être moduler un peu que ce soit un peu plus dans la réalité possible. Mais je trouve hyper important de partir de ses besoins que de mes projections à moi sur lui. »* (TS2). Une dernière manière d'aborder l'expertise que peut avoir Sam s'attache au sens qu'il donne à son activité : *« Il faut regarder le sens de l'activité globale, et se poser la question si ça a un sens pour lui. Quel est le sens que cette activité peut avoir ou a pour lui, pour sa vie, son planning ? Quel est le sens que, lui, il donne à cette activité et comment il vit le moment de l'activité ? Pour moi c'est capital, une fois qu'on y a répondu, le reste ce n'est qu'évidence »* (TS3).

8.2.2 Les facteurs environnementaux - Mesosocial

Dans le contexte meso sera regroupé tout ce qui a trait aux attentes tant des pairs que des professionnel-le-s, l'organisation du groupe et le rôle joué par les professionnel-le-s dans l'accompagnement (valorisation, encouragement, soutien, projets individualisés).

a) Organisation du groupe

Dans la vignette, la plage horaire attribuée n'est pas respectée, ce qui impacte l'organisation du groupe. Je souhaitais donc connaître quelles possibilités pouvaient être envisagées afin de réduire ou supprimer ces répercussions.

Pour l'une des personnes interrogées, rendre sensible les pairs au projet ainsi qu'une réorganisation entre les professionnel·le·s pouvait permettre de réduire l'impact du retard : « *Je rappellerais à mes collègues que notre travail c'est de prendre le temps d'aller à leur rythme. Et expliquer aux autres résidents : il prépare à manger pour tout le monde, ça lui fait plaisir, ils aiment, du coup c'est à eux d'accepter qu'un soir ce soit différent. Et à la limite, c'est juste à réadapter l'organisation* » (TS1). Pour un·e autre professionnel·le, le projet ne devrait pas impacter le reste du groupe : « *Il faut qu'on trouve des compromis parce que ça génère des tensions. Donc pourquoi est-ce que ça en génère ? Trouver des solutions. Et puis si malheureusement, on ne doit pas maintenir parce que c'est beaucoup trop complexe, c'est trouver un compromis : on va modifier un peu pour que ce soit confortable pour tous en fait* » (TS2). La proposition faite par la suite implique tout de même le reste de groupe : « *Et peut-être que faire intervenir le groupe là-dedans : est-ce que quelqu'un peut mettre la table, ou est-ce qu'il aurait envie que quelqu'un l'aide... Comment mobiliser les pairs là au milieu ?* » (TS2). Une réorganisation a aussi été envisagée concernant le planning de Sam : « *J'ai vu qu'il a la physio avant, soit je déplace la physio à un autre jour, pour qu'il ait plus de temps avant, qu'il pourrait commencer un peu plus avant. Donc soit déplacer la physio, soit déplacer le repas à un autre soir où il aurait plus de temps* » (TS1). La dernière éventualité présentée est la suivante : « *Faut voir comment on pourrait organiser au niveau des horaires, au niveau de peut-être des tâches à accomplir. Voir si quelqu'un d'autre ne veut pas faire les courses et lui vient que pour faire la cuisine quand il a fini la physio. Juste pour préparer, quelqu'un d'autre fait les courses mais il peut être mis à contribution lorsqu'il faut choisir le menu et les ingrédients dont on a besoin... Ça fait en sorte que lui puisse avoir aussi un moment de repos parce que quand on regarde le timing, ça s'enchaîne... Pour quelqu'un dans sa situation, c'est très vite fatigant...* » (TS3).

b) Le rôle et la posture des professionnel·le·s

Je n'ai pas questionné le rôle des professionnel·le·s dans mes entretiens. Cependant, je ne pouvais ignorer les réflexions émises à ce sujet. C'est pourquoi j'ai décidé de l'intégrer dans le contexte présent. En relevant les verbatims de mes interlocuteur·trice·s, j'ai remarqué que les actions et la posture peuvent être considérées comme des facilitateurs ou des obstacles.

Les professionnel·le·s sont garant·e·s de l'adéquation du projet avec la situation de la personne : « *[...] Il faut qu'on pose des objectifs, des projets qui sont adaptés à sa personne, à son niveau de compétences parce que quoi qu'il en soit, il a des compétences. Et je pense que c'est à ce niveau qu'il faut... On ne peut pas pallier à son handicap, on ne peut pas le supprimer, mais il faut qu'on pose des activités qui soient compatibles avec justement sa situation de handicap* » (TS3).

Ensuite, pour cette personne interrogée, le maintien ou non du projet ne dépend pas uniquement de Sam, mais le ou la professionnel·le a aussi une part de responsabilité : « *Je me dis que là, c'est eux, c'est les éducateurs qui ont mis en place ce projet. Donc quand tu mets en place un projet, bon tu peux pas penser à toutes les conséquences qu'il pourrait y avoir, parce que le risque 0 n'existe pas, mais c'est toi qui prends l'initiative de mettre en place le projet. Si ça fait plaisir au résident, t'as pas le droit de dire après "mais ça va pas parce qu'il prend trop de temps"* » (TS1). Cette réflexion est partagée par les autres professionnel·le·s au travers de leur manière de considérer l'accompagnement d'une personne dans cette situation.

Soutenir la motivation représente ainsi une mission importante de l'éducation : « *Je suis vraiment partisan·e de prendre l'avis de la personne et de co-construire avec elle. Et puis si cette personne à envie de maintenir cette activité, c'est ok. [...] Je ne serai pas pour le casser dans sa motivation, c'est toujours valoriser* » (TS2). Toujours en lien à la motivation, ce rôle des professionnel·le·s consiste à évaluer le projet et y apporter les ajustements nécessaires, d'autant plus si la motivation est présente : « *Il faut considérer ce que lui il a voulu et le respecter et puis simplement trouver les moyens de l'accompagner pour qu'il soit au mieux. [...] S'il est motivé, il n'y a pas de raison qu'on arrête. S'il a envie de faire et s'il est valorisé par rapport à cette activité-là, je pense qu'il faut plutôt trouver des moyens d'accompagnement qui font que l'activité puisse continuer dans les meilleures conditions* » (TS3).

8.2.3 Les facteurs environnementaux - Macrosocial

Pour terminer, dans le contexte macro qui concerne plutôt la société, il est possible de concevoir l'aspect financier (subventions), les attentes de la société, notamment en termes d'autonomie et d'injonction à une certaine norme.

a) Le financement

Lorsque j'ai interrogé les travailleurs et travailleuses sociales sur les avantages de cette institution, ils et elles ont évoqué les moyens mis en place par l'institution. Je groupe ces réponses sous la thématique du financement car c'est grâce aux moyens financiers que ce type d'accompagnement peut être mis en place.

Un·e professionnel·le avait évoqué l'importance d'un accompagnement individuel : « *Je trouve qu'on a un grand luxe : c'est le temps qu'on a avec les résidents... De travailler dans des projets individuels justement. [...] Je trouve le fait qu'on soit pas mal d'éducateur·trice·s ou accompagnant·e·s, ça nous permet de prendre du temps avec chacun·e* » (TS2). Un·e autre professionnel·le avait soutenu ces propos en ces termes : « *Pour moi, ils ont une approche... vraiment c'est la personne qui est au centre... Si t'as besoin de trois heures parce qu'un résident n'est pas bien pendant trois heures, tu les prends. Ils ne vont pas dire : "c'est l'heure de manger ou de dormir". Le résident est au centre et je n'ai pas vu ça dans d'autres institutions* » (TS1). Pour terminer concernant l'accompagnement, un avis un peu plus nuancé est celui-ci : « *On est bien par rapport à certaines institutions, il y en a quand même qui ont des heures d'accompagnement individualisé plusieurs fois par semaine. Mais on peut mieux faire, dans le sens où y'en a quand même qui ont besoin de plus de présence des accompagnateurs, y en a qui ont besoin de plus de présence* » (TS3).

