



# Inclusion sociale

Revue scientifique et professionnelle de langue française

Avril 2020 – Volume n° 1

<b>Confinement et effets collatéraux !</b>	<b>1</b>
Eric Piriou et Daniel Boisvert	
<b>Bourse de prestige Claude Belley</b>	<b>3</b>
<b>Entretien avec Pierre Haristouy</b>	<b>4</b>
par Gwenaël Planchin	
<b>Rencontre avec Michaël Wehmeyer</b>	<b>8</b>
Yves Lachapelle et Daniel Boisvert	
<b>Accompagner, reconnaître et valoriser l'innovation</b>	<b>12</b>
Marie-Anne Braco	
<b>Un exemple de démarche innovante : Le Tricentenaire du Luxembourg</b>	<b>15</b>
Aline Mahout et Christophe Lesuisse	
<b>Article thématique</b>	<b>18</b>
Réflexion sur les bonnes pratiques en inclusion sociale selon les habitudes de vie par Marie-Chantal Falardeau	
<b>Les outils à consulter sur nos sites internet</b>	<b>23</b>
<b>Nous avons lu pour vous</b>	<b>25</b>

Date de parution : Avril 2020

Directeur de la parution : Gwenaël Planchin



Côte à Côte – 68, rue des Saules –  
50380 St Pair sur Mer

Représentante légale : Mme Nathalie Rihouey



C.N.E.I.S.

Consortium national d'expertise  
en inclusion sociale

3755, rue de Limoges  
Trois-Rivières (Québec) G8Y 4P9 Canada

## Confinement et effets collatéraux !

ERIC PIRIOU | DANIEL BOISVERT

Pour beaucoup d'entre nous, après bien d'autres et sans doute avant d'autres encore, nous sommes depuis quelques jours, voire quelques semaines, dans une situation sociétale à nulle autre pareille.

En Europe comme en Amérique, nous sommes des millions à nous retrouver confinés dans nos maisons et appartements, interdits d'exercice professionnel pour beaucoup, autoritairement limités dans nos interactions sociales, suspects et surveillés dès que l'on se déplace à l'extérieur, surtout si nous n'affichons pas un air de circonstance, empreint de gravité et de morosité. Nous devons rendre des comptes de plus en plus inquisiteurs sur l'exercice minimum des seules toutes petites libertés qu'il nous reste. Nous devons comprendre que la seule façon de respecter le travail formidable des « combattants de la santé » c'est d'obéir aux ordres qui nous sont donnés.



Chaque pays a ses experts pour définir la conduite à tenir et nous ne pouvons que constater que les décisions qui en découlent pour les populations concernées divergent, voire sont totalement opposées sur la conduite à tenir. Cependant, quelle que soit la direction donnée par les autorités de ces différents pays, nous devons nous en remettre aux déclarations et autres avis d'experts qui disent savoir pour nous ce qui est bon, avec ce sentiment étrange que le remède préconisé a été scientifiquement calculé, mais jamais expérimenté à une telle échelle et encore moins évalué en matière d'impact sur les différents aspects de ce que fait « la santé » (i.e. selon définition de l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »). Surtout, il nous est demandé de faire allégeance à celles et ceux qui président à ces décisions d'autorité en cascade, chacun pouvant en rajouter à la hauteur de son pouvoir.

Certes, on se le souhaite pour le plus grand nombre d'entre nous, ce confinement se fait fort heureusement dans des lieux que nous avons choisis, présentant les caractéristiques qui nous conviennent et décorés par nos soins...Il n'empêche, la beauté, l'ergonomie, l'architecture d'un lieu, ne suffisent pas à annuler les effets du confinement, qui est, en premier lieu, une restriction (*réduction-stricte*) de nos libertés habituelles... qu'on avait la faiblesse de penser inaliénables !





Peut-être en ce moment, ferions-nous nôtres certaines de ces paroles si souvent entendues de la part de résidents d'établissements : « *Mais qu'ai-je fait au juste pour mériter tout cela ? Quelle faute ai-je commise ? Suis-je si dangereux pour les autres ? De quel danger veut-on me prémunir ? Pourquoi et surtout Pour Quoi est-ce qu'on m'impose tant et tant de privations ? Sont-ils donc si sûrs d'eux pour que je n'ai pas eu mon mot à dire sur ce choix « drastique » d'existence ?* »

La situation que nous vivons actuellement est d'une complexité immense et, à écouter et lire des avis d'experts brillants mais souvent contradictoires, il est probable que personne ne soit vraiment en mesure de prétendre « comprendre » tout ce qui se passe et savoir ce qu'il faut faire.

Nous sommes pour l'instant en sidération devant les éléments de peur et surmédiatisés (*peur fondée à n'en pas douter pour une partie...mais ne prenant pas la peine de faire cette distinction pourtant essentielle entre le risque nécessaire à la vie et le danger qui la menace dans certaines circonstances*) et nous sommes dès lors dans une attitude quasi automatique d'obéissance vis-à-vis de celles et ceux qui font « autorité », que celle-ci soit médicale, politique ou médiatique.

Nous voyons apparaître depuis quelques jours quelques avis émanant d'autres experts, qui prennent le relais pour la suite, nous mettant en garde contre les inévitables conséquences du confinement : anxiété, dépression et autres troubles psychiques, risque de maltraitance intra familiale, suicide. Il est écrit, et les autorités ont promis d'y veiller, qu'il faudra prévoir des soutiens psychologiques, démonstration s'il en était besoin, que cette situation de confinement social est néfaste à l'équilibre psychique.

Fallait-il donc cet « exercice » en grandeur nature, vécue par quasiment toute une population des différents pays touchés, pour que nous prenions la mesure « in vivo » de ce que vivent tous les jours et depuis des années, les personnes pour lesquelles il a été décidé qu'elles vivront désormais pour le reste de leur vie dans des espaces de vie collective ? En effet, certaines personnes, identifiées au titre de leur « vulnérabilité » vivent le confinement permanent dans nos pays.

Tout comme nous en ce moment, des personnes dites « vulnérables », que ce soit au titre de leur maladie, dépendance ou de leur situation de handicap, sont accueillies dans des collectivités sur décision d'un tiers très souvent, qui lui-même n'a jamais vécu ce qu'il dit être le mieux pour cette personne.

Tout comme nous en ce moment, il leur est rappelé que c'est pour leur bien et leur sécurité...et parfois il faut bien le reconnaître, c'est aussi pour celui de leur entourage, qui est exsangue de fatigue et/ou terrassé à force d'impuissance face aux effets de la maladie.

Tout comme nous en ce moment, leurs libertés individuelles sont réduites et très souvent soumises à autorisation pour les exercer.

Tout comme nous en ce moment, ils crèvent d'envie d'avoir des relations sociales, mais leurs interactions sont limitées.

Mais à la différence de nous, il n'y a souvent pas de « levée de confinement » prévue.

Mais à la différence de nous, ils n'ont pas choisi les personnes avec lesquelles ils partagent ce confinement et le lieu où ils vivent a été choisi à partir d'un éventail très limité.

Mais à la différence de nous, ils n'ont aucun pouvoir pour s'auto-signer le droit d'accéder à quelques libertés individuelles.

Mais à la différence de nous, ils payent pour accéder à ces lieux où leur vie est confinée.

Soyons-en sûrs, l'immense majorité des personnes qui œuvrent au sein de ces lieux de vie confinée, socialement acceptés dans notre paysage, mettent toute leur énergie pour en limiter les contraintes inhérentes, en organisant et autorisant des sorties, en imaginant 1001 stratégies pour développer des liens sociaux, en ayant recours aux spécialistes pour alléger les effets délétères de la vie en collectivité. Nous sommes les témoins tous les jours de cette énergie et de cet engagement... Mais, il n'en reste pas moins, que par nature, l'humain n'est pas fait pour vivre enfermé en groupe contraint et dépendant du pouvoir d'autrui pour l'accès aux libertés individuelles. On peut mettre toutes ses forces pour





favoriser le « bien vivre » au sein de ces lieux collectifs, dits souvent « de vie », mais il nous faut sans doute reconnaître, à l'expérience de ce que nous vivons dans notre chair et dans nos esprits en ce moment, que ce n'est tout simplement pas « bon » pour l'Humain. Nous sommes des êtres constitués pour l'autodétermination, avides de mouvement pour aller vers notre environnement, curieux de la vie des autres et assoiffés de libertés.

Dans ce nouveau numéro de notre Revue, nous vous invitons à prendre le temps de découvrir :

- L'interview de **M. Pierre Haristouy** – Directeur Général de l'association « Trisomie 21 Nouvelle Aquitaine ». Dirigeant engagé dans la transition inclusive, nous l'avons sollicité pour nous témoigner de l'expérimentation en cours de la fonction APV : « Assistant aux Parcours de Vie » en région Nouvelle-Aquitaine.

- L'entretien avec **M. Michaël Wehmeyer** – Professeur en éducation spécialisée à l'université du Kansas et également directeur du Beach Centre spécialisé en recherche sur les incapacités reliées à la qualité de vie et à l'autodétermination. Il nous expose les évolutions depuis 1970 des recherches en modélisation et conceptualisation sur l'autodétermination.
- Un article de Mme **Marie-Anne Bracco**, du Conseil québécois d'agrément et de Mme **Aline Mahout & M. Christophe Lesuisse**, du Groupe Tricentenaire au Luxembourg. Ils nous proposent un regard croisé sur l'innovation sociale et sa possible définition.

Merci de votre intérêt partagé et bonne lecture à vous toutes et tous. ●

Eric Piriou, *directeur du CPSI-CAC*

## BOURSE DE PRESTIGE CLAUDE BELLEY



Le Conseil d'administration du Consortium national d'expertise en inclusion sociale (CNEIS) a unanimement décidé de perpétuer l'œuvre remarquable d'un homme inspirant, ayant activement contribué au développement des meilleures pratiques en inclusion sociale, notamment

dans le secteur des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

Monsieur Claude Belley a été directeur général de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (TSA) (FQCRDITED) jusqu'à sa retraite du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Durant ces trois années complètes de gouvernance, il a su faire la promotion des besoins et du potentiel des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement. Il a su créer et maintenir un véritable lieu de partage, de concertation et d'en-

traide entre ses membres. Il a soutenu de manière efficace le développement de l'expertise spécialisée qui contribue maintenant aux meilleures pratiques en inclusion sociale.

