

Université de Lille

Faculté d'Ingénierie et Management de la Santé (ILIS)

DEWEZ NICOLAS

**Quelle est la plus-value d'une co-construction du projet
d'établissement entre usagers et professionnels
en établissement et service social et médico-social ?**

Mémoire de fin d'études Master 2

Année universitaire 2024-2025, master management sectoriel

Date de la soutenance : Lundi 23 juin 2025 – 14h

Composition du jury :

- **Président de jury** : Hervé HUBERT, Professeur des Universités,
- **Directrice de Mémoire** : Cyrielle DUMONT, Maître de Conférences
- **Jury Professionnel** : Pascal DERISBOURG, Directeur d'EHPAD

Table des matières

Table des matières	- 2 -
Remerciements	- 4 -
Table des illustrations	- 5 -
Introduction	- 7 -
1 REVUE DE LITTÉRATURE	- 9 -
1.1 Politiques publiques en matière de participation des usagers	- 9 -
1.1.1 Généralisation de la notion d' « usager »	- 9 -
1.1.2 La démocratie sanitaire : histoire et enjeux	- 10 -
1.1.3 Lois relatives aux droits d'expression des usagers.....	- 11 -
1.2 Cadre législatif et obligations en matière de projet d'établissement	- 12 -
1.2.1 Code de l'Action Sociale et des Familles (La loi n°2002-2)	- 12 -
1.2.2 ANESM : Les fondements du projet d'établissement (Recommandations).....	- 13 -
1.2.3 Focus sur les parties prenantes ou stakeholders	- 14 -
1.2.4 La participation des professionnels et des usagers	- 15 -
1.3 Définition et fondements théoriques de la co-construction	- 16 -
1.3.1 Lien entre participation et pouvoir de décision (empowerment)	- 16 -
1.3.2 La notion de co-construction comme « processus délibératif »	- 18 -
1.3.3 Les niveaux d'implication et degré de délibération	- 19 -
1.4 Principes de co-construction d'un projet d'établissement	- 21 -
1.4.1 Obstacles méthodologiques et organisationnels	- 23 -
1.4.2 Risques de conflits d'intérêts ou de divergence de visions	- 25 -
1.4.3 Mise en place concrète du processus de co-construction.....	- 26 -
1.4.4 L'engagement du directeur : une condition sine qua non de réussite.....	- 27 -
2 ETUDE QUALITATIVE SUR LA PERCEPTION DE LA CO-CONSTRUCTION EN ESSMS ..	- 28 -
2.1 La démarche de recherche	- 28 -
2.1.1 Choix de la méthode.....	- 29 -
2.1.2 Conception de la grille d'entretien	- 30 -
2.1.3 Méthode d'analyse des entretiens	- 31 -
2.2 Conduite de l'enquête	- 32 -
2.3 Résultats de l'enquête	- 34 -
2.3.1 Niveau d'ouverture à la participation des usagers	- 35 -
2.3.2 Perception des directeurs sur les bénéfices et les obstacles à la co-construction.....	- 40 -
3 ENSEIGNEMENT DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES	- 42 -
3.1 Bonnes pratiques identifiées en matière de participation et de co-construction dans les ESSMS	- 42 -
3.2 Propositions d'amélioration de la démarche de co-construction	- 44 -
3.3 Plan d'action généralisé pour la co-construction en ESSMS	- 44 -
Conclusion.....	- 47 -

Bibliographie	- 48 -
Annexe 1.....	- 50 -
Annexe 2.....	- 51 -
Annexe 3.....	- 58 -
Annexe 3 (suite)	- 59 -

Remerciements

Je remercie chaleureusement Madame Dumont pour sa patience, sa rigueur et la qualité de son accompagnement en tant que directrice de mémoire tout au long de cette année universitaire.

Je tiens également à remercier les directeurs d'établissement qui ont eu la gentillesse de m'accorder un peu de leur temps – si précieux – pour échanger lors des entretiens exploratoires autour de la notion de co-construction.

J'ai une pensée toute particulière pour les professionnels de la « Villa Sylvia ». Leur dévouement et le travail accompli chaque jour auprès des résidents forcent l'admiration. C'est à eux que je dédie ce mémoire. Leur engagement est remarquable : ils sont tout simplement formidables.

Je n'oublie pas Monsieur Derisbourg, qui m'a offert l'opportunité, dans le cadre de ma reconversion professionnelle, d'intégrer une alternance à la fois enrichissante et porteuse de sens.

Ce mémoire de fin d'études marque l'aboutissement de trois années de travail, de réflexion et de remise en question, portées par l'ambition de donner un nouveau souffle à ma vie professionnelle. J'aspire désormais à mettre mes compétences au service des personnes les plus fragiles, d'une équipe engagée, d'un établissement, d'un groupe.

Table des illustrations

FIGURE 1: ECOSYSTEME DE LA FM-S [16]	- 15 -
FIGURE 2: L'ECHELLE D'ARNSTEIN & LES DIFFERENTS DEGRES DE PARTICIPATION [17]	- 17 -
FIGURE 3: RELATION ENTRE LA NOTION DE CO-CONSTRUCTION & LES NOTIONS CONNEXES [23]	- 20 -
FIGURE 4: LES PRINCIPALES ETAPES D'ELABORATION D'UN PROJET D'ETABLISSEMENT [10]	- 22 -
FIGURE 5: LA ROUE DE LA SCIENCE D'APRES WALLACE [33]	- 29 -
TABLEAU 1: RECAPITULTIF DES CONDITIONS FACILITATRICES D'UNE CO-CONSTRUCTION	- 26 -
TABLEAU 2: EXEMPLE DE CODAGE DE DONNEES BRUTES SUR LA THEMATIQUE "PLUS-VALUE "	- 31 -
TABLEAU 3 : ECHANTILLON DES RESPONSABLES D'ETABLISSEMENT INTERVIEWES	- 34 -

Abréviations

ATM : Agent Technique et de Maintenance
ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des services sociaux et médico-sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
CA : Conseil d'Administration
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles
CC : Code Civil
CDAPH : Commission des droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CDU : Comité des Usagers
CILPI : Commission Interministérielle Pour le Logement des Populations Immigrées
CODIR : Comité de direction
CP : Code Pénal
CPOM : Contrats Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de Santé
CRUQPC : Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSP : Code Santé Publique
CVS : Conseil de Vie Sociale
DDETSPP : Direction Départemental de l'Emploi , du Travail, des Solidarités et de la protection des Populations
DIHAL : Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement
DITEP : Dispositif d'Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement, du Logement
EAM : Etablissement d'Accueil Médicalisé
EDD : Espace De Dialogue
EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personnes Agées Dépendantes
ESSMS : Etablissement Sanitaire Social & Médico-Social
FMS : Fédération Médico-Sociale
GCSMS : groupement de Coopération Sociale et médico-Sociale
GHT : Groupement Hospitalier Teritorial
HAS : Haute Autorité en Santé
IDEC : Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MEDCO : Médecin Coordinateur
PJJ : Protection Judiciaire Et de la Jeunesse
PTA : Plateforme territoriale d'Appui
SESSAD : Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile
TSA : Troubles du Spectre Autistique

Introduction

Les Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ESSMS) évoluent aujourd'hui dans un contexte de transformation profonde, marqué par des enjeux politiques, démographiques et organisationnels majeurs. Le vieillissement de la population française, l'évolution des attentes des usagers en matière de qualité de vie, d'autonomie et de participation, ainsi que les réformes successives en matière de démocratie sanitaire, appellent à repenser les modalités d'accompagnement et de gouvernance au sein de ces structures.

C'est dans ce contexte que le sujet d'étude a émergé. La réflexion a débuté à l'occasion d'un comité de direction (CODIR) portant sur l'aménagement d'espaces extérieurs de l'E.H.P.A.D la résidence « Villa Sylvia » de Berck/Mer. À cette occasion, l'équipe a exprimé la volonté d'insuffler une nouvelle dynamique de collaboration avec l'ensemble des personnes contribuant, ou susceptibles de contribuer à la vie de la résidence.

Que pouvait signifier le CODIR par « nouvelle dynamique de collaboration », Quelles en étaient les raisons profondes ?

L'établissement dispose déjà d'instances de représentation à différents niveaux de l'établissement telles que le Conseil de la Vie Sociale, ou encore les commissions restauration et animation, qui réunissent à la fois les résidents, leurs proches et les professionnels.

Face aux évolutions actuelles du secteur médico-social, les établissements sont incités à repenser leur manière de concevoir et de piloter le projet d'établissement. Loin d'être de simples documents réglementaires, ces projets structurent la vision stratégique, l'organisation des services et l'amélioration de la qualité d'accompagnement des usagers. Ils fixent la feuille de route pour 5 ans.[1] Traditionnellement rédigés par les directions et les équipes professionnelles, ces projets tendent aujourd'hui à intégrer une approche participative, impliquant les usagers, leurs familles et professionnels

Cette idée de « nouvelle dynamique de collaboration » serait-elle d'engager l'ensemble des acteurs liés à la vie de l'établissement : agents, résidents, familles, élus, intervenants ... S'agirait-il d'apporter un avis consultatif de plus ou d'être réellement associé aux prises de décision ? Quel est l'impact recherché à vouloir impliquer davantage de personnes dans le fonctionnement de l'établissement ?

Ces interrogations ont conduit à formuler la problématique suivante : quelle est la plus-value d'une co-construction du projet d'établissement entre usagers et professionnels en établissement et service social et médico-social ?