J'avais aussi questionné les personnes concernant le financement octroyé pour la mise en place de moyens auxiliaires. C'est au travers de ces réponses qu'il est possible d'entrevoir l'influence des finances notamment au travers de celle-ci : *« Parfois on manque de personnel et y a des trucs qui font qu'on ne peut pas faire certaines choses parce qu'il n'y a pas assez de moyens ou l'État ne nous permet pas d'avoir des subventions. Il faut simplement que l'État revoie sa politique sociale à ce niveau-là. Mais c'est un problème qui est plutôt macrosocial à ce moment-là, et même macro-économique parce que c'est le canton qui donne les subventions aussi... »* (TS3). Lorsque les subventions ne suffisent pas, une recherche de fonds est entamée : *« En principe la direction essaie toujours de trouver le moyen pour aider. Après ça peut prendre plus de temps parce qu'il faut trouver des fonds... »* (TS2).

b) L'autonomie

En faisant référence à la première question posée concernant l'objectif visé par le projet de Sam, le terme d'autonomie est apparu spontanément chez chacun·e. Il leur a alors été demandé de définir cette notion selon leurs représentations.

Une personne a mis l'accent sur l'autonomie exécutive : *« Pour moi l'autonomie c'est la capacité d'arriver à faire certaines choses seul du quotidien et de pouvoir faire des choix [...] et même si c'est des petits gestes, pour moi, déjà aller se brosser les dents seul, c'est un début d'autonomie, des petites choses du quotidien »* (TS2). Les deux autres éducateur·trice·s comprennent l'autonomie sous les deux angles, décisionnelle et exécutive : *« Pour moi l'autonomie c'est la possibilité pour une personne de prendre des décisions qui sont importantes pour sa vie, sur une période plus ou moins déterminée. La personne peut décider d'aller boire un café, elle sait y aller, elle sait comment y aller, elle y va. [...] Donc elle a décidé d'aller faire un truc, elle l'a fait et elle a cette possibilité-là de le faire »* (TS3).

Je leur ai ensuite demandé s'il était possible qu'il y ait plusieurs représentations de l'autonomie, ce qu'ils et elles ont affirmé en évoquant la sensibilité avec laquelle chacun·e peut aborder cette notion. Une des personnes interrogées donne plus de précisions : *« Bien sûr... Il y a déjà plusieurs autonomies... On a l'autonomie globale, où tout le monde en parle. C'est faire des choix, faire des petites choses du quotidien. Et puis on a l'autonomie d'une composante de l'autodétermination qui fait qu'on fait des choix mais qu'on n'est pas influencé par l'autre et ça c'est encore autre chose, c'est vraiment une autre composante... Après on a des degrés d'autonomie aussi qui varient... Quelqu'un qui peut être très très autonome en cuisine par exemple, dans la douche, mais pas du tout autonome dans le fait de s'alimenter. Enfin voilà. C'est un gros concept mais je pense qu'il y a des petites variations pour chacun, même pour nous, on n'est pas autonome partout »* (TS2).

Les questions plus approfondies concernant l'autonomie et la norme n'ont pu être posées qu'à deux des trois personnes interrogées car la volonté de questionner plus précisément ces notions est apparue suite à la première retranscription. En abordant donc la notion d'autonomie, il leur a été demandé quelle place avait cette notion dans le travail social.

Les réponses montrent que c'est une notion importante mais qu'elle peut induire des effets pervers lorsqu'elle est mise en pratique : « *Beaucoup d'importance... C'est un peu la base vers quoi chaque éducateur tend, que ce soit avec un ado, avec des personnes qui ont un handicap ou des gens qui sont sous curatelle... Puis c'est un peu le fondement de la société, que chacun soit autonome* » (TS2). Un·e autre éducateur·trice nuance cette volonté de mener à l'autonomie en évoquant une intention plutôt qu'un fait : « *Quelle est l'importance de l'intention on va dire... Parce que l'intention est bonne à la base, je vais dire que dans le travail social, l'intention de donner plus d'autonomie aux personnes est très très louable et elle est présente maintenant. C'est au niveau de la mise en pratique de cette intention là... On a tous envie de donner de l'autonomie à certaines personnes mais on se retrouve parfois dans des situations où par manque de patience, d'expérience ou de connaissance, on supprime carrément. Ou alors on empêche à cette personne... parfois inconsciemment, on les empêche d'accéder à leur autonomie par des simple petites choses en fait... [...] On veut bien faire, mais quand il s'agit maintenant de le faire à proprement parler en pratique, ce n'est pas toujours le cas. Souvent on décide à la place, on fait à la place. On fait les trucs qui en fait suppriment cette velléité de donner l'autonomie à la personne sans s'en rendre compte. Et souvent ce n'est pas fait exprès, dans le souci de bien faire... D'où l'importance de connaître, d'avoir des connaissances et de l'expérience, ce sont des choses qui s'acquièrent aussi avec l'expérience...* » (TS3).

c) La norme

Au travers de la notion de norme, je souhaitais questionner sa place dans l'accompagnement de personne en situation de handicap. Deux éléments principaux ont pu être relevés : la contrainte de la norme en vue d'une intégration sociale et les tensions qu'elle engendre dans la pratique professionnelle.

Pour les deux professionnel·le·s interrogé·e·s, la norme apparaît comme une contrainte sans laquelle il est difficile d'être intégré·e socialement ou non-stigmatisé·e : « *On doit faire en sorte que la situation de handicap puisse en quelque sorte disparaître pour que certains dans la société ne puisse pas la percevoir. On doit faire avec, c'est comme ça, mais rentrer dans la norme pour moi c'est une obligation sociale* » (TS3). Pour ce·tte second·e professionnel·le le constat est identique : « *D'un point de vue sociétairé, oui, je te dirai que c'est un point important, la norme parce que sinon, on est vite stigmatisé, vite mis de côté* » (TS2).

Le second point relevé est que les professionnel·le·s se sentent en tension dans leur pratique. D'une part ils et elles souhaiteraient prendre en compte les spécificités de chacune des personnes accompagnées, mais de l'autre, pour permettre l'intégration sociale, il est nécessaire de les accompagner vers cette norme. « *Tout le monde doit être dans le moule. On doit faire les choses comme tout le monde. Mais ce qui est clair, c'est que ces personnes-là ne sont pas forcément comme tout le monde... [...] Nous on peut faire en sorte qu'avec notre accompagnement cette personne puisse avoir un semblant de normalité. On doit faire à peu près comme les autres sans pour autant perdre notre identité. Ils sont comme ils sont, c'est leur nature, faisons en sorte que ça se voie moins, en fait c'est ça l'idée...* » (TS3).

« Je n'ai pas envie de tendre vers la normalité, j'aime travailler sur autre chose que cette normalité mais ça fait partie de notre fonction, et ça fait partie de notre cahier des charges mais qui n'est pas stipulé tel quel. Mais pour le bien du résident, on doit tendre vers cette normalité pour ne pas qu'il soit stigmatisé alors qu'il l'est déjà » (TS2).

8.3 Les habitudes de vie

Ce dernier axe du modèle de processus de production du handicap fait référence aux activités courantes et aux rôles sociaux. Lorsque les facteurs environnementaux et les facteurs personnels permettent, de par leurs interactions, de réaliser ses habitudes de vie, on estime alors la situation comme une situation de participation sociale. A contrario, lorsque ces interactions entravent ou empêchent la réalisation des habitudes de vie, on considèrera la situation comme étant une situation de handicap. Étant donné que cet axe traite des interactions mais que le but premier des entretiens était d'observer sur quels éléments l'attention des professionnel-le-s était portée spontanément, les personnes interrogées ne se sont pas prononcées directement sur cet axe. Il sera donc abordé dans la partie de discussion des résultats car les différentes réponses récoltées donnent des indications concernant la manière dont ils et elles se représentent la situation.