Pendant près de 25 ans M. Claude Belley a été président du Consortium national de recherche en intégration sociale (CNRIS) jusqu'à l'intégration de ses activités par le Centre intégré de la santé et des services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Durant cette période, il a développé un véritable réseau de solidarité à la recherche et de soutien à l'animation de la recherche en établissement dans tous les CRDITED du réseau québécois. Par son énergie, il a su insuffler chez ses collègues, un véritable engouement pour l'innovation.

Afin de mettre en lumière la contribution significative de cet homme d'exception, le Conseil d'administration du Consortium national d'expertise en inclusion sociale offre la Bourse biennale de prestige Claude Belley pour la réalisation d'un projet ou d'une pratique remarquable dans un réel contexte d'inclusion sociale basée sur des meilleures pratiques ou des données probantes ou encore sur une démarche scientifique rigoureuse.



# Entretien avec Pierre Haristouy



**Pierre Haristouy** est notre invité ce trimestre, pour notre rubrique « interview d'une personne engagée dans la transition inclusive ».

Nous l'avons sollicité pour nous témoigner de l'expérimentation en cours de la fonction APV : « Assistant aux Parcours de Vie » en région Nouvelle-Aquitaine.

*Pierre Haristouy est le Directeur Général de l'association Trisomie 21 Nouvelle Aquitaine – Elle est la réunion de 4 associations départementales parentales (Haute-Vienne, Gironde, Lot-et-Garonne, Pyrénées Atlantique). Depuis le début des années 80, elles avaient chacune construit des modalités d'accompagnement inclusif en milieu ordinaire pour les enfants et adultes ayant une déficience intellectuelle. Depuis 2014, elles se sont réunies en une association gestionnaire de services qui a créé un centre de ressources et d'innovation régionale pour la Nouvelle-Aquitaine.*

**Pierre Haristouy, bonjour et merci d'avoir accepté ce temps d'échange pour nos lecteurs. Pour commencer, parlez-nous de l'expérimentation de la fonction « Assistant aux Parcours de Vie » au sein de l'association Trisomie 21 Nouvelle Aquitaine, et en particulier de sa genèse.**

« Trisomie 21 Nouvelle-Aquitaine » participe à l'expérimentation nationale Assistance au projet de vie (APV), menée par Nexem dans 8 départements. Cette nouvelle fonction est essentielle dans la transformation de nos services en « centre ressources ». En 2014, s'est opérée une réflexion stratégique lors du rassemblement des 4 associations départementales. Ces dernières avaient construit des services médico-sociaux dans des logiques inclusives, avec des valeurs fortes telles que la promotion de l'inclusion sociale, l'autodétermination, la confiance en la personne, le triple partenariat personne – parents – professionnel. Ces valeurs étaient en totale adéquation avec la politique sociale en faveur du handicap et qui s'est accélérée depuis. On constate alors que l'on propose des expertises assez atypiques avec les offres existantes dans le secteur, restées sur des modalités classiques d'accompagnement en établissement. Mais on constate également, comme dans tout accompagnement médico-social, qu'il y a des manques, des ruptures, une logique du « tout ou

rien » (de nombreuses personnes sur liste d'attente, un accès à la santé défaillant pour les adultes et de fortes inégalités de services sur les territoires). Nous nous retrouvons avec les mêmes difficultés que les autres associations, à savoir des personnes exclues de l'accompagnement. Il y avait nécessité de construire des partenariats plus forts pour induire des dynamiques de changement sur les territoires et pour développer cette transformation inclusive.

L'idée a été de construire un projet d'action sociale basée sur l'innovation, qui permette d'instaurer de nouvelles dynamiques. L'objectif était de permettre aux personnes en recherche de solutions, ou en rupture de parcours, de construire des réponses avec l'aide d'experts au parcours, avec un maximum de souplesse et dans des logiques permanentes d'appui sur le droit commun.

Nous avons créé, avec l'Agence Régionale de Santé, à partir de nos agréments existants, en mutualisant et en capitalisant nos expériences et compétences, un centre de ressources.

Ce centre de ressources a été conçu pour amener une rupture, un changement de paradigme dans la manière de concevoir nos accompagnements. Il s'agissait, en particulier, de ne plus se positionner dans l'évaluation des incapacités et des besoins de la





personne mais sur la base de son projet de vie. Le rôle premier de notre structure est de renforcer le pouvoir d'agir des personnes et de leur famille et de favoriser l'exercice de leurs droits. Cela implique que les accompagnements se fondent sur le projet et les choix de vie pour construire une œuvre commune, à partir de ce que souhaitent les personnes. Chacun est acteur et a des responsabilités.

À partir de nos agréments existants (SESSAD, SAVS, SAT), nous avons donc construit une nouvelle palette d'offres de service mutualisées :

- Une offre d'assistance au parcours de vie – nous l'exposerons plus en détail au cours de notre échange – qui est une offre d'assistance à la maîtrise d'ouvrage. Elle consiste à :
  - L'aide à la formulation du projet de vie.
  - L'aide à l'exercice de ses droits.
  - L'aide à la définition des modalités d'accompagnement que la personne souhaite mettre en œuvre.
- Trois pôles d'accompagnement afin d'être ressources pour la mise en œuvre de l'accompagnement :
  - Accès à la santé par la personne et sa famille.
  - Accès aux droits et ce, à tous les âges de la vie (éducation, apprentissage, travail).
  - Accès à la vie sociale (habitat, loisirs, mobilité, culture...).
- Une offre de recherche des ressources dans le droit commun et d'appui à leur accessibilité. Il s'agit d'accompagner l'environnement à être inclusif et accessible. Le centre est une ressource pour les acteurs de droit commun. Il est à disposition des territoires. Les professionnels sont aujourd'hui nommés « accompagnateurs de parcours inclusifs ».

**La fonction de l'Assistance Parcours de Vie (APV), est-ce une nouvelle fonction, une fonction supplémentaire ou vient-elle en remplacement d'une fonction existante ?**

Il s'agit bien d'une nouvelle fonction, d'un nouveau métier : elle est expérimentée dans le réseau NEXEM. Elle a un positionnement tout particulier. Pour la présenter, la meilleure métaphore est celle

de la construction d'une maison. Il y a un maître d'ouvrage qui définit le projet : il s'agira là de la personne et de sa famille. Pour pouvoir le faire, ils ont souvent besoin d'une assistance à la maîtrise d'ouvrage. Ce sera un soutien dans l'élaboration du projet et dans sa formulation. Ce sera également un appui pour avoir les informations techniques permettant de prendre des décisions avec une meilleure connaissance des éléments. Quand on construit une maison, on peut avoir besoin d'un architecte, mais également de quelqu'un qui va coordonner les différents corps de métier. L'APV pourra être complémentaire du coordinateur de projets. Il viendra en soutien permanent du projet des personnes face aux contraintes présentées par les techniciens. C'est pour cela que les APV peuvent être à côté des familles, si elles le souhaitent, dans les réunions de projet par exemple. L'APV vient en soutien de la personne et des familles pour la construction de leur parcours à toutes les étapes de leur vie.

Leur première fonction n'est pas de coordonner le parcours mais de donner les ressources à la personne et à la famille afin de pouvoir coordonner leur projet. L'APV n'accompagne pas non plus sous forme de prestations directes. Il n'est pas dans l'action d'accompagnement quotidien des bénéficiaires..

**Quels ont pu être les influences et les éclairages apportés par d'autres pays dans l'élaboration de cette fonction ?**

Les influences internationales sont réelles ! Tous ceux qui ont conçu et promu ce métier ont pu faire référence au modèle québécois et au concept d'auto-détermination tel que porté en Belgique. C'est plutôt dans une culture sous-jacente que ces réflexions ont émergé au fur et à mesure des rencontres et de la construction même du projet. L'influence internationale est très nette dans la politique nationale du handicap. La principale influence vient en particulier de la convention de l'ONU, dans la volonté de promouvoir avant tout la non-discrimination, l'exercice du droit des personnes, leur inclusion sociale et l'accès plein et entier à tous les services de la société de droit commun. Notre modèle d'accompagnement, au sein de Trisomie 21 France, a toujours été imprégné d'autres cultures et en particulier, liées à des





modèles nord-américains. On n'a pas importé tel quel un modèle venu d'un autre pays. On a construit une modalité au regard des besoins observés, de référentiels théoriques et de différents appuis de chercheurs.

On a tendance à observer un grand décalage entre les réflexions actuelles, qui trouvent un consensus dans le secteur médico-social sous les termes « révolution culturelle », « nouveau paradigme » ... et les faibles changements réels dans les usages et les pratiques. Beaucoup reste à construire pour le parcours des personnes et la réalité de leur capacité à faire valoir leurs droits.

### Quels sont les principaux enseignements de l'expérimentation ?

L'expérimentation se poursuit encore actuellement. On est dans une phase de modélisation: fiche-métier, référentiel de compétences, des formations viennent d'ouvrir mais nous avons encore beaucoup à faire dans ce champ-là. Nous voulons promouvoir vraiment un modèle de labellisation et de certification du métier et des dispositifs qui le portent pour pouvoir engager son déploiement dans les meilleures conditions possibles.

Il y a un enjeu aujourd'hui, qui se précise dans la généralisation de ce métier. C'est en renforçant la demande que l'on pourra accompagner la transformation de l'offre et l'émergence d'une société inclusive.

### En quoi cette nouvelle fonction APV participe-t-elle, selon vous, d'une transformation de l'offre ou plus largement d'une transformation des politiques sociales ?

Depuis 15-20 ans on a demandé au secteur médico-social d'évoluer sur la logique inclusive. Depuis 3 à 4 ans, cela a fait évoluer l'offre. Les opérateurs se sont réorganisés avec une analyse globale, en proposant une nouvelle offre.

Mais on peut aborder le changement par un autre cadre: en renforçant la demande. L'APV va modifier la demande. En effet, le principe de permettre aux personnes et leurs familles de définir ce qu'elles souhaitent, et les modalités d'accompagnement qui leur conviennent, auront une influence sur la question de la transformation de l'offre.

*« On peut aborder le changement par un autre cadre en renforçant la demande. L'APV permettra, aux personnes et leurs familles de définir ce qu'elles souhaitent. Elles auront alors une influence sur la question de la transformation de l'offre. »*

Les structures et les opérateurs adapteront leur offre à cette nouvelle demande. Les personnes seront plus armées pour définir ce qu'elles souhaitent et ce vers quoi elles veulent aller, mais aussi dans les solutions qui leur sont proposées, lesquelles elles privilégient et dans leur capacité à chaque fois, à faire valoir leurs droits.