Plusieurs hypothèses sous-jacentes peuvent être formulées : cette démarche participative favoriserait une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les pratiques professionnelles, renforcerait le sentiment d'appropriation du projet par l'ensemble des acteurs et améliorerait la qualité des accompagnements. Seulement, cette co-construction soulève des défis organisationnels, managériaux et d'approche dans les pratiques professionnelles, qui varient selon les établissements.

Ce mémoire se propose d'examiner cette problématique avec en première partie une revue de littérature visant à éclairer les fondements et l'émergence de la co-construction. Elle revient sur les politiques publiques en matière de participation des usagers, le cadre législatif applicable aux projets d'établissement, ainsi que sur les principes théoriques et méthodologiques du processus de co-construction, notamment à travers les notions de participation, de processus de délibération et de parties prenantes.

La deuxième partie est consacrée à une étude qualitative, construite sur la base d'entretiens semi-directifs menés auprès de directeurs d'EHPAD et d'autres ESSMS. Elle expose la méthodologie de recherche adoptée, les profils des acteurs interrogés, ainsi que l'analyse croisée des perceptions et pratiques relatives à la co-construction dans différents types d'établissements.

Enfin, la troisième partie présente les enseignements de l'enquête et les perspectives d'amélioration identifiées. Elle met en lumière les bonnes pratiques, les conditions de réussite d'une démarche de co-construction et propose des recommandations pour favoriser sa généralisation dans les pratiques managériales du secteur médico-social.

1.1 Politiques publiques en matière de participation des usagers

Loin d'être anodine, la terminologie d'« usager » reflète une évolution profonde du rapport entre les institutions publiques et les personnes qu'elles accompagnent. Comprendre comment cette figure de l'utilisateur s'est construite, et ce qu'elle implique en termes de participation, est indispensable pour saisir les enjeux de la co-construction dans les ESSMS.

1.1.1 Généralisation de la notion d'« usager »

Jacques Chevallier, professeur à l'université d'Amiens démontre dans son ouvrage « figures de l'utilisateur » la transformation profonde de la relation entre l'administration et les citoyens. [2]

Il explique qu'autrefois, l'administration imposait ses décisions de manière verticale et considérait l'« *administré* » comme un individu passif, soumis à une autorité et sans véritable possibilité d'agir. Aujourd'hui, le terme « *usager* » affiche la volonté de mettre en avant une personne utilisatrice de services publics, qui peut faire des choix, exprimer un avis, voire contester.

Ce changement semble traduire une volonté d'instaurer une relation plus équilibrée, basée sur le dialogue et la reconnaissance mutuelle. Désormais, l'administration ne serait plus seulement « une puissance qui commande », mais un service à l'écoute des besoins individuels et collectifs.

Le passage de l'« *administré* » à l'« *usager* » marque un véritable changement de paradigme. Désormais considéré comme un acteur à part entière du service public, l'« *usager* » trouve une résonance particulière dans le domaine de la santé. Et cette reconnaissance du rôle « actif » de l'utilisateur a contribué à l'émergence de la démocratie sanitaire.

1.1.2 La démocratie sanitaire : histoire et enjeux

La démocratie en santé repose sur une démarche visant à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation [3]

Cependant pour la faire vivre, cette démocratie en santé nécessite de développer la concertation, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Progressivement cette dynamique s'est construite, marquant une transformation profonde des relations entre soignants et soignés. L'objectif, faire du patient un acteur clé du système de santé, en dépassant le modèle traditionnel où le médecin décidait seul du parcours de soins.

- Les événements déclencheurs des années 1980 et 1990

L'émergence de la démocratie en santé s'est nourrie de crises sanitaires majeures. L'épidémie du VIH/Sida en fut un déclencheur. Face à ce virus inconnu et en l'absence de traitements efficaces, patients et soignants se sont retrouvés dans une situation d'impuissance. La lutte, qui s'est alors engagée face à cette crise, a permis d'amorcer un rééquilibrage des relations, où la voix des malades a progressivement gagné en reconnaissance [4]

Dans le même temps, les scandales sanitaires des années 1980 et 1990, comme l'affaire du sang contaminé, ont accentué la nécessité de repenser la place du patient. Cette période a mis en lumière le besoin d'une plus grande transparence et d'une meilleure prise en compte des droits des usagers.

- Vers une reconnaissance officielle des patients dans le système de santé

Parallèlement, les associations de patients ont gagné en influence, s'imposant progressivement comme des acteurs incontournables du débat public. Elles ont joué un rôle clé dans l'amélioration de la qualité des soins, la sécurité des patients et, plus largement, dans l'organisation du système de santé. [5]

Face à cette montée en puissance du rôle des patients, la question de leur reconnaissance officielle au sein des instances de santé s'est posée avec de plus en plus de force conduisant, au fil des réformes, à l'instauration d'instances garantissant une participation active des usagers à la gouvernance du système de santé

1.1.3 Lois relatives aux droits d'expression des usagers

La participation des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux s'est ainsi progressivement renforcée à travers plusieurs lois qui ont marqué l'évolution du système de santé en France.

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002, portant sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, a constitué une étape majeure en reconnaissant les droits individuels et collectifs des usagers. Elle a instauré des instances de participation, telles que le Conseil de la Vie Sociale (CVS), permettant aux usagers de devenir des acteurs à part entière du système médico-social. Cette loi est codifiée dans le Code de l'action sociale et des familles, notamment aux articles L.311-3 et L.311-6, qui précisent les droits des usagers et les modalités de leur participation au fonctionnement des établissements [6]

Dans la continuité de cette démarche, *la loi du 4 mars 2002, dite "loi Kouchner"*, [7] a renforcé la place des patients au sein du système de santé. Selon Didier Tabuteau (2005), cette loi constitue un tournant fondateur dans l'émergence de la démocratie sanitaire, en reconnaissant aux usagers un droit à l'information, au consentement, et à la participation à l'élaboration des politiques de santé » [8]

Quelques années plus tard, *la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)* a consolidé ces avancées [9].

Cette loi a marqué une étape importante dans la structuration de la démocratie sanitaire, en créant des instances comme les Conférences de Territoire et les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) où les représentants des usagers sont pleinement associés à la gouvernance régionale de la santé. [10]

Enfin, la loi du 26 janvier 2016, dite "loi Touraine", [11] a marqué une nouvelle étape en inscrivant la démocratie sanitaire comme le troisième pilier de la stratégie nationale de santé avec comme objectif de :

- Renforcer la prévention,
- Réorganiser les soins autour des professionnels de proximité,
- Développer les droits des patients.

En matière de droits, parmi les mesures emblématiques, la création de Commissions des Usagers (CDU) a considérablement renforcé le rôle des associations et celui des représentants des usagers.

Ainsi, la démocratie sanitaire s'est progressivement affirmée comme un principe structurant du système de santé français, garantissant ainsi aux usagers une place centrale dans l'élaboration et l'évaluation des politiques publiques

1.2 Cadre législatif et obligations en matière de projet d'établissement

Ces évolutions se sont traduites également par la mise en place d'un cadre réglementaire déclinant les obligations en matière de projet d'établissement et s'accompagnant de recommandations spécifiques des organismes telles que l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). Celles-ci viennent notamment préciser les attentes en termes de participation des parties prenantes et d'amélioration continue de la qualité des services proposés.

1.2.1 Code de l'Action Sociale et des Familles (La loi n°2002-2)

Cette loi vient en effet disposer que : *“pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation”* [6].

Quant au décret n°2024-166, il rappelle l'obligation de participation des usagers et des professionnels à l'élaboration du projet d'établissement. Il précise que les modalités concrètes de participation (réunions, ateliers, questionnaires, etc.) doivent être adaptées aux spécificités de chaque structure et, surtout, formalisées dans le projet lui-même afin d'en garantir la traçabilité [12]

Ces règles traduisent une volonté des pouvoirs publics de faire du projet d'établissement un outil participatif et porteur de sens. Il se doit d'être un document « référence » présentant les orientations de la structure et ses principes d'action. Il permet d'adapter l'organisation aux besoins du public, mais également de servir de socle aux évaluations dans une dynamique d'amélioration continue.

C'est dans cette perspective que l'ANESM a défini les principes fondateurs du projet d'établissement, [13] à la fois comme axe stratégique, outil d'évaluation et levier d'implication des parties prenantes

1.2.2 ANESM : Les fondements du projet d'établissement (Recommandations)

Le projet d'établissement définit les principes d'action et les orientations stratégiques pour les cinq prochaines années. En tant que document de référence, il sert de repère pour adapter rapidement l'établissement aux évolutions externes .

Il sert également de support aux évaluations internes et externes, à l'aide d'objectifs mesurables et d'indicateurs de suivi. Les résultats entrent dans une logique d'amélioration continue. Dans cette perspective, le Projet d'établissement se doit d'anticiper les évolutions des politiques publiques, ainsi que les ressources de l'organisation. Le développement de nouvelles coopérations sera à valoriser et les modes d'encadrement aux besoins identifiés. En ce sens, la conception d'un projet d'établissement est basée sur la participation des parties prenantes ; que ce soient les professionnels, les usagers ou leurs représentants légaux, et le cas échéant les bénévoles et les stagiaires.

Ainsi, afin de comprendre les enjeux liés à cette participation, il convient de s'interroger sur la notion même de « partie prenante ». Cette approche, largement développée en sociologie des organisations, permet d'identifier les acteurs concernés par un projet et de clarifier leur rôle, leur influence et leur légitimité dans les processus décisionnels.