Néanmoins, une question concernant l'importance des projets individuels incluant des activités courantes et favorisant les rôles sociaux a été posée dans l'entretien. Au travers de leurs réponses, l'importance des projets individuels est exposée. Il semblerait qu'en tant que travailleurs et travailleuses sociales, mettre en place des projets individuels soit une des tâches importantes : *« Beaucoup d'importance, vraiment vraiment. Je trouve que c'est notre mandat de faire ça, notre rôle en fait. » (TS2).* Elle permet d'une part d'entretenir une relation privilégiée avec la personne concernée et d'autre part de la valoriser au travers d'une activité : *« A fond ! Les projets individuels permettent de créer le lien dans notre travail, de créer du lien avec la personne concernée, de mieux connaître la personne puis de valoriser la personne. Ça leur donne un sentiment d'importance qui est très important dans ce travail » (TS3).*

8.4 Le modèle de Processus de Production du Handicap

Concernant le modèle de processus de production du handicap, j'ai souhaité savoir à la fin de l'entretien si les professionnel-le-s connaissaient ce concept. Trois réponses différentes me sont parvenues, de la méconnaissance de ce modèle à une connaissance plus affirmée qui est citée par la suite. Ce rapport entre connaissance et méconnaissance du modèle pourrait en partie expliquer les réponses à la question qui suit.

« PPH... C'est tout ce qui est lié aux habitudes de vie, aux aptitudes, aux risques environnementaux... C'est les situations dans lesquelles on se trouve, qu'une personne se trouve... Qu'est-ce qui génère le handicap en fait ? On peut voir dans quel contexte évolue le handicap. Les facilitateurs ou les obstacles bien sûr de chaque contexte et de chaque facteur et des habitudes de vie aussi. » (TS2)

A la suite de ces réponses, je leur ai demandé si ce concept était utilisé dans la mise en place des projets individuels ou si du moins les axes qui le constituent étaient pris en compte d'une

quelconque manière. Au travers de ces réponses, il est possible de remarquer que bien que le modèle en tant que tel n'est pas utilisé, les axes qui le constituent sont pris en compte. Cependant, les professionnel-le-s relèvent le fait que parfois, il est difficile d'être en mesure de tout prendre en compte.

« Ça devrait mais bien souvent on oublie... Tu penses forcément à un ou deux trucs, mais pas au tout en général. Parce que, malheureusement, t'es dans une institution, t'as 30 résidents, tu oublies ce travail-là... On va pas penser à toutes les conséquences... Je pense qu'on oublie de prendre le tout en compte... » (TS1)

« Je te dirai qu'idéalement on essaie... Moi j'essaie en tout cas... Après, il y a des fois des facteurs qu'on oublie, Je pense beaucoup aux facteurs environnementaux. On se dit "oui, la personne est capable, elle a ces aptitudes-là, elle a ce fonctionnement, ces compétences..." mais on oublie que des fois il y a le contexte qui met les obstacles et puis c'est une fois que le projet est mis en place qu'on se rend compte, et après on remodule le projet. Mais c'est vrai qu'au premier abord on peut oublier. » (TS2)

« Il faut quand même considérer tous ces aspects de la vie de la personne lorsqu'on fait des projets parce qu'une chose est sûre, avec l'expérience que j'ai pu avoir, souvent la famille est pour beaucoup dans le fonctionnement d'une personne. Il faut prendre ça en considération pour pouvoir élaborer un projet qui aille dans le sens de cette expérience personnelle. Et certains facteurs de l'environnement institutionnel et de l'environnement familial. Et là aussi on parle souvent des réseaux, réseaux primaires et secondaires et tout ça. [...] Faire un truc qui soit plus ou moins en adéquation avec la personne elle-même. » (TS3)

8.5 L'autonomie dans le processus ou dans la finalité

Pour terminer, j'ai questionné mes interlocuteur-trice-s sur les deux modèles d'accompagnement que j'avais pu observer lors de mes différentes expériences en leur demandant comment ils-elles évaluaient ou encourageaient l'autonomie dans leur pratique. Je faisais ici référence à l'autonomie dans le processus, qui valorise donc l'autonomie dans toutes les étapes d'une activité ou d'une démarche et à l'autonomie dans la finalité, qui valorise l'autonomie en fonction de l'atteinte de l'objectif ou du résultat souhaité. Dans les propos émis par les personnes interrogées, il est possible de relever l'importance d'évaluer dans un premier temps la situation et l'importance de l'objectif. Puis, dans un second temps, en fonction des éléments précédemment définis, déterminer si le processus ou la finalité devra être favorisé.

« C'est pour ça qu'au début à un moment donné, je disais qu'il faut adapter individuellement, ça dépend des cas à mon sens... L'autonomie en fonction du processus ou en fonction de la finalité, on peut conjuguer ça à toutes les sauces. On peut cumuler les deux comme on peut prendre un seul élément en fonction du processus ou de la finalité parce que c'est la capacité ou les compétences des personnes concernées qui vont déterminer ce qu'on va utiliser à mon sens. Sam, déjà au niveau du processus il est assez autonome et au niveau de la finalité, c'est de faire le repas à l'heure. Et c'est ça qui commence à poser problème parce qu'il n'arrive pas faire le repas à l'heure. » (TS3)

« Je dirai que ça dépend vraiment de la situation et de l'objectif à atteindre. Si c'est un rendez-vous hyper important alors là je vais favoriser l'autonomie de finalité plutôt que l'autonomie du processus. Mais si la finalité je m'en fous, pour moi on va d'abord travailler le processus et d'une fois que le processus sera atteint, ça va découler sur la finalité donc... [Dans la situation de Sam] J'aurais envie de te dire que je préférerais favoriser le processus que la finalité parce que je trouve beaucoup plus valorisant tout ce qu'il fait que d'être à l'heure au repas. » (TS2)

9. Discussion

A présent que tous les éléments discutés lors des entretiens ont été exposés, il est possible de les mettre en lien ou de les confronter à mon cadre théorique ainsi qu'à mes hypothèses de recherches.

9.1 Le modèle de Processus de Production du Handicap

Je me suis rendu compte que tout le monde n'avait pas forcément connaissance du modèle de Processus de Production du Handicap. Deux professionnel·le·s sur trois ne savaient pas vraiment de quoi il retournait. Puis, lorsque je les questionne si ce modèle est ou devrait être utilisé, les trois professionnel·le·s évoque l'importance de prendre en compte les différents axes du modèle lors de la mise en place de projets individuels. En effet, même si la terminologie n'est pas la même, une partie des facteurs sont pris en compte dans l'élaboration d'un projet, mais il peut y avoir, comme relevé dans les entretiens, des oublis. En effet, dans la pratique, tous les axes ne sont pas pris en compte. Il est possible de relever dans les entretiens que beaucoup d'attention est portée sur les facteurs environnementaux. Ici, la référence est faite au niveau mesosocial et macrosocial qui concernent respectivement les facilitateurs et les obstacles au niveau communautaire et sociétal. Cependant, ce sont deux facteurs sur lesquels nous n'avons que peu d'emprise et qu'il peut être difficile de modifier.

Ensuite, il est aussi possible de remarquer que beaucoup d'importance était accordée à la personne, notamment lorsqu'il s'agissait de projets individuels. C'est-à-dire qu'elle était placée au centre en ce qui concerne les décisions à prendre et les choix à effectuer. Il serait possible de convenir que l'autonomie décisionnelle à une place prépondérante dans l'accompagnement. Cependant, il a été mentionné et reconnu par les personnes interrogées que le projet individuel présenté visait l'autonomie, aussi bien décisionnelle qu'exécutionnelle. Cependant, cette autonomie n'est pas envisagée comme un équilibre entre les facilitateurs et les obstacles, l'intégrité et la déficience ou les aptitudes et les incapacités. En effet, il semble ressortir que les facteurs personnels jouent un grand rôle, notamment lorsque la motivation et l'avis de la personne concernée sont présents. Ici, les termes de facteurs personnels positifs, respectivement négatifs, font référence à l'intégrité et aux capacités, respectivement aux déficiences et aux incapacités. Le constat est le suivant : les facteurs personnels sont plus facilement pris en compte lorsqu'ils sont positifs, que lorsqu'ils sont négatifs. En effet, les personnes interrogées étaient mitigées sur l'influence des facteurs personnels négatifs dans la situation de handicap alors qu'elles étaient unanimes quant à la place des facteurs personnels positifs. Ils et elles ont porté beaucoup d'attention sur les ressources personnelles, ont mis en avant les capacités et compétences déjà présentes afin de les valoriser. Les obstacles quant à eux étaient plutôt représentés par les facteurs environnementaux qui font

référence à l'organisation, aux stratégies d'adaptation, la gestion du temps prévus pour exécuter l'activité.