Si les personnes ne sont pas suffisamment armées pour faire valoir leurs droits, elles se retrouveront encore confrontées à une offre qui va structurer les réponses qui leur sont apportées, voire qui va les obliger à accepter ces réponses-là. La réflexion des familles sur le projet de vie, la confiance acquise dans la coopération avec les APV, leur permettront de faire valoir leurs choix et si nécessaire, de contester des décisions de MDPH ou d'autres parties prenantes du parcours de vie.

### Quel devenir, selon vous, du travail social tourné vers une intervention pour un environnement inclusif ?

Tous les opérateurs médico-sociaux se réclament de la société inclusive. Soit on se transforme, on est alors pro-actif, soit on résiste et en particulier, en défendant le maintien des établissements tels qu'ils sont.





Pour autant, les introductions aux projets associatifs pourront être les mêmes à quelques nuances près. Seul le volet de la protection pourra éventuellement diverger. Ce qui va nous différencier, c'est d'aller dans l'effectivité de l'exercice des droits des personnes et de leurs choix.

Tous nos process de mise en œuvre des accompagnements vont consister à s'interroger sur comment permettre à la personne d'être le plus possible en capacité de faire ses propres choix. La question n'est pas : « établissement ou pas ». La question est : « est-ce que l'on a des solutions qui sont réellement voulues par la personne, en pleine conscience de l'exercice de ses droits ? ». Cela pourra alors être suivi d'un accompagnement dit « modulaire », avec différents appuis, et selon les périodes du parcours.

### **En quoi Le Centre de Preuve « société inclusive » en Nouvelle-Aquitaine, pourra-t-il être un appui dans votre démarche ?**

Nous sommes très intéressés pour travailler avec le centre de preuve. En effet il faut maintenant amener la preuve de la pertinence de ces modes d'accompagnement. Les référentiels des évaluations internes et externes ne sont pas suffisants pour interroger la mise en œuvre des parcours et pour analyser des services comme les nôtres.

*« Si les personnes ne sont pas suffisamment armées pour faire valoir leurs droits, elles se retrouveront encore confrontées à une offre qui va structurer les réponses qui leur sont apportées »*

On est également très intéressés par l'approche territorialisée et populationnelle. Le futur de l'assistance au Parcours de Vie devrait être un pôle commun à plusieurs acteurs sur un même territoire. Cette fonction gagnera à être gérée en dehors des opérateurs de l'offre.

**Merci M. Haristouy d'avoir accepté de prendre le siège de l'invité, pour ce nouveau numéro d'Inclusion Sociale, et de nous avoir éclairé avec talent et précision sur cette fonction « Assistant aux parcours de vie ».**

*Entrevue réalisée par Gwenaël Planchin.*

### **Pour aller plus loin...**

■ Une Vidéo de présentation de la fonction APV par Nexem :

<https://www.youtube.com/watch?v=tkGiKpfZskw>

■ La Chaîne Youtube Trisomie21 Nouvelle-Aquitaine – Avec le témoignage de personnes et familles.

■ Une Etude sur les premiers enseignements de la fonction APV par Nexem :

[https://nexem.fr/app/uploads/2016/07/APV-iers-enseignements\\_Klesia-Nexem-Ocirp\\_Juin2018.pdf](https://nexem.fr/app/uploads/2016/07/APV-iers-enseignements_Klesia-Nexem-Ocirp_Juin2018.pdf)



# Rencontre avec Michaël Wehmeyer



**Michaël Wehmeyer** est professeur en éducation spécialisée à l'université du Kansas et est également directeur du Beach Center on Disability, spécialisé en recherche sur les incapacités liées à la qualité de vie, à l'autodétermination ainsi qu'à une panoplie d'autres facteurs dont le principal est la déficience intellectuelle.

## TÉLÉCHARGEMENT

Version complète de l'article (PDF)

[CLIQUEZ ICI](#)

**D**ans quel contexte avez-vous été intéressé à travailler sur le concept de l'autodétermination ?

« Dans un contexte américain, vers le milieu des années 1970, des lois fédérales américaines permirent à des étudiants présentant certaines incapacités, dont ceux présentant une déficience intellectuelle, de profiter d'une éducation dans le secteur public. Au fil des ans, ces étudiants ont réussi leurs études et ont quitté l'école. C'est alors qu'il devint évident que les résultats de formations n'étaient pas aussi encourageants que ce que l'on avait pu espérer. Les autorités fédérales ont constaté que le programme scolaire présentait des failles. Notamment du fait d'une part que les jeunes n'avaient jamais été réellement impliqués dans leur programme éducatif. Et d'autre part, ces étudiants ne s'étaient jamais fixés d'objectifs précis à atteindre et n'avaient pas été aidés en ce sens.

Vers la fin des années 1980, il devenait évident qu'il fallait établir des bases plus précises en développant de nouveaux programmes afin de circonscrire les aspects problématiques concernant l'autodétermination. La première étape du projet fut de nous intéresser aux différents problèmes vécus par les étudiants présentant des incapacités.



À votre avis, quels sont les défis auxquels nous devons faire face à l'époque afin d'améliorer la vie des personnes vivant de telles situations de handicap ?

À compter de 1990, nos travaux démontrèrent que les jeunes présentant des incapacités étaient moins autodéterminés que le reste de la population, et nous étions également conscients qu'ils nous manquaient des informations à ce sujet.

Pendant les cinq années qui suivirent, nous avons mis en place des systèmes d'évaluation dans différents secteurs. En 1995, nous avons pu publier un premier outil de mesure permettant l'analyse de facteurs contribuant à l'autodétermination ainsi qu'aux rapports d'intervention.

Le mouvement d'auto-défense des droits de personnes présentant une déficience intellectuelle à l'échelle mondiale a clairement contribué lors de cette décennie à informer la population en énonçant souvent le terme « autodétermination » en liant cette idée à leur vie. Bien qu'il fallût un certain temps, ceci permit d'éveiller la conscience des responsables des institutions scolaires.







**Au début des années 2000** et surtout à cause du travail qui a été accompli par plusieurs personnes, il devint évident que l'autodétermination était essentielle pour soutenir les personnes présentant une déficience intellectuelle et que dans la prochaine décennie, nous devions consacrer nos efforts à la création et à l'évaluation des meilleurs soutiens à ces personnes. D'ailleurs, dans les années 2000 et au début des années 2010, un nombre important d'études mettant de plus en plus en évidence les liens de causalité ont été publiés sur le sujet.

**Pourriez-vous nous expliquer pourquoi vous avez développé les fonctionnalités de l'autodétermination ?**

L'importance de mettre l'accent sur l'autodétermination découle de circonstances politiques et, du constat que nous ne possédions aucune base solide en recherche scientifique. Il fallait donc relever le défi de développer un modèle d'intervention et d'évaluation afin de promouvoir le concept d'autodétermination.

Nous avons d'abord pris le temps de mettre en place une définition claire de l'autodétermination, et le financement obtenu nous a permis de prendre en compte les apports d'une multitude de disciplines, en plus de proposer un cadre théorique que nous avons appelé « modèle fonctionnel ». Le terme fonctionnel est utilisé principalement parce que le modèle fait appel à l'acquisition par une personne d'un ensemble de comportements autodéterminés qui permettent à la personne d'être l'agent causal qui influence ce qui arrive dans sa vie en cohérence avec ses valeurs, croyances ainsi que de vos attitudes.

Être autodéterminé reflète l'action volontaire qui affecte positivement notre vie. Faire avancer les choses dans notre vie est une autre bonne façon de mieux comprendre cette théorie.

Au milieu de nos travaux, nous avons élaboré une définition qui, au fil du temps, nous a permis de construire un nouveau processus. L'idée première était que le modèle fonctionnel aidait grandement à

comprendre l'autodétermination. Nous étions aussi intéressés à mieux comprendre comment certaines personnes devenaient autodéterminées.

À cette époque, la psychologie positive ne portait pas encore ce nom et ne faisait pas référence au vécu de personnes présentant une déficience intellectuelle. Elle est maintenant connue sous le nom de théorie de l'autodétermination. De même, lors des débuts de la théorie de la motivation, les préoccupations à propos de la situation des personnes

présentant une déficience intellectuelle étaient quasi inexistantes.

En rétrospective, il y a eu une forte progression en ce qui concerne l'information sur la théorie de l'autodétermination depuis 25 ans, et cette progression nous a permis de transformer cette théorie en un concept concret. De plus, un nouveau champ de psychologie positive incluant entre autres le positivisme et l'espoir d'une vie

meilleure devenaient parties intégrantes de l'autodétermination.

**Croyez-vous que nous devons porter un regard minutieux au nouveau modèle qui est particulièrement axé sur le processus psychologique menant à une conduite autodéterminée comparativement au modèle fonctionnel ? Comment entrevoyez-vous la transition entre ces modèles ?**

**Au début des années 90'**, nous avons testé le modèle fonctionnel grâce à de multiples instruments de mesure et les résultats vinrent confirmer ce que nous avions prédit à propos du modèle fonctionnel. Pour donner suite à ces résultats, il devint important de créer un programme d'accompagnement éducatif. Plus tard, vers l'année 2010, nous avons mis sur pied une étude d'essais afin d'expérimenter nos programmes. À la suite de ces interventions, nous avons évalué leur impact afin de promouvoir l'autodétermination dans les écoles. Les résultats obtenus nous ont alors confirmé que le modèle était réaliste.

*Il devint évident que l'autodétermination était essentielle pour soutenir les personnes présentant une déficience intellectuelle*





Lorsque nous avons créé la théorie de l'agentivité causale, nous nous sommes aperçus que nous étions aussi très près du modèle fonctionnel.

La nouvelle version du modèle que nous voulions utiliser comprenait fondamentalement la même structure que l'ancienne, le même cadre.

Nous retrouvions également les caractéristiques essentielles à l'autodétermination ainsi que ses éléments constitutifs. Nous n'avons amélioré qu'une seule des composantes qui était déjà présente dans la théorie originelle de l'agentivité causale.

Un autre changement important consiste à développer de nouvelles techniques afin d'utiliser certaines théories que nous développons actuellement et qui sont directement liées à la théorie de l'agentivité causale et à l'autodétermination.

Lorsque nous avons titré l'article « reconceptualization » du modèle fonctionnel, c'était plutôt une mise à jour de notre modèle et je ne crois pas que le terme « reconceptualization » était approprié, car il n'avait jamais été question d'abandonner le modèle, mais plutôt d'un développement logique, d'une itération de ce modèle. Avec le recul, la théorie de l'agentivité causale a certainement bénéficié au modèle fonctionnel, à la théorie de l'autodétermination ainsi qu'à la psychologie positive.