1.2.3 Focus sur les parties prenantes ou stakeholders

La théorie des parties prenantes, développée dans les années 1980 par le philosophe américain Ed Freeman, [14] met en lumière l'ensemble des acteurs ayant un intérêt dans les décisions ou les activités d'une organisation. Cette approche a été reprise dans la norme internationale ISO 26000 (Responsabilité Sociétale des Entreprises), qui définit les parties prenantes comme « des organisations ou des individus qui ont un ou plusieurs intérêts dans une décision ou une activité quelconque d'une organisation » [15]

Cette définition souligne la diversité des profils concernés et l'étendue des liens qu'ils peuvent entretenir avec l'établissement. Dans cette perspective, il convient de s'intéresser aux différentes interactions que les parties prenantes peuvent entretenir avec l'organisation.

- En contribuant directement à ses activités : dirigeants, salariés, fournisseurs, clients
- En influençant son comportement : syndicats, ONG, médias ;
- En étant affectés, directement ou indirectement, de manière positive ou négative : riverains, collectivités territoriales, pouvoirs publics, etc...

Souvent désignées par le terme anglais *stakeholders*, les parties prenantes se répartissent généralement en deux grandes catégories :

- Parties prenantes internes : dirigeants, collaborateurs, actionnaires, représentants du personnel, usagers, familles etc. ;
- Parties prenantes externes : fournisseurs, communautés locales, associations, ONG, institutions publiques, etc.

La Fédération Médico-Sociale propose une cartographie complète des acteurs agissant à leur côté auprès des personnes accompagnées comme « parties prenantes », dans le champ des établissements et services sanitaires et médico-sociaux (Figure 1) [16]

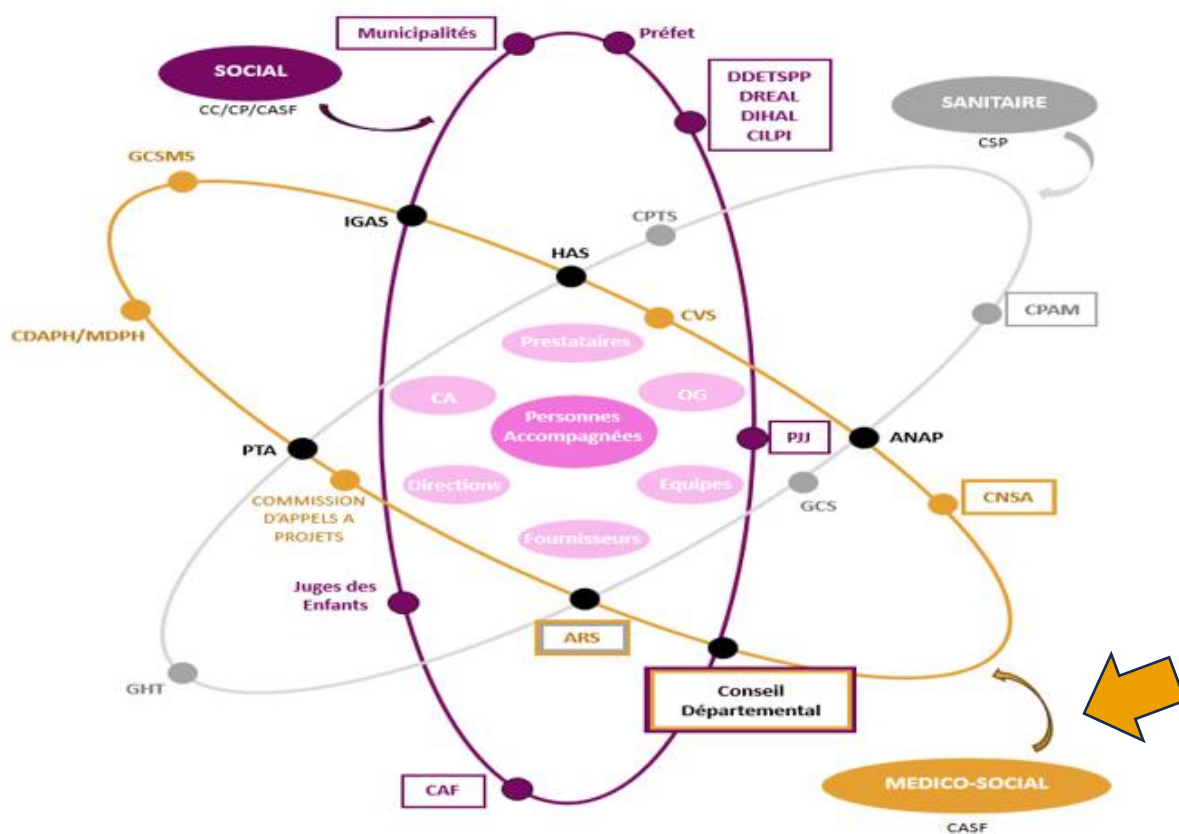


Figure 1: Ecosystème de la FM-S [16]

1.2.4 La participation des professionnels et des usagers

La participation des professionnels à l'élaboration du projet d'établissement est essentielle. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement de la structure souvent marquée par sa complexité. Leur expertise permet d'apporter des réponses plus adaptées aux besoins des personnes accompagnées.

Cependant le contexte juridique et sociétal a profondément évolué ces dernières années pour impacter fortement les pratiques professionnelles. Et en la matière, les usagers ont pris une place considérable. Aujourd'hui ils sont à la fois bénéficiaires de prestations, citoyens, et acteurs de leur parcours de soins. En EHPAD par exemple, les personnes âgées ne se réduisent plus à un simple « bénéficiaire ». Il est donc important de valoriser concrètement la personne et son entourage dans les dynamiques collectives en tant que parties prenantes du projet d'établissement au sein de la structure.

La participation des usagers et/ou de leurs représentants légaux leur permet de mettre en avant leurs besoins et leurs attentes, et de contribuer à mieux définir les moyens d'accompagnements proposés.

Il est essentiel de ne pas limiter cette participation aux aspects périphériques du projet d'établissement tels que l'organisation des menus, ou des activités d'animation mais d'associer les usagers aux thèmes centraux du projet notamment en ce qui concerne la définition des principes d'intervention.

1.3 Définition et fondements théoriques de la co-construction

La thématique de la co-construction fait aujourd'hui partie du discours institutionnel. Cependant il faut reconnaître que le terme est souvent utilisé sans que les démarches incluent réellement une véritable collaboration des parties prenantes aux projets. Nombreux sont ceux qui se limitent à de la consultation ou à une concertation. Or, la co-construction semble aller bien au-delà et impliquerait une approche participative de tous les acteurs du projet. Pour en comprendre les enjeux, il est impératif d'apporter un éclairage sur la notion de participation et de s'interroger sur ce que recouvre précisément cette notion. Car si la co-construction suppose une forme de participation, toutes les formes de participation ne sont pas nécessairement de la co-construction.

Clarifier ces distinctions est essentiel pour comprendre les conditions dans lesquelles un projet d'établissement peut être réellement co-construit avec les parties prenantes. Le but étant d'en comprendre les nuances et de clarifier la co-construction dans la mise en œuvre du projet d'établissement.

1.3.1 Lien entre participation et pouvoir de décision (empowerment)

Dans son article « A ladder of citizen Participation » ", publié en 1969 dans le *Journal of the American Institute of Planners*, la sociologue Sherry Phyllis Arnstein [17] , propose une typologie en forme d'échelle (ladder) à huit niveaux pour illustrer les différents degrés de participation des citoyens dans les processus de décision publique (Figure 2). A travers cette échelle, elle démontre que plus on monte, plus les citoyens accèdent à un pouvoir de décision.

Elle distingue trois grandes catégories de participation :

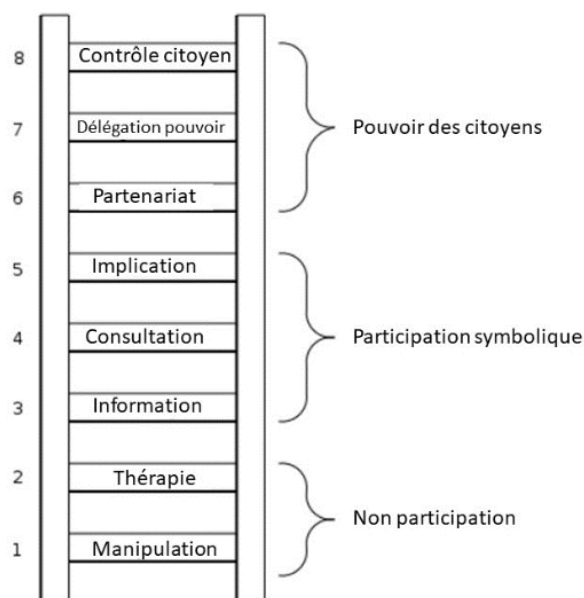


Figure 2: L'échelle d'Arnstein & les différents degrés de participation [17]

Dans de nombreuses démarches dites "participatives", les usagers, citoyens ou bénéficiaires sont consultés ou informés. Cela peut prendre la forme de : réunions d'information, enquêtes de satisfaction, commissions, groupes de réflexion ... Cela correspond aux échelons intermédiaires : information, consultation, implication. Pour « S.P Arnstein » ce niveau représente un « Alibi » à la participation [17]

“At this level [consultation], people are heard and their opinions solicited. But there is no assurance that their input will be taken into account.” [17]

Dans les niveaux supérieurs de l'échelle (partenariat, délégation de pouvoir, contrôle citoyen), la participation se traduit par « un pouvoir d'agir », qui peut s'accompagner concrètement par la co-écriture d'un projet d'établissement, la capacité à orienter les choix collectifs, une légitimité à décider au même titre que les professionnels...A ce niveau, la participation devient un levier d'empowerment: « *Elle donne aux individus les moyens de comprendre, de contester et de transformer leur environnement* » [18]

Cependant, situer la co-construction sur l'échelle d'Arnstein n'est pas aisée. Tout au moins dans le contexte des ESSMS, elle ne permet pas de la situer clairement. L'échelle proposée réduit la participation à une progression linéaire vers le pouvoir, sans prendre en compte les échanges entre les acteurs, le travail en commun, ni la construction partagée des idées et des décisions.