En effet, bien que des modifications aient été suggérées, lorsqu'il leur a été demandé si des activités avaient moins d'importance que d'autres, pour mes interlocuteur·trice·s, chacune des parties du projet individuel avait une raison d'être pour l'objectif posé. Le nombre d'activité n'a donc pas été remis en question. L'hypothèse qui peut être émise quant à l'importance des activités courantes dans les projets individuels est la suivante. Si nous prenons l'exemple de l'activité cuisine comme mentionné dans la situation présentée, les personnes résidant en institution ne participent généralement pas à l'ensemble des tâches autour de la préparation du repas. Dans un objectif de permettre à la personne d'entreprendre une activité dans son ensemble comme toute personne ordinaire, il est alors important que cette dernière contribue à chacune de ces activités dans les possibilités qui sont siennes. Concernant la deuxième partie des habitudes de vie, la notion de responsabilité est une notion à ne pas négliger. Dans mon travail, une citation de l'AIRHM (2013) mentionnée disait : « *En étant autonome, je suis responsable ; l'un ne va pas sans l'autre.* ». Comme nous le verrons dans le chapitre qui suit, l'autonomie est relativement importante dans les projets de vie et dans l'accompagnement en général. Accorder une responsabilité à une personne, c'est lui donner de l'importance, lui accorder notre confiance et la valoriser car nous lui reconnaissons les compétences nécessaires à assumer cette responsabilité. En lien avec cette reconnaissance, une précision pourrait être mentionnée au sein des relations interpersonnelles : la reconnaissance des pairs. Toutes et tous ont relevé l'importance que la personne se sente valorisée par le groupe de pairs et les éducateur·trice·s. Le fait qu'il ait un rôle dans ce groupe, qu'il y prenne du plaisir et que les retours soient positifs participe à la construction de son identité comme le mentionne deux auteurs : « *C'est l'unité des capacités et de la valeur qu'on leur attribue qui contribue, de manière plus ou moins importante, à la construction de l'identité des individus.* » (Lazzeri & Nour, 2009)

Pour parler des interactions entre les différents facteurs identitaires en environnementaux, nous pouvons constater au travers de tout ce qui a été mentionné que si nous nous retrouvons face à une déficience et qu'il n'y a pas de facteurs de protection suffisants pour équilibrer la balance, la personne peut se retrouver en situation de handicap. En tant qu'éducateur·trice, nous pouvons être des facteurs de protection soit par notre accompagnement, soit par les adaptations que nous pouvons mettre en place pour permettre à la personne de se retrouver en situation de participation sociale. Cette réflexion m'amène au point suivant qui concerne le rôle global des professionnel·le·s dans l'accompagnement.

9.2 Le rôle des professionnel-le-s

Tout d'abord, il m'a semblé très clair que le ou la professionnel-le avait un rôle important dans l'autonomie qui était accordée à la personne. En effet, en tant que professionnel-le-s, c'est à nous de proposer un accompagnement qui permette à la personne d'accroître ou de maintenir son autonomie, peu importe qu'elle soit décisionnelle ou exécutionnelle. Cependant, il est important que chacun-e définisse le sens qu'il-elle met derrière ce terme d'autonomie car j'ai pu constater au travers des entretiens que cette notion était relativement floue et chacun-e évoquait la possibilité que de multiples représentations co-existent.

Chaque professionnel-le dans le travail social tend à rendre la personne qu'il ou elle accompagne plus autonome mais ne faudrait-il pas la considérer comme une intention plutôt qu'un fait ? C'est-à-dire qu'il pourrait y avoir une certaine intention de donner de l'autonomie, mais que dans la pratique, le résultat n'aboutisse pas à celui désiré dans nos idéaux professionnels. Un-e éducateur-trice m'a répondu quant à la difficulté parfois de mettre en pratique cette intention, par faute de temps, de patience, d'effectif ou de connaissance. A plusieurs reprises, la sensibilité des professionnel-le-s ou les choix de la personne accompagnée ont laissé transparaître les multiples solutions d'adaptations qui peuvent être mises en place. Ce qui fait écho à l'une de mes réflexions, selon laquelle, l'accompagnement, bien que devant suivre des lignes directrices qui sont les mêmes pour tout le monde, se voit modifié ou teinté par nos représentations et nos valeurs.

Pour revenir au fait que parfois, le manque d'effectif ou de temps peut influencer l'accompagnement proposé, il me paraît important d'aborder l'aspect financier. En effet, même si ce n'était pas un de mes axes de recherche, je me suis rendu compte au travers de mes entretiens que ce peut être un obstacle conséquent qui peut influencer la participation sociale de la personne. En effet, les éducateur-trice-s ont évoqué plusieurs fois le fait que les moyens financiers étaient la clé d'un accompagnement de qualité, ce qui est somme toute évident. En effet, sans cela, les effectifs se verraient réduits, les accompagnements individuels diminueraient et le temps accordé aux personnes également. Ces diverses modifications feraient basculer certains facteurs de protection du côté des facteurs de risque, entraînant dans le pire des cas une nouvelle situation de handicap.

9.3 L'autonomie et la norme

Ces deux notions ont été difficile à interroger car les professionnel-le-s avaient des difficultés à me donner une définition. En effet, ce sont des notions que tout le monde connaît mais dont les définitions sont nombreuses et diverses. L'autonomie faisant partie de mon cadre théorique, il sera intéressant de comparer les entretiens avec les recherches. Concernant la norme, elle ne fait en effet pas partie de mes recherches initiales, j'ai cependant souhaité questionner les professionnel-le-s sur cette notion car suite au premier entretien, des questions étaient restées en suspens.

9.3.1 *L'autonomie*

La notion d'autonomie étant une notion clé dans mon travail de bachelor mais également dans le travail social, il était souhaitable de les interroger sur cette notion. Afin d'aborder cette notion d'autonomie de manière « neutre » dans la discussion avec les personnes rencontrées, les recherches réalisées en amont des entretiens n'ont pas été traitées. Il était important de partir de leur représentation, c'est pourquoi, il leur a été demandé ce que cette notion leur évoquait. L'autonomie m'a d'abord été décrite par les trois professionnel-le-s en me donnant des exemples. Dans deux des entretiens, ces deux aspects sont apparus comme indissociable puisque dans chaque exemple donné, pour être autonome, il fallait choisir de faire une action, puis la faire. Cependant, pour l'une des personnes interrogées, il est possible de concevoir que ces deux aspects sont dissociables car il y avait, d'une part, la capacité à faire des choix, et de l'autre, la capacité à exécuter une tâche.

En faisant référence à Collopy, il est possible de déceler deux différents types d'autonomie bien qu'ils n'aient pas été nommés de cette façon : l'autonomie décisionnelle et l'autonomie exécutionnelle (Bourbeau, 1993). C'est la combinaison entre faire un choix et le mettre à exécution qui est considéré comme une manifestation de l'autonomie dans l'analyse entreprise. Ils et elles donnaient beaucoup d'importance à considérer les choix et l'avis de la personne. Ainsi ils et elles la valorisaient en lui reconnaissant des capacités décisionnelles malgré sa déficience. Cependant, l'attention accordée à cette autonomie semble prêter l'autonomie exécutionnelle. En effet, sous prétexte de favoriser l'autonomie décisionnelle, en termes de motivation notamment, dans le maintien du projet, l'autonomie exécutionnelle se retrouve bridée car le contexte ne permet pas de le faire.