**Un de vos premiers livres rédigé avec Deanna Sands s'intitulait « Self-Détermination Across the life Span: Independence and Choice for People with Disabilities ». Maintenez-vous toujours que l'autodétermination se développe tout au long de la vie ?**

Nous continuons notre travail sur le cycle de vie grâce à la théorie de l'agentivité causale pour expliquer l'autodétermination.

Dans un futur immédiat, je pense que nous devons mettre l'accent sur les compétences de base en rela-

*Nous avons d'abord pris le temps de mettre en place une définition claire de l'autodétermination*

tion avec l'autodétermination. L'autodétermination n'est pas uniquement utile dans le développement des adolescents, elle est également dans les expériences vécues pendant l'enfance. Ces expériences de la petite enfance ont un impact certain sur la capacité du développement de l'autodétermination à l'adolescence.

Beaucoup de travail peut maintenant être accompli depuis que nous possédons des outils de mesures en regard de l'autodétermination, utilisés de l'âge de 13 ans jusqu'à 70 ans grâce aux versions adolescentes et adultes du SDI. Ces deux versions possédant la même base d'évaluation, nous ont permis de nous questionner sur le développement du parcours de vie des personnes présentant une déficience intellectuelle en comparaison avec celui des adultes sans déficiences.



Il existe une différence marquante entre les adultes et les écoliers, principalement parce que les adultes ont un rôle différent et qu'il est impensable d'avoir la même relation adultes/élèves avec les professeurs. Une telle différence comporte des implications et nous en sommes conscients.

Nous avons une équipe de personnes à l'intérieur de notre département, concernées par l'emploi chez les adultes. Les opportunités d'emplois ont un grand impact sur le maintien de l'autodétermination lorsque les jeunes adultes terminent leurs études.

Il existe une variété de domaines pour lesquels nous n'avons que peu d'informations et sur lesquels l'autodétermination a certainement une incidence directe. Prenons par exemple, la sexualité. L'autodétermination et la sexualité vont de pairs, au même titre que les relations sociales ou les interactions sociales. Nous avons encore beaucoup de travail à faire dans ces domaines, mais nous sommes sur la bonne voie.





En terminant, notre plus grand défi sera toujours celui de conserver la vraie nature de l'autodétermination. Je crois que la théorie de l'agentivité causale est une théorie universelle que ce soit au Japon, en Europe ou en Australie. Rappelez-vous que peu importe la décision que vous prenez, le but ultime est d'en arriver à atteindre vos objectifs de vie. Ceci se traduit parfois par de petits ajustements, parfois de plus importants. La manière dont se prennent des décisions dans des sociétés individualistes versus des sociétés collectives varie beaucoup. Toutefois, l'action de choisir et de manifester des actions volontaires conséquentes à leur choix est souhaitable pour tous. Au final, la fonction du comportement autodéterminé est de permettre à une personne d'agir volontairement dans le but d'atteindre ses objectifs en fonction de ce qui est important dans leur vie.

**Merci beaucoup pour votre générosité ainsi que pour votre importante contribution. De vous connaître et d'avoir eu la chance de travailler à vos côtés est un grand privilège et je vous en remercie!**

Je vous suis reconnaissant du travail que vous accomplissez, et je suis heureux de constater que vous portez une attention particulière à ce problème dans la communauté francophone. ●

*Propos recueillis par Yves Lachapelle, professeur  
au département de Psychoéducation  
à l'Université du Québec à Trois-Rivières  
et Daniel Boisvert,  
Directeur du Consortium National  
d'Expertise en Inclusion Sociale*



# Accompagner, reconnaître et valoriser l'innovation

**MARIE-ANNE BRACCO** Directrice du Conseil québécois d'agrément, CQA



## Introduction

Pourquoi l'innovation prend-elle une place aussi majeure dans les enjeux économiques auxquels notre société actuelle doit faire face? Parce qu'elle fait référence, entre autres, à la remise en question des pratiques, à la mise en place de processus créatifs et nouveaux, le tout dans un souci de gain en efficacité, de performance et de création de valeur. Et bien souvent, la capacité d'innovation est un incontournable à la pérennité et au développement des activités.

Bien évidemment, le domaine de la santé et des services sociaux n'échappe pas à ces défis. Notamment dans un contexte économique qui exige des organisations, une quête permanente d'un fragile équilibre entre « faire mieux (parfois plus!) avec moins ». Bien souvent, c'est dans cette tension même, entre deux pôles qui s'opposent et se confrontent (augmentation des besoins et diminution des ressources), que la capacité organisationnelle d'innovation peut se révéler. Bien assumée, encadrée, reconnue et valorisée dans un système qualité intégré, cette capacité peut faire une différence, car il est acquis désormais que, bien gérées, les pratiques novatrices ajoutent de la valeur tant sur le plan de la qualité, de la sécurité des soins et des services, de la performance administrative (efficacité et mobilisation), que de l'expérience vécue par les usagers.

La complexité de l'innovation n'est pas tant dans la nouveauté elle-même que dans le maintien des conditions qui la crée, la soutienne, l'implante et la valorise de manière continue.

Au Québec, le Conseil québécois d'agrément (CQA) est reconnu pour accompagner les organisations du réseau de la santé et des services sociaux dans l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des services, en fonction de normes d'excellence

qui renvoient aux meilleures pratiques en vigueur. En tant qu'organisme d'agrément, le CQA s'est attaché dès la création de son cadre normatif à porter une attention particulière au processus portant sur la gestion de l'innovation et ce, dans une logique d'excellence.

## Qu'est-ce que la distinction Milieu novateur?

Les différentes recherches menées par le CQA sur le thème de l'innovation ont permis de formuler une définition sur laquelle s'est appuyé le développement du programme **Milieu novateur**.

*« L'innovation est une idée, une pratique, un comportement, un processus organisationnel nouveau pour le secteur de service, qui vient créer de la valeur pour les clients internes et externes en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Elle doit être mesurable dans son succès et transférable ».*

Pour ne pas être le fruit du hasard, l'innovation doit rassembler les conditions gagnantes sur lesquelles va s'appuyer le processus d'innovation, sur une routine quotidienne qui intègre la nécessité de « penser autrement ». C'est ce que nous appelons « la culture de l'innovation ».

**Milieu novateur** est finalement un programme de distinction qui témoigne du fait qu'une organisation a mis en place cette culture et les conditions lui permettant de gérer ses processus d'innovation, dans une logique de développement organisationnel, d'efficacité et d'amélioration continue.

Conçu en deux volets, le programme **Milieu novateur** vient tout d'abord évaluer le niveau de présence d'une culture de l'innovation dans l'organisation afin de reconnaître, dans un deuxième temps, la mise en place de projets innovants. Pour ce faire, le CQA met à disposition de ses membres deux outils diagnostics bâtis sur la mesure de différentes variables associées à la gestion dynamique du processus d'innovation. Une fois remise, cette distinction est valable pour une durée de quatre ans.



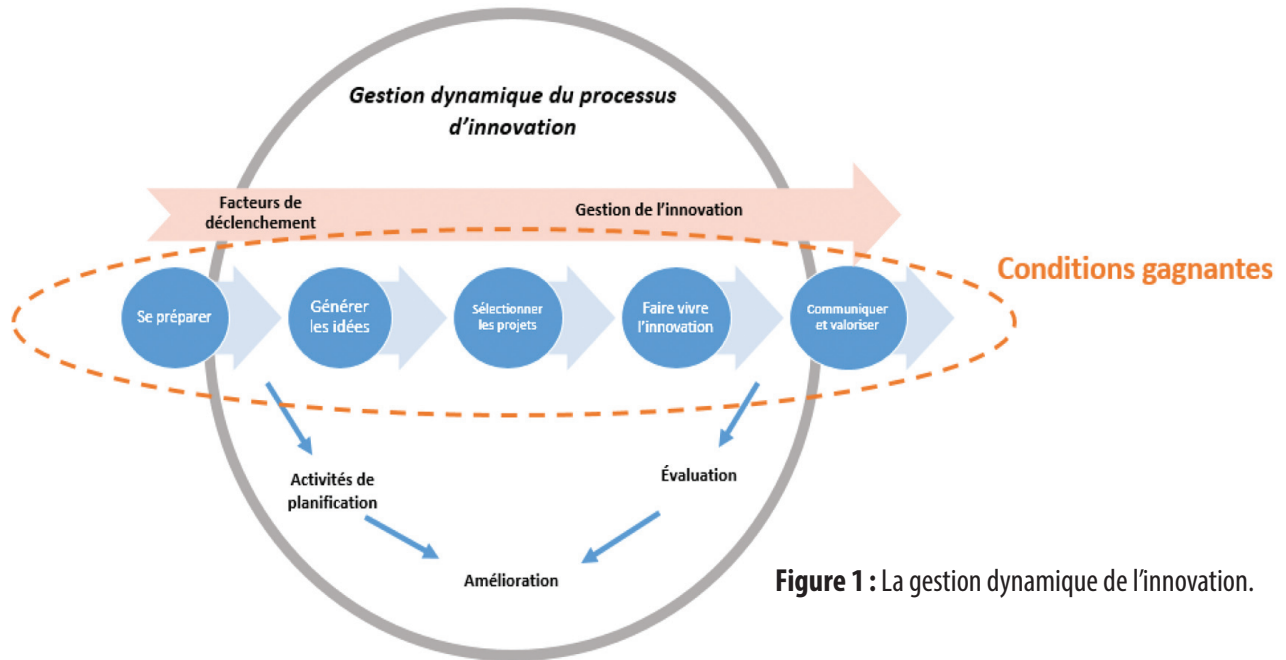


Figure 1 : La gestion dynamique de l'innovation.