En cela, Michel Foudriat, sociologue et auteur de plusieurs ouvrages sur la « co-construction », explique que « *la co-construction est un processus par lequel des acteurs différents confrontent leurs points de vue et s'engagent dans une transformation de ceux-ci jusqu'au moment où ils s'accordent où ils pensent avoir défini un « monde commun » ... afin de construire un projet d'actions commun et réfléchir ensemble à sa mise en œuvre* ». [19].

Il va même plus loin en définissant la co-construction comme « *un processus délibératif* ».

1.3.2 La notion de co-construction comme « processus délibératif »

En droit le terme « délibératif » signifie « pouvoir donner son avis, prendre position lors d'une délibération ». On parle alors de voix délibérative. Pour l'académie française la « *Voix délibérative* » vient s'opposer à la « *Voix consultative* » représentée comme élément symbolique de la participation sur l'échelle d'Arnstein.

Pour Loic Blondiaux, politologue, un processus délibératif est une démarche « où les citoyens (ou parties prenantes) [...], échangent des arguments et essaient d'arriver à des décisions communes fondées sur la raison et non sur la seule force ou sur les intérêts particuliers. » Cette notion de décision commune renvoie invariablement sur un niveau plus élevé de la participation [20]

Philippe Urfalino, directeur de recherche au CNRS et spécialiste des questions de démocratie représentative renforce le caractère « collectif » du terme en précisant que « *c'est le contexte qui permet de comprendre que l'on a affaire soit à la réflexion d'un individu pour déterminer ce qu'il va faire, soit à un débat ou à une réflexion collective entre les membres d'un groupe ayant une décision à prendre* » [21]

Dans le cadre de cette recherche, « la délibération » se déroule nécessairement en groupe, dans un contexte de mise en œuvre d'un projet d'établissement. James Fearon, professeur de sciences politiques à l'Université de Stanford, en pose les contours avec la définition suivante « Par "délibération", j'entends un processus de discussion et d'argumentation visant à produire un consensus motivé par la raison. Autrement dit, le groupe dans son ensemble reçoit et échange des informations, évalue de manière critique les propositions et parvient à une décision ou à une compréhension commune qui guide l'action future. » [22]

Dans le cadre d'une co-construction, la prise de décision est centrale. Sans partage du pouvoir décisionnel, il ne s'agit pas véritablement de co-construction, mais plutôt de consultation, de participation symbolique ou d'information descendante. La prise de décision est centrale.

Le processus délibératif doit accompagner le groupe à prendre une décision sur un sujet donné en prenant en compte les avis de chacun.

- Le débat ayant pour objectif de confronter plusieurs opinions, d'argumenter, de convaincre afin de faire émerger une position majoritaire.
- Le dialogue ayant pour vertu d'échanger les points de vue, à nouer des relations, à faire émerger des solutions sur le long terme.

Le dialogue permet de prendre en compte les avis, et de l'autre le débat vient trancher sur la question supposant une décision approuvée par la majorité du groupe. Ces notions représentent des aspects indispensables au processus délibératif.

Ainsi, la co-construction, en tant que processus délibératif, implique à la fois le dialogue facilitant l'expression de différents points de vue et le débat, en vue d'une décision partagée. Toutefois, pour que ce processus ait lieu, il est indispensable que les acteurs soient réellement impliqués dans le projet.

1.3.3 Les niveaux d'implication et degré de délibération

Abordée précédemment, on a pu constater que l'échelle d'Arnstein (1969) est centrée sur le degré de pouvoir transféré aux citoyens (allant de la manipulation à la délégation de pouvoir), mais n'intègre pas la dimension délibérative

Des travaux plus récents sur la co-construction menée par Miche Foudriat « *Définition et dimension de la co-construction* » ont enrichi cette perspective en ajoutant une seconde dimension : le niveau de délibération [23].

Cette approche permet ainsi de dépasser la vision linéaire d'Arnstein, en considérant que la participation ne se limite pas au seul transfert de pouvoir. Elle repose désormais sur une analyse plus fine, fondée sur deux dimensions complémentaires : d'une part, le niveau de délibération, et d'autre part, le degré d'implication des acteurs dans la prise de décision (Figure 3).

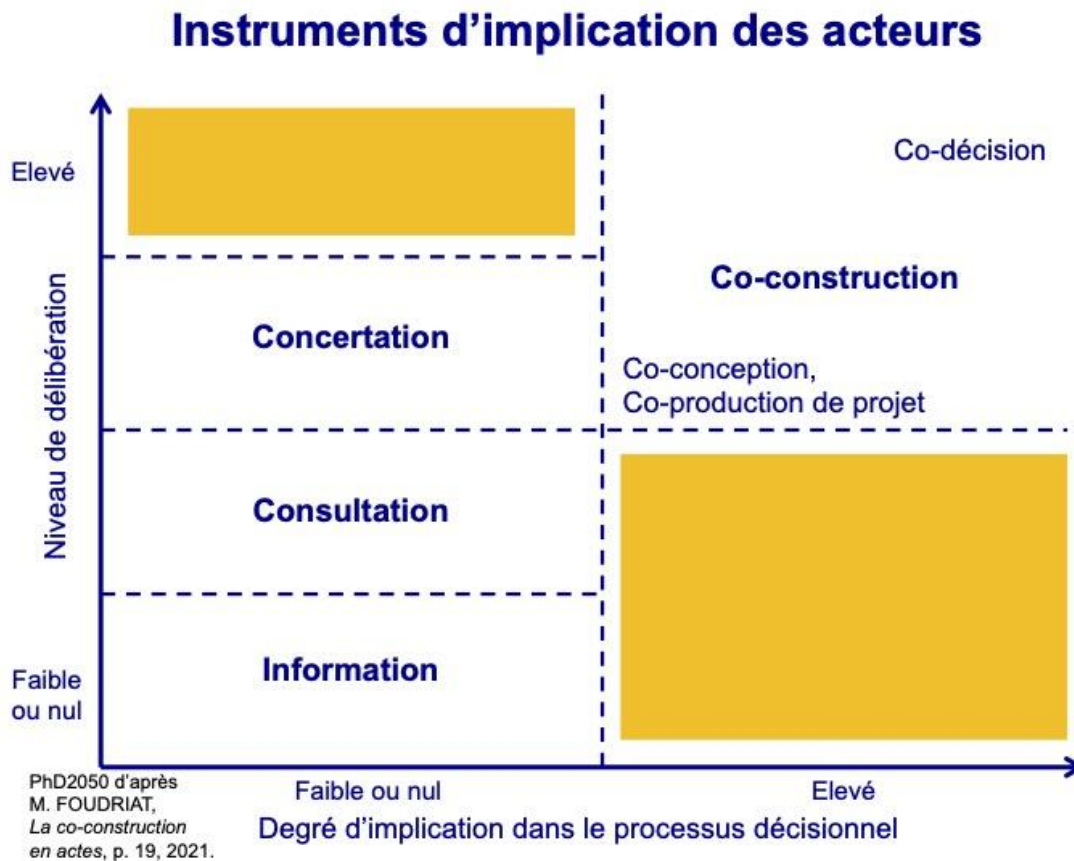


Figure 3: Relation entre la notion de co-construction & les notions connexes [23]

À la base de l'échelle de participation se trouve **l'information**. Il s'agit du niveau le plus élémentaire, où les acteurs sont simplement destinataires d'un contenu, sans possibilité d'interaction ni d'expression. Ils ne participent pas à la prise de décision, leur rôle se limite à être informés. Bien que cette dimension ne relève pas à proprement parler d'une démarche participative, elle constitue un préalable indispensable, présent à des degrés divers dans les processus de consultation, de concertation et de co-construction.

Le niveau suivant est celui de **la consultation**. Bien qu'elle introduise une possibilité d'échange, elle reste limitée en termes d'implication. Les avis des parties prenantes sont souvent sollicités en aval, une fois que les grandes lignes du projet sont déjà définies.

De ce fait, leur contribution a peu d'incidence sur le contenu ou l'orientation du projet. Dans cette perspective, la consultation ne répond pas pleinement à l'exigence de participation telle que formulée dans la loi du 2 janvier 2002, qui suppose une véritable co-élaboration du projet avec les parties prenantes.

La concertation, quant à elle, va plus loin. Elle repose sur un dialogue structuré entre les acteurs, visant à confronter les points de vue et à enrichir la réflexion collective avant la prise de décision. Le niveau de délibération est donc plus élevé, même si cette démarche n'accorde pas aux participants un pouvoir direct dans le processus décisionnel. Ces différents niveaux d'implication traduisent des degrés variés de délibération. Cependant, aucun ne permet une réelle intégration des parties prenantes dans la décision finale.

C'est en cela que **la co-construction** se différencie des autres niveaux. Elle se distingue par l'engagement des acteurs dans un processus collaboratif, où les points de vue sont mis en débat pour parvenir à une décision partagée. [24]

La co-construction repose ainsi sur un véritable travail collectif et délibératif, où l'ensemble des parties prenantes contribue à définir, ensemble, le projet à venir. C'est le degré d'influence réelle sur la décision qui distingue la co-construction des autres formes de participation [17]

1.4 Principes de co-construction d'un projet d'établissement

Cette partie s'appuie sur un tableau de l'ANESM qui présente les différentes étapes d'élaboration d'un projet d'établissement. Ce support permet de repérer précisément le moment où le processus de co-construction s'active. Celui-ci intervient à l'étape intitulée « mise en place des groupes de travail », laquelle s'accompagne d'un plan d'action décliné en 5 points [13] :

- le choix des thèmes à débattre,
- la composition des groupes,
- la formalisation de la commande adressée aux participants,
- l'organisation de l'animation des groupes,
- et la diffusion des productions issues de leurs travaux.