9.3.2 *La norme*

Les professionnel-le-s semblaient tiraillé-e-s entre le fait de vouloir faire au mieux pour la personne en prenant en compte ses spécificités et lui permettre d'évoluer dans ses possibles, et la nécessité de prendre en compte les attentes de la société pour permettre à cette personne d'être intégrée. Or, pour être intégré-e, il faut pouvoir correspondre, du moins en partie, aux attentes véhiculées par la société. Ce ressenti est pour moi très clair dans les discours récoltés. Ces diverses réflexions ont réellement mis en lumière la contrainte d'une société plutôt exigeante envers ses membres et les difficultés que peuvent rencontrer les professionnel-le-s dans leur accompagnement. Il est vrai que lorsque l'on travaille ou que l'on accompagne des personnes en situation de handicap physique ou mental, nous avons tendance à valoriser leurs compétences et leurs capacités en acceptant le handicap présent. En effet, comme abordée dans mon travail, bien que les représentations du handicap aient changé, il semblerait qu'au sein de la société, en vue d'une intégration, la conformité à la norme sociale soit un élément majeur. En effet, lorsque l'on parle d'autonomie en termes de valorisation de la personne et de ses compétences, on se rend compte qu'elle a ses limites. L'une d'elle est l'intégration à cette norme. En effet, il est possible d'acquérir une autonomie exécutionnelle, pour autant que celle-ci n'empêche pas d'entrer dans une certaine norme.

9.4 L'autonomie dans le processus ou dans la finalité

Toutes les questions posées lors des entretiens concernant la manière dont les professionnel·le·s considéraient l'activité, les priorités ou les ajustements éventuelles l'ont été dans le but de percevoir dans le fond si le processus ou la finalité était visée. En effet, l'un de mes questionnements était de savoir si les professionnel·le·s valorisaient le processus ou la finalité dans les activités et les raisons de ces choix. Lorsque j'ai évoqué la première fois les termes d'autonomie dans le processus ou dans la finalité, les éducateur·trice·s ne comprenaient pas réellement la signification des termes. Suite à un exemple concret, ils ont pu se représenter ces deux notions et me répondre. J'ai alors constaté qu'il était difficile de se prononcer car tout dépend de l'importance du but. En effet, si le but est d'être à l'heure à un rendez-vous important, on ne valorisera pas le processus à ce moment-là, sans pour autant faire à la place de la personne. En dehors de ces cas précis, toutes et tous m'ont mentionné le fait de devoir tenir compte des projets et des compétences de la personne afin de définir si le processus primait sur la finalité ou inversement. Il semblerait qu'en théorie, la décision de valoriser le processus ou la finalité dépend uniquement de l'importance de l'objectif et non des représentations qu'a la personne de l'autonomie et de sa conception de l'accompagnement.

9.5 Vérification des hypothèses

A la suite des différentes recherches et des entretiens qui ont nourri mes réflexions, j'ai pu regrouper des éléments qui me permettent de confronter mes hypothèses.

9.5.1 Hypothèse 1

Il est possible d'accompagner une personne en situation de handicap vers l'autonomie en tenant compte des différentes définitions.

Concernant cette hypothèse, nous avons pu constater que les représentations de l'autonomie sont très diverses tant dans les ouvrages théoriques que dans la pratique des professionnel·le·s. Nous avons aussi pu approfondir différentes pratiques d'accompagnement qui permettent de favoriser l'autonomie. Il serait donc possible, en mêlant ces différentes pratiques, de développer et maintenir les diverses représentations de l'autonomie. Cependant, l'aspect de la norme et de l'intégration qui interviennent lorsqu'il s'agit de réaliser certaines tâches, semble faire obstacle au développement de l'autonomie dans tous les sens du terme.

9.5.2 Hypothèse 2

Les mesures d'accompagnement proposées s'appuient sur l'analyse en lien au PPH et visent l'acquisition et/ou le renforcement de l'autonomie.

Au travers du cadre théorique nous avons pu aborder le processus de production du handicap et définir l'ensemble de ces axes. Lors des entretiens, j'ai pu questionner les professionnel·le·s concernant ce modèle. Il en ressort que tous et toutes ne connaissaient pas ce modèle. Même si certains des axes étaient pris en compte sans avoir conscience du modèle du PPH, les autres axes ne se voyaient accorder que peu d'importance. Le renforcement et/ou l'acquisition de l'autonomie était tout de même visé.

V. PARTIE CONCLUSIVE

Au terme de ce travail, un bilan de la démarche exposant les limites ainsi que les perspectives et les nouveaux questionnements sera présenté. Ensuite, un bilan professionnel et personnel décrira mon évolution au travers de ce travail. Pour terminer, le mot de la fin conclura ce travail.

10. Bilan de la démarche

Les objectifs de ce travail étaient tout d'abord de définir le handicap ainsi que les différentes classifications qui ont été proposées au fil des années, notamment le Modèle de Développement Humain et le Processus de Production du Handicap (MDH-PPH). En effet, présenter ce modèle me paraissait intéressant afin de comprendre dans quoi s'inscrit le handicap aujourd'hui et le lien entre ce dernier et l'environnement.

Par la suite, une clarification de la notion d'autonomie, ses définitions ainsi que les autres concepts qui peuvent y être liés permettaient d'en comprendre tous ses enjeux. Le thème de l'autonomie peut effectivement être abordé de diverses manières et évalué sur des points bien distincts en fonction de la définition que nous en faisons. De plus, l'autonomie semblait être la clé de voûte de l'accompagnement tout comme l'autodétermination, l'empowerment, en somme, tous ces accompagnements qui visent le « faire avec » et non le « faire pour ». Cependant, ce terme restait abstrait et il me semblait important pour ma pratique de l'approfondir et de mettre en évidence les enjeux.

Pour lier les deux notions précédemment citées, différents concepts d'accompagnement ont été abordés afin d'avoir une vue d'ensemble sur les diverses possibilités de favoriser l'autonomie des personnes en situation de handicap. En effet, en abordant l'approche Affolter dans une perspective d'autonomisation de la personne, j'ai souhaité ensuite entreprendre d'autres recherches concernant diverses pratiques d'accompagnement. Celles-ci sont centrées sur la personne et prennent en compte la situation de handicap mais également les ressources de la personne pour faire émerger ou développer une certaine forme d'autonomie.

Pour terminer, au travers des entretiens, je souhaitais également comprendre quelle place elle occupait dans les discours et ce qui était réellement mis en place pour la favoriser. Est-ce que l'on parvenait à proposer une totale autonomie aux résident-e-s, comment y parvenir et quels pouvaient être les obstacles ?

10.1 Limites et biais de la recherche

Les principales limites de ma recherche sont le petit échantillon questionné et l'unique terrain de recherche. Bien que les entretiens soient de grande qualité et qu'ils aient apporté une réelle richesse à mes recherches, il est impossible d'en tirer une généralité. De plus, le fait que les trois personnes interrogées travaillent dans le même lieu pose la question de l'influence du lieu de travail sur les réponses données. En effet, les institutions définissent des concepts importants ainsi que l'accompagnement envisagé pour les bénéficiaires selon leurs idéaux. Il est alors possible qu'agir selon ses réelles convictions peut s'avérer difficile pour les

éducateurs et éducatrices sociales et que leurs réponses aient été influencées par ce qu'ils et elles vivent dans leur pratique au quotidien.

J'ai été confrontée à la deuxième limite en me lançant dans les recherches concernant l'autonomie. En effet, bien que ce thème m'intéressât énormément et que j'envisageais les différentes représentations que cette notion pouvait avoir, je ne pensais pas me retrouver face à autant d'écrits différents. De plus, je ne pensais pas dans un premier temps aborder l'aspect plus philosophique. Il était difficile parfois de suivre certaines réflexions ou les références à d'autres philosophes car je manquais de connaissance en la matière. Je devais donc faire d'autres recherches annexes afin de pouvoir saisir la totalité de la réflexion proposée par l'auteur-e.