## La démarche d'auto-évaluation Milieu novateur

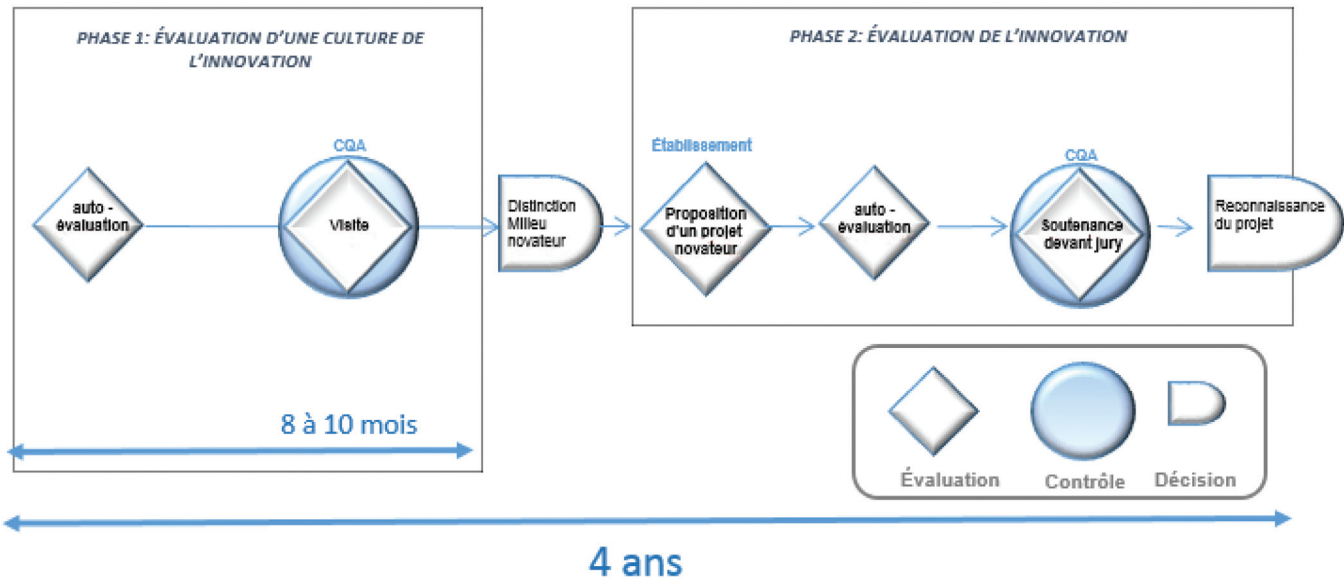


Figure 2 : La démarche d'autoévaluation du milieu Novateur.





## Les finalités de la distinction Milieu novateur

**Milieu novateur** reconnaît publiquement la culture d'innovation et valorise les projets novateurs produits au sein des organisations. Ainsi, dans un contexte de forte concurrence, cette distinction vise à se démarquer tout en stimulant les initiatives en faveur de l'innovation.

Par le biais de sa méthodologie, le programme **Milieu novateur** permet d'évaluer l'engagement, la collaboration, le penser et agir autrement, l'adhésion, la mesure, la nouveauté, la création de valeur, l'efficacité, et la transférabilité qui sont tout autant de variables requises à l'implantation d'une culture favorisant l'émergence de projets innovants.

Enfin, au-delà de la reconnaissance publique, **Milieu novateur** tend à apporter une dimension apprenante aux organisations. Ainsi, le programme **Milieu novateur** vise à ce que les différentes étapes du processus d'innovation créent des connaissances susceptibles de générer d'autres idées ou projets. Finalement, il ne s'agit pas simplement de mener des projets à terme, mais de bâtir des compétences spécifiques tout en favorisant et en soutenant les conditions pour conduire les prochains, de façon encore plus performante.

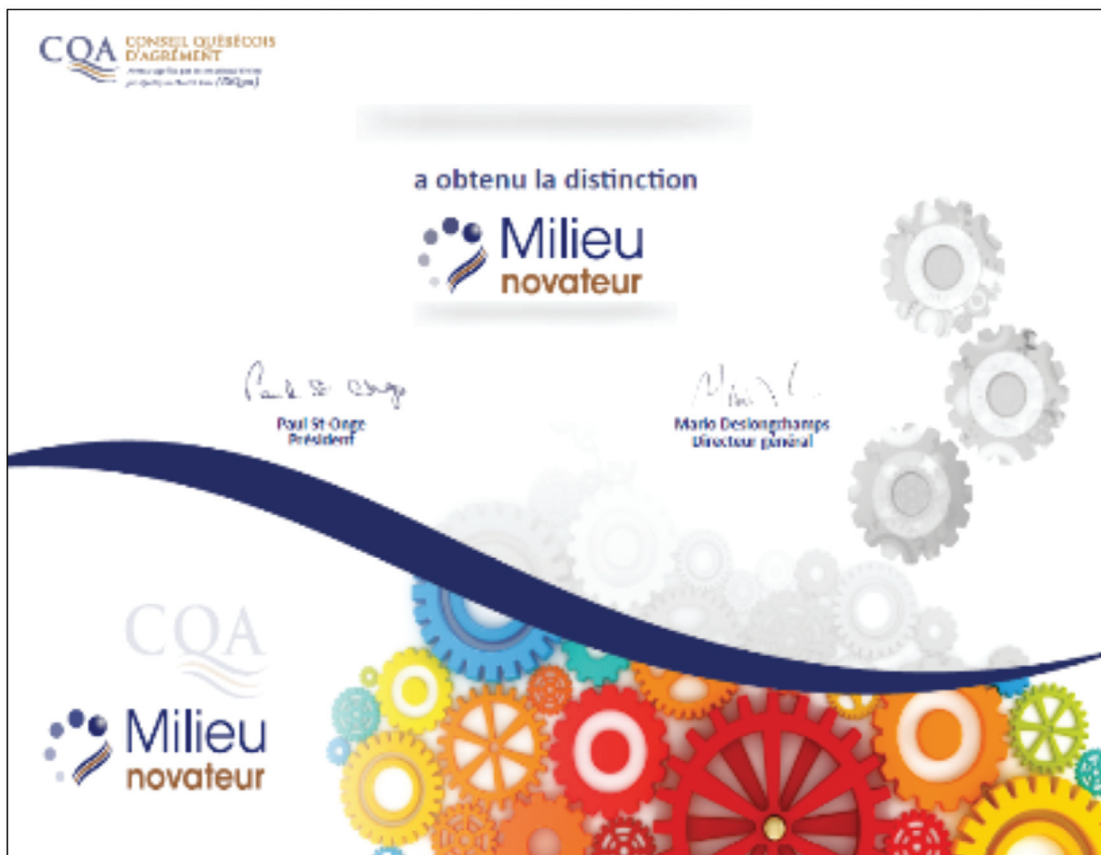


Figure 3 : La distinction Milieu Novateur.



# Un exemple de démarche innovante : Le Tricentenaire du Luxembourg

ALINE MAHOUT | CHRISTOPHE LESUISSE *Groupe Tricentenaire Luxembourg*

## TÉMOIGNAGE D'UNE PRATIQUE INCLUSIVE

Le Groupe Tricentenaire propose différents services aux personnes en situation de handicap et à leurs familles au Grand-Duché de Luxembourg. Il s'agit notamment de structures d'hébergement en résidence et en accueils temporaires, de services d'activités de jour, d'un service spécialisé de loisirs et de séjours de vacances, d'un centre de formation, d'ateliers de travail inclusifs, d'un réseau d'aide à domicile et d'un Bar à chocolat, dans lequel sont commercialisées et valorisées les productions des Ateliers.

En 2020, le Tricentenaire accompagne plus de 400 usagers sur le territoire du Grand-duché et occupe près de 350 collaborateurs de disciplines éducatives, psychosociales, soignantes, administratives, techniques, etc.

Depuis plus de 40 ans, les efforts des professionnels du Tricentenaire, soutenus par la direction, ont été orientés sur le développement de l'expression, de la participation et de l'auto-détermination des usagers en situation de handicap. Cette orientation s'est concrétisée à travers la création de différentes plateformes, espaces et outils favorisant les échanges jusqu'au plus récent projet sur la **co-production**.

En corollaire, la direction du Tricentenaire a toujours fortement soutenu le développement de la qualité de vie des usagers et de la qualité de vie de ses collaborateurs au travail par des expériences innovantes et en se confrontant régulièrement à des exercices d'évaluation externe (non obligatoire légalement pour nos services) ou en s'engageant dans différentes démarches de labélisation ou encore de certification.

Le Tricentenaire s'oriente également résolument, pour certaines de ses activités, selon les principes d'actions du développement durable et de l'économie circulaire, sociale et solidaire.

C'est ainsi qu'en 2014, le Conseil d'administration du Tricentenaire prend la décision de s'engager dans la distinction **Milieu Novateur** proposée par le Conseil Québécois d'Agrément (CQA), seul programme connu proposant une évaluation et une reconnaissance des pratiques innovantes dans une finalité d'implantation d'une culture organisationnelle axée sur l'innovation. À cette époque, ce type de programme n'existait pas en Europe; il n'en existe toujours pas à notre connaissance. L'intérêt premier est alors de « dépasser » l'évaluation plus traditionnelle de la qualité pour s'assurer qu'une véritable culture de l'innovation est bien développée au sein des services. Dans un contexte financier de plus en plus exigeant, il était important de se préparer à – continuer de – faire mieux mais avec moins de moyens.

En octobre 2015, Tricentenaire démontre qu'il se conforme aux variables du CQA qualifiant un milieu novateur: s'engager, collaborer, penser autrement, s'exposer, valoriser, adhérer, et au vu des résultats obtenus, se voit octroyer la distinction **Milieu novateur** (phase 1). Celle-ci sera remise officiellement le 16 novembre 2015 à Luxembourg par Madame Bracco du CQA, lors de la clôture d'un séminaire sur l'innovation sociale organisé dans le cadre de la semaine de la Qualité (Mouvement Luxembourgeois pour la Qualité), devant un grand nombre de représentants du secteur social et d'aide et de soins, et en présence de Madame Cahen, Ministre de la Famille et de l'Intégration. Quelques orateurs de renom tels que Monsieur Pascal Thomas (Lead auditeur QSE de l'AFNOR) ou Madame Alice de Casanove (Présidente du Comité technique ISO TC 279: Innovation





Management) nous ont fait l'honneur et l'amitié de participer à cet événement.

La culture de l'innovation au Tricentenaire s'est particulièrement distinguée à travers la préoccupation constante en faveur de la qualité de vie des usagers ; l'implication et l'engagement passionnés et généreux de tous les collaborateurs, managers et membres du conseil d'administration ; le climat organisationnel et le leadership de l'équipe de direction qui soutient l'implantation d'une culture de l'innovation pour trouver des solutions créatives aux besoins émergents des usagers ; une coordination pluridisciplinaire et interservices efficace dans la mise en œuvre de réponses créatives aux besoins personnalisés des usagers ainsi qu'une sollicitation dynamique et persévérante des partenaires issus des différents réseaux pour la co-construction de projets de collaboration complémentaire.

Dès le début de l'année 2016, le Tricentenaire, fort de ce premier succès partagé par tous, décide de poursuivre cette aventure en réfléchissant à la présentation d'un projet innovant venant compléter le programme de distinction **Milieu Novateur** (phase 2).