Ce plan d'action constitue un cadre structurant dans lequel peut s'inscrire le processus de co-construction. L'objectif de cette section est d'en extraire des principes méthodologiques susceptibles d'accompagner efficacement la démarche (Figure 4).

Mettre en place un comité de pilotage	Analyser les enjeux propres à la structure
	Organiser les processus
	Proposer un échéancier
	Choisir les thématiques à approfondir
	Mobiliser les différents acteurs
	Suivre l'ensemble de la démarche
Réaliser les travaux préparatoires	Recueillir les données disponibles
	Réaliser les analyses documentaires
	Analyser les données disponibles
	Réaliser des entretiens
Mettre en place des groupes de travail	Choisir les thèmes de débat
	Organiser la composition du ou des groupes
	Formaliser la commande à l'égard du ou des groupes
	Organiser l'animation des groupes
	Organiser la diffusion des productions (navette équipe/CVS)
Rédiger le projet	Choisir le rédacteur (en interne ou en externe)
	Intégrer les résultats des évaluations précédentes
	Intégrer les productions des groupes
	Ecrire les fiches actions
	Intégrer les tableaux de bord
	Organiser une navette avec le comité de pilotage/groupe(s) de travail
Valider le projet	Organiser la présentation au CVS (ou autre instance de participation)
	Organiser la vérification technique par le comité de pilotage
	Organiser la validation par les instances dirigeantes
Faire vivre le projet	Editer le projet avec ses annexes
	Editer une synthèse
	Présenter le projet aux (nouveaux) intervenants
	Mettre en place le comité de suivi du projet
	Réviser le projet, au moins à mi-parcours
	Actualiser le projet au moins tous les 5 ans (bilan-évaluation, nouveaux objectifs)

Figure 4: Les principales étapes d'élaboration d'un projet d'établissement [10]

Ainsi, à partir de ce cadre méthodologique proposé par l'ANESM [13], il est possible de repérer les conditions concrètes dans lesquelles la co-construction s'opère dans un projet d'établissement. Toutefois, au-delà des étapes formelles, cette démarche engage une transformation plus profonde des pratiques professionnelles.

Elle suppose un changement de posture, une redéfinition des rôles et une volonté partagée de s'inscrire dans un processus participatif. C'est dans cette perspective que les apports théoriques de Crozier et Friedberg (1977) viennent éclairer les enjeux relationnels et organisationnels liés à la co-construction [25]

1.4.1 Obstacles méthodologiques et organisationnels

Une telle démarche peut bousculer les repères habituels parmi les professionnels et nécessiter un réel accompagnement au changement. C'est dans ce sens que les auteurs du guide « Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social » soulignent l'importance de préparer les acteurs à cet « esprit » de la démarche, en instaurant un espace dialogique visant à permettre une prise de parole aussi équitable que possible [24]

- Mise en place d'un espace dialogique

Pour Edgar Morin la « *pensée dialogique* » [26] est une pensée qui cherche à maintenir ensemble 2 idées opposées dans une relation dynamique et productive. Cet espace dialogique, contrairement aux espaces de discussion (E.D.D.) préconisés par le réseau ANACT-ARACT dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie au travail, ne se limite pas uniquement aux conditions de travail des salariés [27]

Il va au-delà d'un simple lieu d'échange pour constituer un espace de construction collective, où les acteurs seront invités à confronter leurs points de vue, à délibérer et à agir sur le cadre général du projet de l'établissement. Cependant, la création d'un espace dialogique, aussi pertinente soit-elle, ne peut s'envisager indépendamment du cadre dans lequel s'inscrit la participation des usagers. C'est pourquoi il convient de s'intéresser au contexte, afin de cerner les conditions dans lesquelles évolue les usagers.

- Fonctionnement formel et informel de l'organisation

C'est une étape importante dans la mise en œuvre du processus. Pour appréhender pleinement cette participation, il est essentiel de l'ancrer dans le cadre organisationnel dans lequel elle prend forme. Cela implique d'abord de s'intéresser à l'organisation formelle, socle structurant des pratiques et des relations professionnelles.

L'organisation formelle correspond à la structure officiellement définie d'une organisation. Elle est constituée des règles explicites, des procédures, des organigrammes, des fonctions attribuées, et des relations hiérarchiques telles qu'elles sont prévues par la direction. Crozier & Friedberg décrivent l'organisation formelle comme le cadre dans lequel les interactions sont censées se dérouler, mais qui ne rend pas compte de la réalité complète du fonctionnement. [25]. L'**organisation informelle** désigne quant à elle l'ensemble des relations sociales, rôles implicites, jeux d'influence, valeurs partagées, et les « routines » qui se développent en marge ou en complément de la structure formelle.

Elle reflète :

- Les affinités entre collègues
- Les règles implicites de fonctionnement
- Les réseaux d'influence
- Les résistances ou soutiens tacites aux décisions

Mintzberg insiste sur l'importance des réseaux informels et des communications non officielles qui structurent en profondeur la vie des organisations [28]. Dans ce contexte où coexistent organisation formelle et structure informelle, l'appui d'un tiers s'avère précieux pour faciliter les échanges et accompagner le processus de co-construction.

- Choix et rôle d'un tiers facilitateur

La participation ouverte de multiples acteurs implique qu'elle soit accompagnée par une personne dont le rôle est de faciliter le dialogue entre tous. Cette personne doit être en mesure de faire que chacun puisse s'exprimer sans crainte du jugement ou de la critique.

Elle doit avoir la capacité de synthèse, avec l'objectif de construire un accord entre les acteurs sur un point de vue commun. La qualité de l'accompagnement pour soutenir la démarche est déterminante. Il s'agit d'apporter du contenu, d'animer les rencontres et d'apporter un support logistique. Le rôle du facilitateur est donc central dans la réussite d'une dynamique de co-construction : il s'agit de garantir un espace d'échange où chacun peut s'exprimer librement, tout en évitant les déséquilibres de pouvoir. Cette posture est d'autant plus délicate lorsqu'il s'agit d'un professionnel interne, qui doit maintenir un maximum de neutralité dans l'animation du débat.

1.4.2 Risques de conflits d'intérêts ou de divergence de visions

La mise en œuvre d'une démarche de co-construction ne garantit pas automatiquement l'émergence d'un consensus ni l'équité. Divers risques peuvent compromettre la légitimité et l'efficacité du processus si celui-ci n'est pas rigoureusement cadré.

L'un des premiers écueils est celui de la participation : *« lorsque l'implication des usagers se limite à une représentation formelle ou restreinte, souvent confiée à un petit groupe, sans réel ancrage auprès de l'ensemble des personnes concernées »* [29] Ce type de représentation, sans mécanisme de retour ou de consultation élargie, peut renforcer les inégalités d'expression et d'influence.

Selon Blondiaux Loic (2008), « Il existe également un risque d'instrumentalisation de la participation, lorsque celle-ci est utilisée comme « une caution démocratique » pour valider des décisions déjà prises par l'encadrement ou la direction. Dans ces situations, la démarche participative devient un outil de légitimation institutionnelle plutôt qu'un levier de transformation. » [30]

Un autre danger est l'illusion de participation (participation alibi), qui survient lorsque les dispositifs mis en place n'offrent aucune marge réelle de contribution ou d'influence sur les orientations du projet. Le recueil d'avis sans prise en compte concrète dans les décisions peut susciter frustration, méfiance, voire désengagement durable des participants.

De plus, l'absence de clarté sur les rôles, les règles du jeu et les objectifs de la participation peut provoquer des tensions, des malentendus, voire des conflits entre les différents acteurs. Cela peut aboutir à des tensions internes, notamment entre professionnels et usagers, si la posture d'ouverture n'est pas réellement adoptée ou comprise par tous.

Ces différents risques soulignent la nécessité d'un cadrage rigoureux, transparent et partagé du processus, ainsi qu'un accompagnement structuré par un tiers facilitateur capable de maintenir un équilibre entre les parties.

1.4.3 Mise en place concrète du processus de co-construction

- Les conditions facilitatrices

Pour aboutir à une solution partagée, il s'agit de mettre en place des conditions spécifiques pour favoriser l'engagement, la confiance et la production collective. Parmi les conditions facilitatrices essentielles, on peut citer : [24]

- Un cadre clair et partagé, qui explicite les objectifs, les règles du jeu et les limites
- Un climat de confiance entre les parties prenantes
- Des modalités de participation adaptées, qui tiennent compte des contraintes de temps, de posture et de légitimité des différents acteurs (professionnels, usagers, familles, etc.).
- Un accompagnement méthodologique (tiers facilitateur, animation, outils collaboratifs) pour structurer les échanges et garantir l'équité de la parole.
- Des temps de délibération pour permettre l'appropriation des idées, l'argumentation et la co-décision.