La dernière limite a été la difficulté à approfondir et malgré tout synthétiser les différents types d'accompagnement et leur lien à l'autonomie. En effet, je souhaitais en exposer un certain nombre afin de démontrer que toutes, ou du moins une majorité des représentations de l'autonomie pouvaient être travaillées au travers de l'une ou de l'autre des pratiques. Cependant, lorsque j'ai dû synthétiser mes recherches et mettre en avant les manières dont chacune de ces pratiques permettait de favoriser l'autonomie, je me suis retrouvée quelque peu en difficulté.

10.2 Perspectives

La première perspective qui m'est apparue serait la possibilité d'utiliser le concept du PPH comme un outil concret dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap. En effet, il a été constaté que certains axes sont d'ores et déjà pris en compte, il semblerait alors judicieux de profiter de ce modèle pour englober la situation et tenir compte de tous les éléments pouvant intervenir dans une situation, tant en termes de facilitateurs que d'obstacles.

La seconde perspective envisagée serait d'utiliser un langage commun. En effet, lors des entretiens, je me suis parfois questionnée sur les termes utilisés car ils ne correspondaient pas à ceux du PPH qui n'ont été que dans de rares cas utilisés mais le sens était le même. Parfois, le terme utilisé ne correspondait pas au discours de la personne tout au long de l'entretien. Par exemple, une des personnes interrogées ne souhaitait pas parler d'obstacles mais de faiblesses lorsque je l'ai évoqué dans ma question. Il est possible d'interpréter cette remarque dans ce sens : la déficience peut être vue comme une faiblesse, si l'on considère que le handicap est un état et non un processus. En effet, le terme de « faiblesse » renvoie à un état, quelque chose qui ne pourrait que difficilement être changé et dont il faudrait s'accommoder. Malgré tout, la déficience produit le handicap. Cette « faiblesse » est le produit des interactions et non la situation en elle-même. On remarque alors que la terminologie utilisée semble démontrer une tension entre un discours qui considère le handicap comme un état, tout en donnant une signification ou un sens dans le discours qui tend vers le modèle de processus de production de handicap. Est-ce qu'un langage commun, un champ lexical ne devrait pas être mis en place afin d'être congruent entre ce qui est pensé et ce qui est réellement dit ?

11. Bilan personnel et professionnel

Afin de rendre ce bilan le plus complet possible, un retour sur les objectifs posés semble intéressant. Puis j'évoquerai les questionnements qui sont intervenus concernant ma pratique futures. Pour finir, je présenterai un bilan personnel du processus de réalisation de ce travail.

Concernant le premier objectif qui était de définir la notion de handicap et de revenir sur l'évolution de cette notion, j'ai été en mesure de retracer le changement de représentation du handicap de manière correcte. Ensuite, la volonté de clarifier la notion d'autonomie a été quelque peu délicate mais il me semble que la notion est bien expliquée sous différents angles et permet de réellement concevoir les diverses représentations co-existantes et l'importance d'avoir conscience de celles-ci. La dernière partie du cadre théorique concernant l'accompagnement a permis de mettre en évidence les différentes manières d'accompagner les personnes en situation de handicap et relève les différents types d'autonomie qui y sont liés. Pour terminer, les entretiens m'ont permis de comprendre la place qui était accordée au PPH et à l'autonomie dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap ainsi que les facilitateurs et les obstacles à la mise en place d'éléments favorisant ces processus.

Concernant ma pratique professionnelle, je me questionne inlassablement sur cette question de la norme à laquelle nous sommes toutes et tous confronté·e·s directement ou indirectement. Lorsque l'on évoque les conditions qui permettent de considérer la personne comme autonome, ou non, nous sommes inévitablement renvoyé·e·s à la notion de norme. Cette dernière joue un rôle considérable dans la société et l'influence qu'elle peut avoir dans l'accompagnement de personnes en situation de handicap est à prendre en compte. Comme le mentionne Gallut (2012), il existe une volonté dans le champ du handicap de combler certains manques afin de correspondre aux attentes de la société. De plus, nous avons pu constater au travers des entretiens que les travailleurs et travailleuses sociales doivent tenir compte de cette norme, car elle permet l'intégration sociale qui, elle, contribue au bien-être des personnes accompagnées. Comment, en tant que professionnelle, pourrais-je trouver le juste milieu entre accompagner la personne au plus proche de ses besoins (en termes de temps, de comportements ou d'efficacité) et orienter l'accompagnement pour correspondre à la norme attendue pour faciliter l'intégration sociale ?

A présent, d'un point de vue plus personnel, ce processus m'a permis de développer mes compétences rédactionnelles et réflexives. Bien qu'elles aient pu être sollicitées au travers du reste de la formation, c'est la première fois que je m'attelle à un travail de cette ampleur. En effet, la partie de cadre théorique nécessite de prendre en compte tous les aspects qui peuvent être évoqués pour ensuite les synthétiser et faire ressortir les aspects pertinents pour la réflexion. La partie la plus compliquée pour moi était la partie empirique. Le fait d'exposer une partie de mon travail lors des entretiens et de questionner mes interlocuteur·trice·s était stressant pour moi. J'avais une certaine appréhension que mes questions liées à leur pratique soient mal interprétées, que ma vignette ne soit pas suffisamment claire ou que je n'ai pas la répartie nécessaire pour rebondir sur certaines de leurs réponses. Cependant, cela m'a permis de me dépasser et d'affronter cette difficulté pour parvenir à guider correctement mes entretiens et obtenir les réponses nécessaires en vue de l'analyse. Une dernière difficulté

rencontrée concerne les délais. Je souhaitais tenir certaines échéances. Cependant, mon organisation ne me le permettait pas toujours. J'avais de plus de la difficulté à être constante dans la rédaction. En effet, concilier la rédaction avec les périodes d'études ou de formation pratique et ma vie familiale n'a pas été aisé. Malgré tout, j'ai fait preuve de ténacité afin de maintenir les délais. Je me rends également compte de la chance que j'ai eue que mon entourage me manifeste autant de soutien tout au long de ce processus.

Pour terminer, je dirais que je me suis réellement investie dans ce travail malgré les quelques difficultés parfois à débiter la rédaction. Le travail semble suivre une certaine logique, je considère donc que j'ai fait les bons choix de thématiques. Il n'a cependant pas été simple de renoncer à la thématique de la norme qui m'a fortement questionnée durant la rédaction. J'ai su également faire ressortir de mon intérêt premier, qui était la méthode Affolter, une thématique plus globale sous-jacente. J'aurais aimé développer et analyser plus précisément cette approche car mon intérêt est toujours autant présent, cependant, je suis satisfaite du contenu global de ce travail et je pense qu'il correspond aux objectifs fixés.

12. Mot de la fin

La recherche effectuée m'a permis de répondre aux questionnements de départ, puis m'a permis d'étayer la problématique. Les différentes lectures ont contribué à développer la réflexion initiale et à acquérir de nouvelles connaissances tout en engendrant de nouveaux questionnements qui remettaient à chaque fois la rédaction de mon travail en question.

L'apport des entretiens semi-directifs, bien que peu nombreux, a été très riche et pertinent pour compléter mes recherches théoriques. Cependant, j'ai eu par moment l'impression de me retrouver dans un contexte de désirabilité sociale. J'ai eu l'impression qu'il ne fallait surtout pas répondre, par exemple, que le handicap pouvait être à l'origine des difficultés, mais en continuant de questionner les personnes, il s'avère qu'il est parfois nécessaire de pallier à la déficience même si on ne souhaite pas la considérer comme étant à l'origine de la situation de handicap. Pour l'instant, la seule hypothèse émise est qu'il y a eu une telle reconsidération du handicap et un tel encouragement à considérer les personnes en situation de handicap au-delà de leurs incapacités ou déficiences, que parfois on ne s'autorise plus à considérer ces éléments comme étant un facteur engendrant la situation de handicap.