Un appel à l'interne et à l'identification d'un projet innovant répondant aux critères du CQA : nouveauté, efficacité, création de valeur, mesurabilité, transférabilité, est lancé. Plus de 10 projets portés par des usagers, collaborateurs et familles sont proposés. C'est finalement celui qui semble le plus abouti conceptuellement, le plus avancé en termes d'actions et qui dispose déjà d'une ressource spécifique qui va être choisi : « *Expression et participation au Tricentenaire : Optimisation et développement de la co-production* ».

L'année 2018 est consacrée au déploiement et au renforcement des missions confiées à une nouvelle fonction créée en 2017 : le Délégué à l'expression des usagers – pierre angulaire de la démarche co-productive –, ainsi qu'au développement des actions du projet. Ce projet vise à développer la co-production

avec les usagers en renforçant et/ou créant des espaces, des outils et des temps d'échanges favorables permettant la mise en œuvre de mécanismes de co-décision, co-construction, co-production et co-évaluation de projets et initiatives. De nombreux usagers et professionnels y sont impliqués et sortent conjointement de leur zone de confort pour embrasser de nouveaux rôles et faire évoluer les pratiques.

En cette phase 2, l'innovation majeure réside dans le fait de considérer pleinement les usagers et leurs entourages, comme des experts (de vie), au même titre que les professionnels transdisciplinaires, et de faire vivre la notion de co-équipiers, selon les maximes suivantes : « *Seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin* » et « *ce qui est fait pour nous, sans nous, est fait contre nous* », pour aller plus loin et de manière qualitative dans notre démarche de co-production.

Début 2019, plusieurs professionnels et deux usagers, qui composent l'équipe-projet, co-contribuent à diffuser largement les informations autour du projet en interne. Cette équipe prépare la phase d'auto-évaluation dans le cadre du programme **Milieu novateur** (phase 2) visant à démontrer sa conformité aux 5 variables qualifiant un projet innovant pour le CQA : nouveauté, efficacité, création de valeur, mesurabilité, transférabilité. À la fin de l'été, les résultats de l'évaluation sont envoyés au CQA et parallèlement le voyage au Québec, auquel 8 personnes participeront (2 usagers et 5 professionnels du Tricentenaire) se prépare activement. Il est également décidé que la présentation du projet devant le jury du CQA contiendra notamment un film illustrant concrètement nos réalisations autour de la co-production.

Depuis notre retour, nous travaillons à étendre encore les actions du projet, à le rendre visible plus largement, à faire connaître nos bonnes pratiques au-delà de notre organisation et à améliorer la mesure de l'impact d'un tel projet sur les usagers, leurs familles et les professionnels.







Reste cependant quelques efforts à produire concernant notamment une meilleure formalisation des orientations stratégiques ou de la vision de l'innovation; une meilleure reconnaissance des usagers, des collaborateurs et des partenaires contribuant à ces pratiques innovantes et enfin le développement d'une culture plus systématique de l'évaluation et de la mesure des projets.

Enfin nous sommes certains que cette distinction **Milieu Novateur**, dans son ensemble nous a porté tout au long de ces 5 années pour mieux valoriser nos pratiques, évaluer nos forces et nos faiblesses et nous fixer de nouveaux objectifs à atteindre. Le retour sur investissement est inestimable pour nos usagers, pour nos équipes et pour notre association. ●



Et c'est une sacrée belle équipe qui s'envole début octobre pour Montréal. Aux membres du Tricentenaire, se joint l'administrateur d'un groupe de presse luxembourgeois qui, bénévolement, va couvrir la semaine sur les réseaux sociaux. Une semaine d'échanges, de rencontres, de visites d'études et un moment fort: la présentation devant le fameux jury! Tout le Tricentenaire soutient l'équipe par différents messages transatlantiques qui sont envoyés pendant le séjour.

En fin de semaine, juste avant le retour, le Président du CQA nous informe que « Expression et participation au Tricentenaire: Optimisation et développement de la co-production » est homologué « projet novateur » avec de très bons résultats dans toutes les variables: 100% pour nouveauté, 100% pour transférabilité, 100% pour efficacité, 85,7% pour création de valeur, 75% pour mesurabilité et enfin 100% pour qualité de la soutenance, soit un niveau global de conformité de 89,3%.

Nous en sommes alors très fiers!



# Article thématique

MARIE-CHANTAL FALARDEAU

## RÉFLEXION SUR LES BONNES PRATIQUES EN INCLUSION SOCIALE SELON LES HABITUDES DE VIE



Doctorante en communication sociale  
Chercheure au Consortium national  
d'expertise en Inclusion  
sociale au Canada

Une bonne pratique est une initiative qui rend compte d'une contribution remarquable pour l'amélioration de la qualité d'un service ou de la qualité de la vie en général. Ce concept est originaire du contexte de production industrielle au tournant du XX<sup>e</sup> siècle (Osburn, Caruso & Wolfensberger, 2011). Il s'agissait alors d'élaborer de nouvelles techniques, de nouvelles façons de faire dans le but d'optimiser l'efficacité d'une industrie en augmentant le régime de productivité. Dans les années 1980, le champ disciplinaire des services sociaux et communautaires s'est approprié le concept de bonnes pratiques afin de répertorier les méthodes et techniques qui sont recommandées au sein du champ de pratique (Osburn & coll., 2011; Peters & Heron, 1993).

L'Organisation des Nations Unies (2016) définit le concept d'inclusion sociale comme étant le processus d'amélioration de la participation dans la société des personnes désavantagées en améliorant leur accès aux différentes ressources (par exemple: éducation, logement, alimentation, etc.), à diverses plateformes permettant de s'exprimer ainsi qu'en veillant au respect de leurs droits. Dans le domaine de l'inclusion sociale, une bonne pratique réfère généralement à l'amélioration de « la capacité d'une personne ou d'un groupe de participer à la vie socioéconomique de sa communauté et de faire reconnaître ses contributions » (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie du Canada, 2013, p. 8).

Qu'en est-il alors des bonnes pratiques en inclusion sociale? Qu'est-ce qu'une bonne pratique en inclusion sociale et quels indicateurs permettent d'affirmer qu'une pratique est adéquate pour ce

secteur? Pour répondre en partie à ces questions, nous portons une réflexion sur les bonnes pratiques en inclusion sociale, celle-ci prenant appui sur 23 textes, selon les habitudes de vie du Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) développé par Fougeyrollas (2010).

À noter qu'il ne semble pas y avoir de consensus à l'égard du terme à employer pour référer à une bonne pratique. En effet, les auteurs s'intéressant à cette question réfèrent à plusieurs notions: bonnes pratiques, meilleures pratiques, pratiques exemplaires, excellentes pratiques, pratiques parfaites, pratiques efficaces, etc., et ce tant dans la littérature en français qu'en anglais. Néanmoins, pour cette réflexion, nous référerons à de « bonnes pratiques », considérant qu'une multitude de pratiques peuvent être bénéfiques pour contrer l'exclusion sociale.

*Une bonne pratique est une initiative qui rend compte d'une contribution remarquable pour l'amélioration de la qualité d'un service ou de la qualité de la vie en général.*

### Indicateurs d'une bonne pratique en inclusion sociale selon les habitudes de vie

Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) de Fougeyrollas (2010) est un modèle conceptuel écosystémique qui propose une compréhension du handicap basée sur l'interaction entre divers domaines de la vie d'une personne, notamment les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie. Précisément, les habitudes de vie





sont au nombre de 12 et représentent l'agir. Ces 12 habitudes de vie sont divisées selon les activités courantes (communication, déplacements, nutrition, condition physique et bien-être psychologique, soins personnels et de santé, habitation) et les rôles sociaux (responsabilités, relations interpersonnelles, vie associative et spirituelle, éducation, travail, loisirs). En somme, ces habitudes de vie contribuent à la qualité de la participation sociale des personnes<sup>1</sup>.

### Les activités courantes

Lorsqu'il est question de l'habitude de vie liée à la *Communication*, les indicateurs de bonnes pratiques réfèrent surtout au fait de laisser librement s'exprimer les personnes qui ont des incapacités ou qui vivent de l'exclusion sociale (OMS, 2016), de favoriser des échanges pour leur permettre de débattre sur des sujets, de revendiquer des droits et de prendre des initiatives (ANESM, 2008). La communication renvoie également au fait de sensibiliser les citoyens et agents locaux à une meilleure accessibilité à l'information (Candeias & coll., 2015) et au fait de créer des outils adéquats (de communication, de consultation, de référencement) pour favoriser l'inclusion sociale (MCR d'Avignon, 2015). Puis, au niveau des organismes communautaires, il importe de partager et de communiquer l'information pour améliorer la coordination des activités communautaires et des initiatives régionales (SIÉS, 2014).

En ce qui concerne l'habitude de vie en lien avec les *Déplacements*, les écrits proposent que les actions qui visent l'inclusion sociale doivent mettre sur pied, promouvoir et soutenir les systèmes de transports communautaires alternatifs (SIÉS, 2014), notamment pour favoriser l'accès aux ressources (par exemple aux produits ou aux surplus des producteurs locaux), tout en élaborant des politiques de transport conciliables avec la santé et la préservation de l'environnement (INSPQ, 2016). De plus, une bonne pratique liée aux déplacements s'efforce de sensibiliser les citoyens et agents locaux à une meilleure

accessibilité aux espaces physiques et sociaux (Candeias & coll., 2015) et vise les interventions de proximité pour faciliter l'accès aux services (Raymond & coll., 2008).

Les indicateurs d'une bonne pratique envers la *Nutrition* réfèrent plutôt à l'établissement de réseaux de soutien qui favorisent une transition des banques alimentaires vers des centres communautaires d'alimentation et au fait d'outiller les citoyens sur les connaissances et les ressources liées à la gestion et à la coordination des aliments, à l'hygiène et à la salubrité des aliments, ainsi qu'à la disponibilité d'aliments sains (Comité sur l'inclusion sociale, 2016; SIÉS, 2014).

Pour ce qui est de la *Condition physique et du bien-être psychologique*, les écrits proposent de questionner les personnes qui ont un problème de santé mentale pour cerner leur bien-être (Clifton & coll., 2013). Ce faisant, c'est surtout la notion d'adapter les interventions aux besoins et à la condition des personnes qui prime.