D'autres leviers sont développés dans les travaux de Communagir (Québec, 2018), qui identifie cinq thématiques, chacune illustrée par des actions concrètes favorables à l'émergence d'une dynamique collective à la fois efficace et durable (Tableau 1). [31]

Le temps	La confiance	Un processus propice à l'innovation	Une responsabilité partagée	Un leadership et un soutien de qualité
S'assurer que tout le monde progresse ensemble	S'assurer de la mise en place d'un climat de confiance	Faire confiance aux autres et à l'intelligence collective	Avoir un bon fonctionnement du processus	Coordonner les efforts, animer les rencontres, amener des apports méthodologiques et de contenus
Effectuer des A/R, des mises à plat des connaissances	Suspendre temporairement les rapports de force et la défense des intérêts	Favoriser les remises en question, les A/R et la prise de risque	Atteindre les résultats	Offrir un support logistique
Ne pas précipiter le processus (connaissances suffisantes sont atteintes)	Observer des règles de confidentialité et proscrire les jugements	Se nourrir des savoirs présents dans le groupe	Partager connaissances, expériences et intuitions	Exercer avec souplesse, dynamisme et ouverture.
	Ne pas viser l'accord/consensus à tout prix	Aller puiser dans des connaissances et des contenus extérieurs	Favoriser l'appropriation des résultats sur son réseau	Favoriser l'engagement des membres et le maintien de liens entre eux
	Mettre en place des conditions propices au dialogue (respect, écoute, transparence)			
	Reconnaître le leadership			

Tableau 1: Récapitulatif des conditions facilitatrices d'une co-construction

Il conviendra également de vérifier :

- Les éléments requis dans le contenu du projet d'établissement comme le parcours de l'usager, le projet personnalisé, le CVS, la prévention de la maltraitance ...
- D'adapter les outils pour animer les travaux de groupe et renforcer la dynamique collective. L'objectif étant de favoriser une expression le plus large possible des parties prenantes (document partagé)
- Enfin, la communication des résultats sous forme de bilan en fin ou à mi-parcours permettra de valoriser les apports, de partager les avancées avec les équipes et d'identifier les pistes d'amélioration [24]

1.4.4 L'engagement du directeur : une condition sine qua non de réussite

Clairement, entreprendre une démarche de co-construction ne peut se concrétiser sans une volonté affichée de la direction. C'est pourquoi, *l'ANESM recommande un engagement fort de la part des dirigeants (directeurs et administrateurs) pour faciliter le bon déroulement de la démarche [13]*

Comme le souligne Loïc Bourdon « *le directeur ne peut plus se contenter d'un management hiérarchique classique. Il doit désormais adopter une posture de facilitateur, de mobilisateur d'intelligence collective, en soutenant l'implication des professionnels, des usagers et des partenaires dans les projets* » [32].

Le directeur joue donc un rôle central pour impulser ces dynamiques, en mettant en place des espaces dialogiques dédiés, des démarches de co-construction (notamment pour les projets d'établissement ou les projets personnalisés), et en valorisant la parole des parties prenantes.

En conclusion, la revue de littérature a permis d'explorer les fondements conceptuels, juridiques et méthodologiques de la participation et plus précisément de la co-construction dans les ESSMS, mettant en lumière les enjeux, des recommandations et les freins à leur mise en œuvre.

Toutefois, la question se pose concrètement sur le terrain : Comment les professionnels perçoivent-ils la co-construction ? Quelles formes prend-elle dans les pratiques quotidiennes ? Quels leviers peuvent favoriser ou freiner cette dynamique au sein des établissements médico-sociaux ?

C'est dans cette perspective que s'inscrit la seconde partie de ce travail. Elle vise à explorer, au travers d'une étude qualitative, la manière dont les directeurs d'établissements médico-sociaux perçoivent et mettent en œuvre la co-construction dans leurs pratiques. Il s'agira ainsi de vérifier la pertinence des hypothèses formulées à partir de la littérature et d'identifier, dans les pratiques professionnelles observées, le niveau d'implication des usagers, les résistances, les bénéfices et les effets concrets de cette démarche participative.

2 ETUDE QUALITATIVE SUR LA PERCEPTION DE LA CO-CONSTRUCTION EN ESSMS

Lors d'un comité de direction de l'établissement « la résidence Villa Sylvia », le directeur évoque l'idée d'aménager un espace extérieur dédié à la détente, à destination des résidents et de leurs familles. Dès lors il propose d'élargir le Conseil de la Vie Sociale (CVS), et de ne pas se limiter aux membres élus, afin d'impliquer dans l'élaboration du projet davantage de résidents et de familles.

Cette proposition a nourri une réflexion plus profonde, mêlant les notions d'usagers, de projet d'établissement, de participation, de parties prenantes, d'espace dialogique, de processus délibératif, pour finalement aboutir à la problématique qui a structuré ce mémoire : Quelle est la plus-value d'une co-construction du projet d'établissement entre usagers et professionnels en ESSMS ?

2.1 La démarche de recherche

Afin d'illustrer et d'enrichir l'analyse théorique développée précédemment, il est apparu essentiel d'engager une démarche empirique fondée sur l'étude du terrain. Pour ce faire, une analyse qualitative a été réalisée, visant à recueillir au travers d'entretiens semi-directifs le point de vue de professionnels exerçant des responsabilités de direction au sein d'établissements médico-sociaux.

2.1.1 Choix de la méthode

Dans le cadre de cette étude, le choix de l'approche déductive (Figure 5) semble la plus adaptée pour observer concrètement les pratiques menées par les directeurs d'établissement en matière de co-construction, et ainsi obtenir leur perception de la démarche face aux réalités du terrain (public accompagné, règlement, organisation ...).

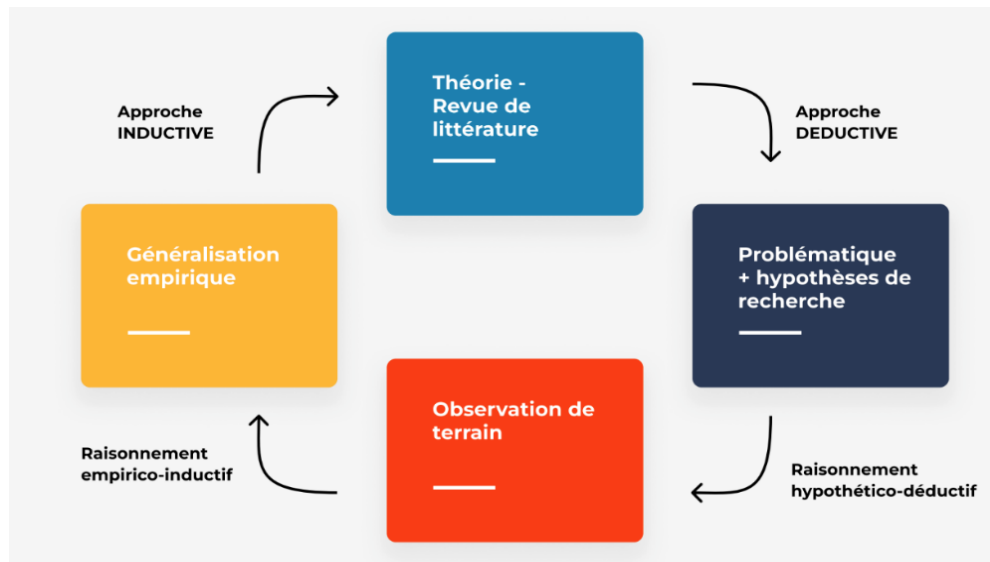


Figure 5: La roue de la science d'après Wallace [33]

Selon Quivy, R., & Van Campenhoudt « *dans l'approche déductive, le chercheur élabore des hypothèses à partir d'un cadre théorique qu'il va ensuite confronter à la réalité par l'observation empirique* » [34]

Dans cette approche, c'est l'« enquête qualitative de terrain » qui sera privilégié. Cette méthode implique un contact personnel avec les sujets de la recherche, principalement par le biais d'entretiens et par l'observation des pratiques dans les milieux mêmes où évoluent les acteurs. [35]

Dans le cadre de cette étude c'est le principe des entretiens semi-directifs qui sera utilisé. L'objectif est de recueillir, d'une part, des données qualitatives au travers de témoignages. D'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative, Pierre Paillet précise qu'« *il s'agit de mener de manière « naturelle » l'ensemble du processus pour en extraire le sens, sans appareils sophistiqués ou mises en situation artificielles, selon une logique proche des personnes, de leurs actions et de leurs témoignages* » [35]

2.1.2 Conception de la grille d'entretien

Pour mener à bien les rendez-vous, une grille entretien (Annexe 1) a été conçue comme un « fil conducteur » pour structurer les entretiens semi-directifs en lien avec la problématique de recherche. Afin de favoriser un échange fluide et riche, la grille suit une progression logique en quatre axes, permettant de passer progressivement de questions larges à des éléments clés sur la co-construction.

La première partie, à visée introductive, joue un rôle d' « Ice-breaker » : elle permet à l'interlocuteur de se présenter, de contextualiser son parcours professionnel et de partager une expérience marquante vécue dans son établissement. Cette entrée en matière visait à instaurer un climat de confiance propice à la discussion.

La seconde partie interroge la place des démarches collectives dans la gouvernance de l'établissement et définit les parties prenantes associées aux démarches.

La troisième partie explore davantage l'implication effective ou partielle des parties prenantes : usagers, familles, professionnels dans les processus d'élaboration de projets d'établissement. Elle aborde plus spécifiquement le niveau d'implication des usagers, les méthodes employées pour favoriser leur participation : information, consultation, concertation, codécision. Elle permet une entrée en matière sur la notion de co-construction, notamment sur les leviers, les prérequis organisationnels ou réglementaires.

La quatrième interroge l'impact d'une démarche de co-construction dans l'établissement : bénéfices, durabilité, efficacité, résistances. Cette section permet d'expliquer les retombées perçues que ce soit sur la qualité de vie des personnes accompagnées, l'adhésion des professionnels, l'efficience organisationnelle et la pérennité des projets ; Enfin, elle ouvre la réflexion en questionnant l'intention des établissements à renforcer ou pas cette approche.