Tout ce travail m'a amené à me questionner sur une autre de mes perspectives qui est de considérer l'autonomie, dans la lignée du handicap aujourd'hui, comme étant un processus et non un état. C'est-à-dire qu'il y aurait des facilitateurs et des obstacles à l'autonomie et qu'on ne pourrait pas considérer une personne comme étant autonome ou non, puisque cette notion dépendrait aussi du contexte. Est-ce que l'autonomie décisionnelle pourrait exister sans l'autonomie fonctionnelle sans pour autant que la personne soit considérée comme non-autonome ? Pourrait-on alors parler de « personne en situation d'autonomie » ? Et quelle serait la place des travailleurs et travailleuses sociales dans cette perspective-là ?

13. Sources

13.1 Bibliographie

- Absil, G., Vandoorne, C., & Demarteau, M. (2012). Bronfenbrenner, l'écologie du développement humain. *Réflexion et action pour la Promotion de la santé*. Liège, Belgique: Université de Liège.
- Affolter, F. D. (1991). *Perception, Wirklichkeit et Langage*. Morges.
- Aghte Diserens, C., & Vatré, F. (2003). Une personne handicapée mentale peut-elle être parent ? *Thérapie Familiale*, 24(2), pp. 199-211.
doi:<https://doi.org/10.3917/tf.032.0199>
- AIRHM et la Fondation Ensemble. (2013). L'autodétermination en question. *Compte-rendu de l'après-midi de réflexion du 22 janvier 2013*. Genève. Récupéré sur http://www.fondation-ensemble.ch/fileadmin/user_upload/documents/journal/Journal_13_Autodetermination_compte_rendu.doc.pdf
- Bourbeau, J. (1993, novembre). L'autonomie psychologique, les capacités fonctionnelles et les ressources personnelles d'une clientèle féminine en hôpital de jour. Québec, Canada: Université du Québec à Trois-Rivières. Récupéré sur <http://depote.uqtr.ca/5224/1/000606474.pdf>
- CNRTL. (2012). *Ortolang*. Récupéré sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/definition/autonomie>
- Collectif "Une société pour tous les âges". (2007). *Autonomie, dépendance et situation de handicap : quel sens donner à ces mots ?* Récupéré sur <http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/autonomie.pdf>
- CREDOC. (2003, Septembre). La notion d'autonomie dans le Travail Social. (186), p. 101.
- Dambrun, M. (2012). La psychologie positive : une approche nécessaire et complémentaire ? *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 1, pp. 15-20.
doi:<https://doi.org/10.3917/cips.093.0015>
- Durkheim, É. (1934). *L'Éducation Morale*. Paris: Librairie Félix Alcan. Récupéré sur http://philosophie.ac-creteil.fr/IMG/pdf/education_morale.pdf
- Emera. (s.d.). *Principes généraux*. Récupéré sur Fondation Emera: <https://www.emera.ch/>
- Foessel, M. (2011). Kant ou les vertus de l'autonomie. *Études*, 414(3), pp. 341-351.
Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-3-page-341.htm>
- Fondation Foyers Valais de Coeur. (s.d.). *Mission*. Récupéré sur Fondation Foyers Valais de Coeur: <http://www.valaisdecoeur.ch/fr/45-mission>
- Fourré, L. (2005). Le complément de sujet, de Vincent Descombes. *Le Philosophe*, 1(24), pp. 132-135. doi:<https://doi.org/10.3917/phoir.024.0132>
- Gallut, X. (2012). *Corps, éthique et fonction éducative*. Paris: L'Harmattan.
- Giroud, V., & Ortiz, M. (2019). *Derrière la magie du mot "autodétermination"*. Récupéré sur Revue d'information sociale: <https://www.reiso.org/articles/themes/ethique/177-derriere-la-magie-du-mot-autodetermination#nb2>
- Handicap.fr. (2013). *Définition / classification des handicaps (CIH et OMS)*. Récupéré sur handicap.fr: <https://informations.handicap.fr/art-definition-classification-handicap-cih-oms-874-6029.php>
- IFEF. (s.d.). *Approche Humaniste Expérientielle*. Consulté le 17 juin 2019, sur Institut de Focusing d'Europe Francophone: <http://www.iefef.org/approche-humaniste-experientielle>
- Institut Notre-Dame de Lourdes. (s.d.). Récupéré sur Institut N.-D. de Lourdes: http://www.ndl-sierre.ch/?page_id=696
- Korff-Sausse, S. (2005). La notion de responsabilité dans le domaine du handicap. Autonomie, réciprocité et sexualité. *Reliance*, 4(18), pp. 49-54.
doi:10.3917/reli.018.004

- L'Unité de Formation et d'Éducation Permanente. (s.d.). *L'approche Affolter - La thérapie d'interactions tactiles entre la personne et son environnement*. Récupéré sur UFEP: <http://www.ufep.lu/uploads/375.pdf>
- La Castalie. (s.d.). *Valeurs*. Récupéré sur La Castalie: <http://www.castalie.ch/valeurs/>
- Larousse. (s.d.). *Autonomie*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779?q=autonomie#6751>
- Larousse. (s.d.). *Coach*. Récupéré sur Larousse: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coach/16733>
- Lazzeri, C., & Nour, S. (2009). *Reconnaissance, identité et intégration sociale*. Presses universitaires de Paris Nanterre. Récupéré sur Presses universitaires de Paris Nanterre: <https://books.openedition.org/pupo/724>
- Le Coadic, R. (2006). L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahier Internationaux de Sociologie*, 121(2), pp. 317-340. Récupéré sur <https://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2006-2-page-317.htm>
- Molénat, X. (2010). *Autonomie : de l'idéal à la norme*. Récupéré sur Sciences Humaines: https://www.scienceshumaines.com/autonomie-de-l-ideal-a-la-norme_fr_26205.html
- OMS. (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Récupéré sur apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42418/9242545422_fre.pdf?sequence=1
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). Récupéré sur Organisation mondiale de la Santé: <http://www.who.int/fr>
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse. *Éducation Permanente*, 4(153), pp. 43-56.
- RIPPH. (2018). *Historique du modèle*. Récupéré sur Réseau international sur le Processus de production de handicap: <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/historique-du-modele/>
- RIPPH. (2018). *Qu'est-ce que le RIPPH ?* Récupéré sur Réseau international sur le Processus de production du handicap: <https://ripph.qc.ca/>
- RIPPH. (2019). MDH-PPH Concepts-clés. *Concepts-clés du MDP-PPH - Précisions*. Récupéré sur <https://ripph.qc.ca/modele-mdh-pph/concepts-cles/>
- Seric Ergothérapie SA. (s.d.). *Méthode Affolter*. Récupéré sur Seric: https://www.seric.ch/var/m_1/1c/1cb/14290/4129184-AFFOLTER.pdf?download
- Stucki, G., & Cieza, A. (2007). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*. Récupéré sur Docpatient: <http://docpatient.net/cif/intr-cif.html>
- Vallerie, B., & Le Bossé, Y. (2006). Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 39(3), p. 87 à 100. doi:<https://doi.org/10.3917/lse.393.0087>
- Vannotti, M. (2009). *Modèle bio-médical et modèle bio-psycho-social*. Récupéré sur IDRES: http://www.systemique.be/spip/IMG/article_PDF/article_a83.pdf
- Wikipedia. (6 février 2018). *Urie Bronfenbrenner*. Récupéré sur Wikipedia The Free Encyclopedia: https://en.wikipedia.org/wiki/Urie_Bronfenbrenner
- Wilkins, P., & Priels, J.-M. (2013). Les fondements philosophiques de la thérapie centrée sur la personne. *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 1(17), pp. 24-27. doi:<https://doi.org/10.3917/acp.017.0024>
- Yelnik, A. (2001). *Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé*. Récupéré sur Cofemer: <http://www.cofemer.fr/UserFiles/File/CIF08Yelnik.pdf>

13.2 Illustrations

Figure 1 : Interaction entre les composantes de la CIF (OMS, 2001).....	8
Figure 2 : MDH-PPH 1998 (RIPPH, 2018).....	9
Figure 3 : MDH-PPH version bonifiée 2010 (RIPPH, 2018).....	10

14. Annexes

14.1 Vignette clinique

Avant de débiter notre entretien, je souhaiterais l'enregistrer afin de permettre une retranscription pour l'analyse qui suivra. Une fois la retranscription terminée, l'enregistrement sera supprimé. Je m'engage également à vous garantir l'anonymat. Dans mon Travail de Bachelor, j'émetts l'hypothèse que l'accompagnement que nous proposons en tant qu'éducateur ou éducatrice peut varier. C'est pourquoi à partir de la vignette ci-dessous, je souhaite découvrir ce qui pourrait, selon vous, être mis en place. Aucune réponse ne peut être considérée de « juste » ou « fausse » d'autant plus que cette situation est fictive.