Lorsqu'il est question des *Soins personnels et de santé*, les indicateurs de bonnes pratiques pointent vers le fait d'identifier les besoins individuels, comme les forces et faiblesses, pour orienter les interventions et déterminer les éléments à considérer dans la planification de services ayant pour finalité la participation sociale, et ainsi de prendre en considération le caractère unique de chacun (Tavares, 2013). Faire de l'usager un patient-partenaire pour l'amélioration de la prestation des soins de santé, et donc centrer les soins sur les besoins des patients (Centre universitaire de santé McGill, 2015), rejoint cette idée. De plus, favoriser un personnel compétent et proposer des services de qualité, rendre les structures de soins accessibles à toutes les personnes, prioriser les préférences des personnes usagères des services concernant le lieu et le type de suivi, assurer le droit à la confidentialité et l'accès à l'information relative à la santé des personnes usagères (OMS, 2016), et détenir une nomenclature partagée par tous (SERAFIN-PH, 2016) sont d'autres indicateurs d'une bonne pratique en soins personnels et de santé. Ajoutons aussi à ces indicateurs l'importance de promouvoir un service rapide

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur le Modèle de développement humain - Processus de production du handicap (MDH-PPH 2), consultez : Fougeyrollas P. (2010). *La funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses de l'Université Laval.





et de proximité en santé et de supporter l'« après » traitement ou réadaptation (Oliver & coll., 2014). Également, une bonne pratique liée aux soins personnels et de santé vise à réduire la stigmatisation qui entoure la santé mentale et l'inclusion sociale (Comité sur l'inclusion sociale, 2016) en valorisant et en renforçant les compétences de littératie, notamment en santé, pour une meilleure équité dans l'accès aux services (par exemple, pour obtenir de l'information sur la santé, comprendre et utiliser des renseignements médicaux, interagir avec les professionnels de la santé et s'orienter dans le système de santé) (INSPQ, 2016).

En ce qui a trait aux indicateurs de bonnes pratiques de l'*Habitation* des personnes, et particulièrement à l'égard des personnes ayant un faible revenu, les écrits relatent l'importance de soutenir la durabilité et la qualité des logements abordables actuels (Comité sur l'inclusion sociale, 2016; SIÉS, 2014), d'accroître l'offre de logements abordables (INSPQ, 2016) et de promouvoir des solutions communautaires innovatrices en matière de logements abordables, accessibles et de qualité, et de communautés mixtes (Sachs, 2011). De surcroît, l'OMS (2016) mentionne qu'il est primordial de favoriser l'accompagnement des personnes dans l'accès à un logement et que l'intimité y soit suffisante.

### Les rôles sociaux

Les *Responsabilités* sont une habitude de vie dont les indicateurs de bonnes pratiques renvoient principalement au fait de favoriser une éducation pour permettre aux individus de réaliser un budget, de comprendre ses bénéfices et d'en respecter les paramètres (Abbott & McConkey, 2006). Les écrits renvoient également au fait de valoriser l'exercice de la citoyenneté et soutenir la participation à la vie politique et publique (OMS, 2016; SERAFIN-PH, 2016). En ce sens, il est important d'offrir des formations en lien avec la gestion du temps et de l'argent (Sachs, 2011) et de proposer des programmes qui visent l'ap-

ropriation et le développement des compétences sociales, professionnelles et indépendantes (Katz & coll., 2007) dans le but de rendre les personnes, qui par exemple ont des incapacités, le plus autonome possible (SERAFIN-PH, 2016).

*Le Modèle de développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) de Fougeyrollas (2010) est un modèle conceptuel écosystémique qui propose une compréhension du handicap basée sur l'interaction entre divers domaines de la vie d'une personne, nommément les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et les habitudes de vie.*

Lorsqu'il est question des indicateurs en lien avec les *Relations interpersonnelles*, ceux-ci réfèrent aux familles et amis des personnes qui vivent de l'exclusion sociale, mais aussi aux relations que vivent ces personnes avec la communauté. Candeias et coll. (2015) expliquent qu'il est nécessaire de soulager les familles du fardeau émotionnel et physique de l'accompagnement constant et d'inclure les familles à la vie sociale des personnes qui, par exemple, vivent avec un handicap. Également, le fait de sensibiliser les citoyens et agents locaux à surmonter les stéréotypes liés aux

différences et handicaps semble permettre d'améliorer les relations qu'entretiennent les personnes avec les membres de leur communauté (Candeias & coll., 2015).

Dans cet ordre d'idées, les indicateurs liés à la *Vie associative et spirituelle* appuient les propos de Candeias et coll. (2015) à l'égard des relations interpersonnelles. Ainsi, pour améliorer les relations interpersonnelles des personnes qui vivent de l'exclusion sociale ou qui ont un handicap, il importe de soutenir et de promouvoir les initiatives communautaires (Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2013), notamment en matière de littératie, d'éducation financière, d'éducation des adultes, de développement des compétences et de préparation au milieu du travail (SIÉS, 2014). De plus, les organismes doivent prioriser un rôle actif dans le repérage et la création de conditions et d'occasions favorables pour les individus visés (Tavares, 2013), s'appuyer sur des données probantes pour améliorer les conditions de vie, renforcer le capital social, maximiser les interventions permettant l'engagement de la population,





le développement des capacités, la résilience des communautés et les liens sociaux (INSPQ, 2016). Enfin, l'OMS (2016) propose aussi qu'une bonne pratique en inclusion sociale favorise l'accompagnement des personnes dans l'accès aux activités sociales, culturelles, religieuses et de loisirs en s'assurant que les stratégies locales reposent sur la reconnaissance mutuelle des acteurs, la qualité de leurs interactions et leur capacité à agir ensemble.

L'habitude de vie liée à l'*Éducation* est, selon les écrits recensés, celle qui a suscité le plus d'intérêt des chercheurs. En général, les indicateurs de bonnes pratiques en éducation favorisent principalement l'inclusion sociale et l'apprentissage chez les enfants, les adolescents et les étudiants universitaires. Précisément, ils pointent vers l'importance de prendre en considération le contexte d'apprentissage, la société dans laquelle évolue l'élève ou l'étudiant, les étudiants eux-mêmes et leurs incapacités, le contexte d'exclusion sociale, le niveau de connaissance des élèves ou étudiants, le curriculum, la pédagogie faite par l'enseignant, l'évaluation et la gestion entourant la prise en charge de l'élève ou de l'étudiant pour favoriser le développement sociocognitif, affectif et artistique (Candeias & coll., 2015; Coffields & Edward, 2009). Selon Powers (2002), cela passe notamment par le fait de créer un environnement communicationnel efficient, de favoriser une flexibilité du curriculum, de valoriser une équipe d'enseignants et de professionnels compétents, d'inclure les familles dans les décisions qui touchent l'élève ou l'étudiant et d'offrir une flexibilité dans la mesure des réalisations (académiques ou non). D'autres indicateurs réfèrent plutôt au fait de favoriser un style pédagogique dans l'enseignement, celui-ci devant toucher aux différents styles d'apprentissages des élèves et étudiants, et de créer des opportunités d'apprentissage équitable dans un environnement sécuritaire et agréable (Dunn & coll., 2008). Pour terminer, Hastwell et coll. (2012) proposent aux enseignants et professeurs de prioriser un vocabulaire clair et simple et de réduire les groupes de travail pour maximiser la concentration des élèves et étudiants alors que, spécifiquement pour les familles à faible revenu, l'INSPQ (2016) explique les bienfaits d'améliorer l'accès à des services éducatifs de qualité dès la petite enfance.

Les indicateurs de bonnes pratiques à l'égard du *Travail* s'appliquent tant aux efforts à déployer pour favoriser l'embauche de personnes qui vivent de l'exclusion sociale ou qui ont des incapacités, qu'à la façon de travailler de concert avec ces personnes. Il importe donc de créer des opportunités d'emploi durable et de requalification (Sachs, 2011), et d'améliorer la conciliation travail-famille (INSPQ, 2016). Particulièrement pour les personnes qui ont des incapacités, Candeias et coll. (2015) expliquent qu'une bonne pratique doit aussi considérer les limitations physiques, sensorielles et mentales et adapter les activités et l'environnement de travail selon les limitations. Pour faciliter la collaboration entre les employés, il semble aussi primordial de développer les connaissances et compétences des gestionnaires et employés face aux incapacités et situations d'exclusion sociale, de renforcer la confiance en soi des individus (Crawford, 2012) et de développer des conditions de travail flexibles (SIÉS, 2014).

Enfin, pour ce qui est des *Loisirs*, l'OMS propose de favoriser l'accompagnement des personnes dans l'accès aux activités de loisirs. Dans cet ordre d'idées, le fait d'offrir des espaces inclusifs, de nature récréative et éducative (Candeias & coll., 2015) participe également à l'inclusion sociale. Enfin, Raymond et coll. (2008) expliquent que de mettre en place des processus collectifs, dans lesquels les participants sont amenés à s'approprier un projet et à s'y engager activement (par exemple des projets de nature récréative, sportive ou socioculturelle), et créer des groupes de soutien et d'entraide favorise aussi l'inclusion sociale des groupes vulnérables.

### Conclusion

Cette recension permet de mettre en lumière que les bonnes pratiques sont une problématique au cœur de l'objectif de l'inclusion sociale et qu'une adéquation est possible avec les 12 habitudes de vie du MDH-PPH 2 (Fougeyrollas, 2010). Les indicateurs de bonnes pratiques issus de la littérature soulignent l'importance de prendre en considération la réalité et les besoins des personnes qui vivent de l'exclusion sociale pour pouvoir créer des solutions pour lutter contre cette forme d'exclusion et ainsi optimiser la vie de ces personnes.