Cette grille d'entretien m'a permis de recueillir des verbatims riches, ancrés dans la réalité du terrain, tout en respectant une trame cohérente avec les objectifs du travail de recherche. Sa conception s'est appuyée sur des références documentaires relatives à la notion de participation et plus spécifiquement au niveau d'une co-construction dans l'élaboration d'un projet d'établissement développés dans la revue de littérature.

2.1.3 Méthode d'analyse des entretiens

Pour mener méthodiquement l'analyse, chaque entretien fût enregistré avec l'accord préalable des participants, puis intégralement retranscrit en respectant les propos tenus. Une première lecture globale de l'ensemble des transcriptions a permis d'en saisir les impressions et à repérer les éléments récurrents par simple surlignement (Annexe 2)

Une phase de « codage » a ensuite été réalisée en s'appuyant sur la grille d'entretien. Elle m'a permis d'identifier les grands thèmes : Démarches collectives, implication, méthodologie, plus-value de la co-construction ainsi que les perspectives puis d'en déterminer les catégories. Les unités d'analyse, quant à elles, ont été élaborées avec l'aide de ChatGpt.com (tableau 2) et l'appui d'information issue d'un article paru dans « Sage Publications » relatif au codage à visée théorique. [36]

Thèmes	Catégories	Unités
Plus-value de la co-construction	Impact sur qualité de vie et satisfaction des usagers	Ecoute / reconnaissance / réponse aux besoins / sentiment d'appartenance
	Impact sur l'adhésion des professionnels	Motivation / appropriation / reconnaissance / cohérence équipe
	Impact sur l'efficience - optimisation des services	Meilleure organisation / réduction conflits / fluidité / adaptation des pratiques
	Bénéfices concrets observés	Climat social amélioré / baisse réclamations / innovations / dynamique collective, satisfaction usagers
	Freins et résistances	Inertie / surcharge / culture professionnelle / manque de moyens / peur du changement
	Impact sur pérennité des projets	Durabilité / appropriation / suivi / évaluation

Tableau 2: Exemple de codage de données brutes sur la thématique "Plus-value de la co-construction"

Dans le cadre de ce travail, l'analyse des données qualitatives a reposé sur une démarche déductive. Les catégories retenues « *bénéfices, freins, leviers ...* » ne sont pas apparues spontanément à partir des discours des personnes interrogées.

Elles ont été établies en amont à partir de la revue de littérature consacrée à la participation et à la co-construction dans les ESSMS, ainsi qu'au regard de la problématique de recherche, centrée sur les modalités concrètes de mise en œuvre de la co-construction entre professionnels et usagers.

Ensuite la méthode a consisté à rapprocher les segments de texte issus des entretiens des catégories prédéterminées. Chaque extrait a été analysé selon le sens qu'il portait, puis affecté à l'une des catégories :

- Formes concrètes : Mise en œuvre observable de la participation des usagers
- Freins : résistances et limites à cette participation.
- Leviers : Les éléments facilitateurs ou « pied d'appel » de la participation.
- Méthodes : les processus mis en place pour organiser la participation

Cette mise en correspondance entre catégories et données empiriques permet une lecture transversale des discours, au-delà des contextes particuliers de chaque établissement. Ainsi, les données sont ordonnées selon des axes analytiques cohérents, facilitant leur interprétation et leur mise en perspective théorique.

Cette étape a été essentielle pour identifier des logiques d'action communes entre établissements. Tout au long du processus, une attention particulière a été portée à la rigueur méthodologique en veillant à ne pas surinterpréter les propos, et à contextualiser les réponses à chaque établissement interrogé.

2.2 Conduite de l'enquête

Lors de l'enquête, il s'agissait de recueillir le point de vue de responsables disposant d'une vision stratégique et transversale de la gestion de leur établissement. Les directeurs d'établissement, en tant qu'acteurs-clés du pilotage représentent des figures centrales dans le lancement et l'animation de démarches collectives.

Selon G. BRAMI l'impulsion du dirigeant est nécessaire dans la démarche d'élaboration du projet d'établissement. d'après lui « *la réalisation du projet ne connaîtra un aboutissement que si un véritable intérêt lui est porté, au plus haut niveau, c'est-à-dire par le dirigeant de la structure* » [37]

Leur contribution était donc précieuse pour connaître le niveau d'ouverture à la participation, obtenir « des pistes méthodologiques », pointer les éventuels freins et la plus-value d'une co-construction entre usagers et professionnels au sein de leur établissement.

Dans un premier temps, un ciblage rigoureux a donc été effectué en sélectionnant des EHPAD publics et privés situés dans un périmètre de 30 minutes autour de Berck-sur-Mer. Dans un second temps, la cible s'est élargie en direction de structures médico-sociales associatives implantées principalement à Berck-sur-Mer.

La difficulté à obtenir des entretiens a conduit à diversifier les stratégies de prise de rendez-vous. Des recherches complémentaires ont été réalisées pour identifier d'autres établissements du secteur, et les sollicitations ont été élargies par le biais des réseaux sociaux professionnels. En résumé, la stratégie de prise de contact s'est effectuée par étapes successives afin de trouver le bon canal de communication visant à démultiplier les possibilités de rendez-vous :

- Parrainage, cooptation (collègues, formateur ILIS, Etudiants)
- Ciblage géographique suivi d'un contact téléphonique puis d'un email explicatif
- Réseau professionnel «Linkedin »

Le format des entretiens a été adapté en fonction des contraintes rencontrées : disponibilité des responsables d'établissement, emploi du temps chargé et éloignement géographique.

Pour les échanges à distance, l'application Zoom a été utilisée afin de planifier les entretiens, le lien de connexion étant systématiquement transmis par mail. Par précaution, en plus de l'enregistrement intégré à la plateforme, un dictaphone était activé afin de prévenir tout incident technique. Les entretiens ont suivi le déroulé proposé par la fiche guide, visible en annexe 1 qui n'avait cependant pas été remise aux participants lors de la prise de contact initiale.

2.3 Résultats de l'enquête

Plusieurs entretiens ont donc été réalisés avec des directeurs d'établissements médico-sociaux. Ils concernent des EHPAD privés à but lucratif, qui accueillent des personnes âgées dépendantes, ainsi que des structures associatives qui accompagnent des adultes et des jeunes en situation de handicap et/ou avec des troubles du spectre autistique.

L'échantillon retenu illustre une diversité d'établissements avec des modèles de statuts juridiques, économiques et de publics accompagnés différents, enrichissant ainsi l'analyse. Les directeurs rencontrés exercent des fonctions managériales. Leur implication dans la conduite de projets ainsi que leur rôle de pilotage des équipes leur confèrent une légitimité particulière pour analyser les pratiques participatives au sein de leurs établissements. Ce panel, composé de cinq professionnels interviewés (tableau 3), constitue la base de recueil des données.

Lieu	Statut	Type d'accueil	Nom	Fonction	Ancienneté	Distanciel
Berck	Privé lucratif	EHPAD	Mme A	Adj. Direction	2 ans	Non
Fort-Mahon	Privé lucratif	EHPAD	Mme B	Directrice	2 ans	Oui
Cucq	Privé lucratif	EHPAD	M. C	Directeur	15 ans	Non
Berck	Associatif	SESSAD / DITEP	M. D	Directeur	20 ans	Non
Attiches	Associatif	EAM / MAS	M. E	Directeur	3 ans	Oui

Tableau 3 : échantillon des responsables d'établissement interviewés

Cette analyse s'articulera autour de deux thèmes principaux : Le premier portera sur le niveau d'ouverture à la participation des usagers au sein de l'établissement, à travers quatre catégories : les formes concrètes que prend cette participation, les freins rencontrés, les leviers mobilisables, ainsi que les méthodes mises en œuvre pour l'accompagner. Le second thème s'intéressera à la perception qu'ont les directeurs des bénéfices et des obstacles liés à une démarche de co-construction.

Cette lecture des données qualitatives a pour objectif de faire émerger des clés de compréhension pour accompagner un véritable ancrage de la co-construction dans les pratiques institutionnelles.

2.3.1 Niveau d'ouverture à la participation des usagers

Les formes concrètes de participation

Sur cet aspect **madame A** estime que l'établissement n'a pas encore franchi le cap de la co-construction : il s'agit plutôt de recueillir des avis, sans codécision, à l'image de la commission des menus et d'animations, qui relèvent davantage de la consultation. « *Actuellement, on en fait des comptes rendus, etc., [...]. On prend les idées, mais ce n'est pas vraiment avec eux qu'on prend les décisions* ».

Même si une volonté d'associer les résidents et leurs familles existe, avec par exemple la mise en place d'une boîte à idées ou encore les fiches de réclamation. « *On essaie de les inclure, de connaître leur avis, mais on n'est pas encore dans la co-construction* »

L'établissement de **madame B** semble plus abouti dans la pratique. Elle décrit l'organisation à la résidence de la Baie d'Authie qui va au-delà de la consultation. Elle s'appuie sur un CoDir représenté par un infirmier diplômé d'état coordinateur (IDEC), une animatrice, un médecin coordonnateur (Medco) un Assistant Technique & de Maintenance, un psychologue, une aide-soignante référente... à qui elle délègue les thématiques de travail avant de se répartir par petit groupe réunissant professionnels, résidents et familles.

D'autres formes de participation s'organisent également à l'image du vote sur le choix des activités futures : « *on a émis des souhaits d'animation dans l'année qui se sont concrétisés par le biais d'un tirage au sort sous forme de bulletin de vote pour les résidents* ».