Facteurs personnels	Facteurs identitaires	Système organique	Aptitudes
Facteurs environn.	Macro (sociétal)	Meso (communautaire)	Micro (personnel)
Habitudes de vie	Activités courantes	Rôles sociaux	

Situation de Sam

Sam est un jeune adulte âgé de 21 ans. À sa naissance, il a **manqué d'oxygène**. Sa maman a décidé, il y a 10 ans, de placer Sam la semaine en institution.

Aujourd'hui, Sam a un **âge mental** qui correspond à un jeune garçon de 14-15 ans et quelques **troubles moteurs**, dont une **légère paralysie de la jambe gauche**. Il peut bien marcher cependant, il lui est difficile d'évoluer sur un sol qui n'est pas nivelé (herbe, terre, caillou). Il rencontre aussi des difficultés à monter et descendre les escaliers même s'il prend de l'assurance. Concernant sa **motricité fine**, les gestes précis et délicats sont difficiles à exercer car il est constamment en tension. Par exemple, il est fatiguant pour lui de tenir un crayon pendant un long moment ou d'être **fluide dans ses mouvements**. Concernant son retard mental, il n'a pas eu de répercussion majeure sur son langage mais Sam manifeste parfois de la **difficulté en lecture**. Dans la **vie quotidienne**, Sam essaie de faire par lui-même un maximum d'activités malgré ses difficultés. Actuellement, il est en charge de la **préparation du repas** (repas simples) **tous les mercredis** soir pour l'ensemble des résidents de son groupe. Cependant, cette activité est depuis quelques temps remise en question. Bien que les éducateurs de son groupe ne souhaitent pas lui retirer cette activité car elle fait partie de ses **objectifs et elle est valorisante** pour Sam, la situation actuelle devient très problématique car les autres résidents peinent à **patienter**. En effet, il arrive fréquemment que Sam soit en retard avec sa préparation et retarde l'organisation du groupe ainsi que les programmes personnels des autres résident-e-s.

Lors de cette activité, Sam a à sa disposition 2h30 pour faire ses courses et préparer le repas (16h30 à 19h). Ce temps ne peut être prolongé car il travaille en atelier jusqu'à 15h45 et qu'ensuite il doit aller en séance de physiothérapie (16h à 16h30). De plus, le repas doit être servi à 19h. Sam avait proposé de se rendre toujours dans le même magasin afin de garder ses repères et faciliter ses déplacements dans le **magasin**. Cependant, outre le fait que celui-ci se trouve à **20 minutes de l'institution**, Sam doit ensuite emprunter un **chemin en pente**. Il fait tout de même preuve de beaucoup de **volonté** et s'y rend chaque fois avec plaisir d'autant plus que cet exercice lui permet de maintenir une **bonne mobilité**. Lors de ses achats, Sam peut parfois prendre du temps en cherchant les ingrédients mais il n'en oublie jamais car il s'efforce de prendre le temps de réaliser une liste d'ingrédients précise avant de partir et d'être méthodique lors de ses courses. Il peut cependant être désorienté ou perturbé s'il ne trouve pas **exactement l'aliment désiré ou si la disposition des gondoles est modifiée**. Il est néanmoins capable de demander de l'aide s'il en a besoin, tout comme il est en mesure de gérer l'argent pour payer ses achats. Une fois de retour sur son lieu de vie, il doit prendre la recette choisie et la suivre. Parfois, Sam peine à lire les **instructions** ou rencontre des difficultés dans les diverses **manipulations des ingrédients** (couper, peler) ou peut prendre plus de temps que la moyenne au vu de ses problèmes de motricité. Cependant, il ne souhaite pas demander de l'aide car il est **fier de pouvoir y parvenir seul**. Une fois le repas prêt, Sam termine l'activité en dressant la table pour l'ensemble des résidents et tient à **faire lui-même le service**. Bien que les résidents soient reconnaissants et apprécient le repas, ils sont relativement agacés et Sam perçoit ces réactions comme dirigées contre lui. Certaines tensions tendent à apparaître au sein du groupe.

Comment interviendriez-vous dans cette situation, en tant qu'éducateur ou éducatrice ?
Pourquoi ? Qu'est-ce qui vous semble prioritaire ?

14.2 Grille d'entretien

- 1) Selon vous, quel est l'objectif du projet ?
- 2) Pensez-vous que les déficiences représentent un obstacle ?
 - Pourquoi ? Comment interviendriez-vous ?
 - *Sur quel niveau l'attention est spontanément mise ?*
- 3) Selon vous, quelle importance pourrait avoir le comportement et l'avis de Sam dans la décision concernant le maintien ou non du projet actuel ?
 - Pouvez-vous m'expliquer ce que vous prenez ou non en compte ?
 - *Facteur personnels – Facteurs identitaires // Habitudes de vie – Rôles sociaux*
- 4) Comment pourrait-on, selon vous pallier au handicap physique de Sam ?
 - Est-ce que cela vous paraît important, secondaire, nécessaire ou non ? Pourquoi
 - *Facteurs personnels – Système organique*
- 5) Concernant le temps pris au magasin et les quelques difficultés qui y sont liées, comment serait-il possible d'adapter la situation ?
 - Est-ce que ces adaptations vous paraissent primordiales ou non ? Pourquoi ?
 - *Facteurs personnels – Système organique*
- 6) Quelle importance peuvent avoir selon vous les difficultés de Sam (compréhension de la recette, manipulation des ingrédients...) dans le déroulement de son activité ?
 - Est-ce que vous proposeriez de mettre en place une adaptation ? Pourquoi ?
 - *Facteurs personnels – Aptitudes // Facteurs environnementaux ?*
- 7) Comment considérez-vous le choix du magasin dans lequel Sam souhaite faire ses courses ?
 - *Facteurs environnementaux VS Habitudes de vie – Activités quotidiennes*
- 8) Est-ce que pour vous, il serait important de maintenir l'ensemble des différentes activités du projet ou certaines vous semble moins importante ?
 - Réduire le nombre d'activités afin qu'il continue de faire les choses seul, serait pertinent ?
 - *Habitude de vie – Vie quotidienne // Autonomie dans la finalité ou dans le processus ?*
- 9) Quelle importance accordez-vous au maintien des projets individuels qui valorisent la personne accompagnée ?
 - *Habitude de vie - Rôle sociaux*
- 10) Pour vous, l'autonomie, c'est quoi ?
- 11) Est-ce que selon vous il peut y avoir plusieurs représentations de l'autonomie ?
 - *Décisionnelle, fonctionnelle, etc...*
- 12) Quelle importance est donnée à cette notion dans le travail social selon vous ?
- 13) Lorsque l'on parle de Processus de Production du Handicap (PPH), de quoi parle-t-on ?
 - Est-ce que ce modèle est pris en compte dans l'élaboration des projets individuels ?
- 14) Dans mon TB, j'é mets l'hypothèse qu'il y a une autonomie dans le processus et une autonomie dans la finalité, est-ce que cela vous parle ?
- 15) Est-ce qu'en tant qu'éducateur ou éducatrice, permettre aux personnes accompagnées d'atteindre la norme fait partie de notre travail ?
 - Quelle importance cela peut avoir pour vous dans votre travail ?
- 16) Au vu de tout ce dont nous avons discuté, si nous faisons une synthèse par rapport à l'institution dans laquelle vous travaillez, quels seraient les points forts et faibles ?
 - Mise en place de projets individuels, prise en compte de l'unicité de la personne, moyens auxiliaires disponibles, financement, temps accordé aux accompagnements etc.