## Références

- Abbott, S., & McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 10*(3), 275-287.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). (2008). *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale*. Rapport de Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, 39 p.
- Candeias, A., Rebelo, H., Franco, V., Pires, H., Saragoça, M. J., Portelada, A., Gracio, L., Canha, J., & Lebeer, J. (2015). *Searching for best practices to build an inclusive intervention. The international project ENABLIN+ approach*. Proceedings of the 7th International Conference on Education and New Learning Technologies, (EDULEARN), Barcelona, Espagne, 7777-7784.
- Centre universitaire de santé McGill. (2015). *Le patient partenaire. La participation des patients : Pourquoi est-ce important et comment l'obtenir*. Forum d'innovation en santé et IASICUSM, 52 p.
- Clifton, A., Repper, J., Banks, D., & Remnant, J. (2013). Co-producing social inclusion: the structure/agency conundrum. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20*, 514-524.
- Coffiels, F., & Edward, S. (2009). Rolling out 'good', 'best' and 'excellent' practice. What's next? Perfect practice? *British Educational Research Journal, 35*(3), 371-390.
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2013). *Réduire les obstacles à l'inclusion et à la cohésion sociales : Pour lutter contre la marginalité*. Rapport présenté au Sénat du Canada, 229 p.
- Comité sur l'inclusion sociale. (2016). *Une qualité de vie pour tous les monctoniens : Plan 2016-2021*. Rapport présenté à la Ville de Moncton, 20 p.
- Crawford, C. (2012). *Towards an understanding of effective practices in employment programs for people with disabilities in Canada*. Rapport présenté à l'Institut de recherche et de développement sur l'intégration et la société, 65 p.
- Dunn, P., Hanes, R., Hardie, S., Leslie, D., & MacDonald, J. (2008). Best practices in promoting disability inclusion within canadian schools of social work. *Disability Studies Quarterly, 28*(1), 13-20.
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*. Presses de l'Université Laval.
- Hastwell, J., Martin, N., Baron-Cohen, S., & Harding, J. (2012). Giving Cambridge University students with Asperger syndrome a voice: a qualitative, interview-based study towards developing a model of best practice. *GAP, 12*(1), 56-63.
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2016). *Améliorer les interventions en faveur de la solidarité, l'inclusion et la santé*. Mémoire déposé dans le cadre de l'élaboration du troisième plan d'action gouvernemental pour la solidarité et l'inclusion sociale au Québec, 76 p.
- Katz, G., Rangel-Eudave, G., Allen-Leigh, B., & Lazcano-Ponce, E. (2007). A best practice in education and support services for independent living of intellectually disabled youth and adults in Mexico. *Salud publica de méxico, 50*(Suppl 2), 194-204.
- MRC d'Avignon. (2015). *Vers une meilleure inclusion sociale. Avignon : territoire accueillant et inclusif*, 20 p.
- Oliver, D., Foot, C., & Humpries, R. (2014). *Making our health and care systems fit for an ageing population*. Rapport présenté à The King's Fund, 88 p.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits*, 107 p.
- Osburn, J., Caruso, G., & Wolfensberger, W. (2011). The Concept of "Best Practice": A brief overview of its meanings, scope, uses, and shortcomings. *International Journal of Disability, Development and Education, 58*(3), 213-222.
- Organisation des Nations Unies (United Nations). (2016). *Leaving no one behind: The imperative of inclusive development*. Report on the World Social Situation, 186 pages.
- Peters, M. T., & Heron, T. E. (1993). When the best is not good enough: An examination of best practice. *The journal of special education, 26*(4), 371-385.
- Powers, S. (2002). From concepts to practice in deaf education: A United Kingdom perspective on inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 7*(3), 230-243.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé : réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 134 p.
- Sachs, K. (2011). *L'Atlas des bonnes pratiques de création d'emplois d'inclusion sociale*. Rapport présenté
- Services et Établissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées (SERAFIN-PH). (2016). *Rapport intermédiaire du projet SERAFIN-PH : Élaboration des nomenclatures*, 34 p.
- Société d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick (SIÉS). (2014). *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le Plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick 2014-2019*. Rapport présenté au Conseil d'administration de la SIÉS, 35 p.
- Tavares, C-A. (2013). *La participation sociale des personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement du discours à une action concertée*. Document d'orientation présenté au Comité sur la participation sociale, 100 p.



## Les outils à consulter sur nos sites internet

**L**e CNEIS et l'Association Côte à Côte proposent un répertoire d'outils qui vise à soutenir les initiatives et les projets de transition inclusive des équipes interdisciplinaires ou éducatives.

Les outils sont présentés sous la forme de fiches descriptives sur les sites internet et permettent notamment d'appuyer l'élaboration des projets personnalisés. Voici un résumé des sept outils disponibles sur ces sites internet jusqu'à présent.

### Échelle d'autodétermination de l'AIR

L'échelle d'autodétermination de l'AIR donne des informations sur les occasions et capacités d'expérimenter des comportements autodéterminés. Elle est basée sur un cadre considérant les interactions de l'élève (capacités) avec les occasions pour exprimer et obtenir ce dont il a besoin et ce qu'il veut dans la vie. L'échelle vise l'amélioration de la participation de l'élève dans sa communauté. L'échelle permet : d'évaluer et d'élaborer un profil du niveau d'autodétermination de la personne, d'identifier les points forts et les difficultés, d'identifier les objectifs spécifiques qui peuvent être incorporés dans le plan d'intervention ou le programme de transition, et d'élaborer des stratégies pour augmenter les capacités des personnes et les occasions offertes par les milieux favorisant ainsi l'émergence et l'expérimentation de comportements autodéterminés.

### Échelle d'autodétermination de l'ARC

Michael Wehmeyer et ses collègues ont élaboré et normalisé l'échelle d'autodétermination ARC afin d'évaluer les forces et les faiblesses des adolescents ayant un handicap en matière d'autodétermination. L'échelle permet aussi de faciliter la participation des élèves à la planification de l'enseignement pour promouvoir l'autodétermination en tant que résultat éducatif, de développer des buts et objectifs d'autodétermination, et d'évaluer les compétences d'autodétermination des élèves à des fins de recherche.

### L'inventaire d'attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle (IAPDI)

L'inventaire d'attitudes envers les personnes ayant une déficience intellectuelle a été élaboré à partir de la traduction du *Mental Retardation Attitude Inventory* de Harth (1974). Il vise à obtenir, de la population, des informations concernant les perceptions et les attitudes envers les personnes présentant une déficience intellectuelle, pour construire et évaluer des stratégies en vue de changer les attitudes du public et de réduire les barrières à la participation sociale afin de permettre à ces personnes de devenir des citoyens à part entière.

### SIS-C - Échelle d'intensité de soutien volet enfant

L'échelle d'intensité du soutien (SIS-C) est une évaluation standardisée pour mesurer l'intensité relative des besoins en soutien des enfants de 5 à 16 ans présentant une déficience intellectuelle ou du développement. La SIS-C répond au besoin de mesures spécifiques au soutien requis par les enfants dans des environnements typiques et adaptés à leur âge. L'objectif de la SIS-C est d'évaluer les besoins de soutien des enfants ou des adolescents présentant une déficience intellectuelle de manière fiable et valide, en utilisant une procédure uniforme.

### SIS-F - Échelle d'intensité de soutien

L'échelle d'intensité de soutien (SIS-F) est un outil multidimensionnel visant à déterminer le type et l'intensité des besoins de soutien d'un individu. Plus précisément, il vise à identifier les besoins de soutien, déterminer l'intensité du soutien nécessaire, assurer un monitoring des progrès réalisés et évaluer les résultats obtenus par des personnes présentant une déficience intellectuelle et autres incapacités. Il n'a donc pas été conçu dans un but d'évaluer les compétences de la personne, mais bien pour documenter ses besoins de soutien. Cette échelle a également été conçue pour la planification et la gestion de soutien dans le meilleur intérêt des individus pour leur participation sociale.





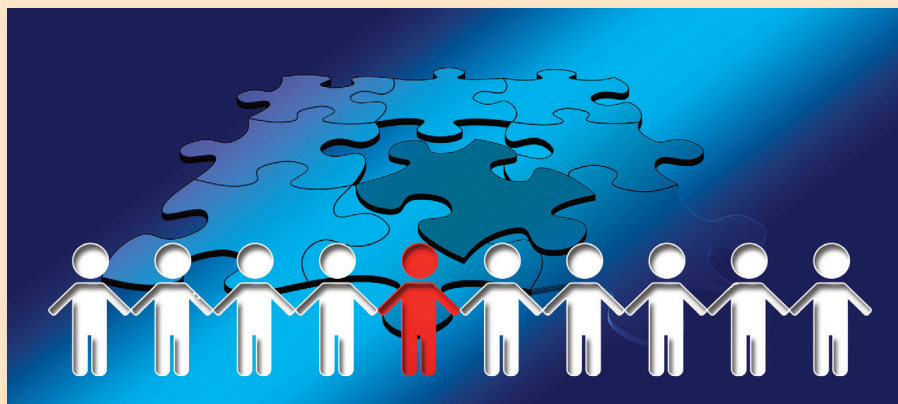
### SIS-F - Guide pour les équipes de planification

Le Guide pour les équipes de planification (SIS-F) est lié à l'Échelle de soutien SIS-F et veut aider les équipes de planification dans l'élaboration des plans de soutien qui sont spécifiques à chaque personne et qui permettent réellement d'améliorer la qualité de vie de ces personnes. Le guide offre une structure d'encadrement des équipes en 18 étapes menant à un plan centré sur la personne et à une évaluation de ce plan.

### VALORIS-T.I.Q.S.S

VALORIS-T.I.Q.S.S est une méthode d'évaluation de la qualité des services à l'usage des dispositifs sociaux et médico-sociaux élaborée, éditée et diffusée

par le Comité Européen pour le Développement de l'Intégration Sociale (CEDIS). L'outil, adaptable à tous les contextes, privilégie la pertinence et la cohérence des prestations offertes aux usagers. VALORIS-T.I.Q.S.S prend en considération les besoins fondamentaux de l'utilisateur et place celui-ci au centre d'un dispositif dans lequel il est reconnu comme l'acteur principal de son projet de vie avec les appuis et les adaptations indispensables. L'objectif de VALORIS-T.I.Q.S.S est donc d'améliorer les prestations proposées aux usagers des services sociaux et médico-sociaux, par une évaluation continue de leurs besoins et attentes, et de faciliter leur intégration physique, fonctionnelle et sociale dans la communauté. ●



### DANS NOTRE PROCHAIN NUMÉRO

Septembre 2020

- L'Édito
- L'interview d'un acteur participant à l'élaboration d'une société inclusive. (pour le prochain numéro est envisagé l'interview de trois clients de l'Institut du Mai à Chinon)
- La présentation d'un concept issu de la recherche scientifique.
- La présentation d'un nouvel outil disponible sur les sites [www.cote-a-cote-inclusion.com](http://www.cote-a-cote-inclusion.com) ou [www.cneis.ca](http://www.cneis.ca)
- La présentation d'une expérience d'un acteur accompagné par le centre de Preuves « société inclusive » ou le CNEIS
- « Nous avons lu pour vous »





# Nous avons lu pour vous

**CONVIVIAL ET LUDIQUE**, cet outil permet à la personne de se projeter dans l'avenir et d'imaginer des choix en accord avec ses envies, ses désirs et ses aspirations. Son design a été pensé et conçu avec la participation active d'un groupe de personnes avec Trisomie 21. Soutenu par la Fondation Internationale de la Recherche Appliquée sur le Handicap, et le Comité National Coordination Action Handicap, ce projet a été réalisé en partenariat avec l'équipe Phoenix de l'INRIA Bordeaux, l'Université de Bordeaux et l'Université de Mons.



**TÉLÉCHARGEMENT**

Cliquez sur le volume de votre choix [format PDF]