Pour **monsieur C**, l'idée, c'est d'associer au maximum le résident « *à sa vie quotidienne, dans ses choix, dans son consentement* ». Il indique le caractère obligatoire de la démarche collective dans l'élaboration du projet d'établissement.

Il précise que dans son établissement les parties prenantes : professionnels, familles, résidents, intervenants extérieurs, membres du CVS sont associées « *Il n'est pas envisageable de construire un projet d'établissement seul. Cela n'aurait aucun sens.* ». Et dans la mise en place de projet, les professionnels savent que cela ne peut se faire qu'avec les usagers. « *Cela fait partie de leur pratique* ».

Monsieur D indique que les démarches collectives autour du projet d'établissement restent limitées. Elles sont centrées sur l'équipe professionnelle, et l'implication des usagers ou familles intervient après. *« Le projet est construit par l'équipe de professionnels, puis il est validé, ... par une instance réglementaire, le Conseil de la Vie Sociale, dans lequel siègent des usagers et/ou leurs familles ».*

Monsieur E évoque lors de son arrivée dans l'établissement la mise en œuvre d'une démarche de co-construction avec un temps fort dédié à la mise en œuvre du projet d'établissement. Il explique avoir organisé une journée d'échanges sous forme de « séminaire » au cours duquel il propose aux parties prenantes d'exprimer leur vision de l'établissement : *« Vous allez me décrire à quoi ressemblera l'établissement dans 10 ans [...] Ensuite, pendant un an, on a travaillé sur : "Comment on y va ?" [...] Pendant 1 an ½ on a structuré cette participation. On a réuni des groupes de professionnels, des représentants de parents via le CVS, mais aussi des groupes de familles spécifiques »*

Les freins

Pour **madame A**, le premier frein, ce sont les moyens humains. *« La co-construction, ça demande du temps, de la présence sur le terrain. Il faut parfois revenir sur son temps de repos, parce que tout ne peut pas se faire pendant le travail ».* Elle exprime ce besoin d'énergie pour maintenir la démarche en place : *« ça demande aussi une énergie supplémentaire. Donc ça peut être un frein ».*

Elle évoque également la complexité à répondre à la demande des résidents : *« Il y a des questions de coûts [...] Il y a une résidente ici qui s'implique beaucoup dans les menus, elle demande souvent des choses qui, en collectivité, ne sont pas réalisables »*

Madame B évoque aussi quelques résistances de certains salariés, freinés par l'habitude d'un management descendant : *« j'ai des salariés qui sont là depuis 20 ans, 25 ans Ils étaient vraiment installés dans une routine [...] ça a été compliqué à les engager dans cette démarche-là ».* Pour engager les familles et les résidents, il a fallu persévérer : *« on a commencé nos groupes de travail avec quelques familles, puis de plus en plus de résidents »*

Monsieur C reconnaît que les résidents participent davantage sur des thématiques concrètes comme l'animation, la vie sociale, la restauration (repas, activités). Mais certaines choses restent abstraites pour eux et *« Ils ne sont pas là pour se casser la tête comme ils disent ».*

Les aspects cognitifs nécessitent également une adaptation. Il insiste sur la nécessité de prendre le temps de mobiliser les résidents pour qu'ils participent aux réunions.

Monsieur D mentionne que les freins identifiés relèvent souvent de « la méfiance » envers l'institution, du rapport au handicap ou d'un désengagement parental : « *Ce "on vous fait confiance" est parfois une manière de se désengager* » Il y a également certaines familles qui rejettent l'image du handicap. Ces deux éléments peuvent entraîner une forme d'éloignement, voire d'« abandonnisme ».

La faible participation aux groupes de parole est également un frein : « *Parfois, on se retrouve avec une seule famille présente. Dans ces cas-là, c'est compliqué pour la famille d'échanger face à plusieurs professionnels* ».

Monsieur E souligne que la participation directe des usagers reste limitée par leur profil : « *Il est plus compliqué d'intégrer les résidents, puisque la communication est souvent non verbale ou complexe* ».

Parmi les professionnels, il existe aussi des *résistances* « *Certains n'ont pas l'habitude de discuter d'un projet, d'élaborer une vision. Mais monsieur E part du principe que c'est une base de qualité [...] Mais on recentre toujours sur le cœur du métier : les besoins des résidents* ».

Les leviers

Parmi les leviers identifiés par **madame A**, les commissions des menus et d'animations seraient susceptibles d'être des moments « *où on pourrait faire ensemble, où on pourrait coconstruire* ».

Pour madame B, la communication joue un rôle fondamental dans la mise en œuvre d'une participation effective des parties prenantes : « *[...] vous allez mettre en place une feuille de route avant de communiquer à la fois au sein et auprès des familles, [...] Ou des familles à travers WhatsApp, à travers d'autres outils* ».

Elle fait part également de l'urgence dans laquelle elle s'est retrouvée pour préparer l'évaluation de la HAS [38] Cette situation d'urgence est devenue un levier sur lequel elle s'est appuyée pour initier une nouvelle dynamique de groupe : « *j'ai eu mon évaluation de la Haute*

Autorité de Santé en octobre dernier [...] Parce qu'en fait je n'ai eu que cinq mois [...] Donc j'ai mis en place des groupes de travail ».

Monsieur C explique que les commissions animation et restauration ou le CVS représentent des leviers à la participation. Les outils comme la boîte à idées, les rencontres informelles ou les projets personnalisés constituent des formes plus souples, mais très efficaces de co-construction du quotidien.

Monsieur D explique qu'historiquement, l'institution allait très peu au domicile des familles. Aujourd'hui, il le pratique de plus en plus : *« C'est une évolution, mais aussi une nécessité ».*

Des outils tels que les boîtes à idées, les réunions de groupe hebdomadaires, ou encore des commissions (restauration, transport) permettent également de recueillir la parole des enfants. *« Il y a plein d'îlots d'expression, même s'ils ne sont pas directement liés au projet d'établissement. »*

Monsieur E insiste sur la parole des familles comme levier : *« On s'appuie beaucoup sur la parole des parents ou des proches, qui ont une vision très fine de leur enfant ».* Il évoque également la transmission d'expérience : *« Nous, on est déjà passés par là. Voilà ce qu'on a mis en place. Faites attention à ceci ou cela ».*

La méthode

Madame A évoque une méthode à construire, avec l'idée de groupes de travail pluridisciplinaires et d'outils ludiques : *« On pourrait faire ça sous un format assez ludique, avec des post-it, des supports visuels [...] où tout le monde serait convié : les professionnels, les résidents, les familles... tout le monde ensemble ».* Chacun pourrait donner ses idées en lien avec des thématiques précises.

L'approche de **madame B** est structurée : CODIR élargi, répartition des thématiques par petits groupes par domaine d'activité et une communication multicanaux : groupe WhatsApp familles, affichages, réseau interne, petite note de service, affichage au sein de l'établissement. *« On a un réseau interne mobilisé où toutes les familles sont inscrites [...] On organise également des cafés des familles pour parler aussi de ça »*

Elle met en avant la nécessité, même pour de petits projets, d'avoir un leadership afin de structurer, impulser et coordonner les actions, comme l'organisation d'un brunch ou d'un événement collectif.

Pour monsieur C, *« Tout doit être porté par quelqu'un », un accompagnement des personnes est nécessaire pour les amener à s'exprimer. Il explique l'importance de « prendre les résidents par la main », de « provoquer le dialogue » pour susciter leur implication. « On doit souvent aller les chercher, les relancer,[...] et le CVS ne fonctionne pas de lui-même. Il faut toujours quelqu'un pour l'animer, sinon il s'essouffle »*

Pour monsieur D, la co-construction est mise en œuvre à travers des pratiques adaptées à l'âge et aux capacités des enfants : *« Le projet personnalisé s'exprime à travers le quotidien. » « Dès qu'ils ont la capacité de comprendre ce qui se dit et ce qui se passe, ils sont systématiquement invités. »*. Les parents sont systématiquement invités à tous les types de rencontres organisées par la structure, qu'il s'agisse de bilans médicaux ou de réunions liées aux projets personnalisés.

Monsieur E se définit comme un facilitateur : *« Ce sont eux qui ont défini les thématiques. Moi, je joue le rôle de facilitateur... Ce n'est jamais moi qui décide seul. Ce sont eux qui tranchent, qui définissent les axes à développer, les actions à mener », et dit animer les débats avec des outils simples : « Pas de powerpoint, pas de Word. Juste des stylos, des feutres, des dessins »*

Il décrit également avoir des personnes repères : *« des personnes à qui je peux demander où on en est, ce qui fonctionne ou pas »* ; mais avant tout se montrer présent sur le terrain : *« Tous les jours, je fais le tour des maisons avec l'équipe cadre, on prend un café [...] »*. Ce moment semble être un « incontournable » dans son management : *« On prend le temps. Et c'est dans ce temps-là que les choses émergent »*.

L'analyse croisée des entretiens met en évidence des niveaux d'ouverture très variables à la participation des usagers. Si certains établissements en restent à une logique essentiellement consultative, d'autres développent des formes de co-construction plus abouties, intégrant davantage les familles et les résidents dans la réflexion collective. Cette diversité tient à la fois aux pratiques managériales, aux profils des usagers, mais aussi à la posture des professionnels.

2.3.2 Perception des directeurs sur les bénéfices et les obstacles à la co-construction

Les obstacles à la co-construction

Madame A identifie 3 freins majeurs à la mise en place d'une démarche de co-construction. D'abord des contraintes humaines et organisationnelles (manque de temps, surcharge de travail) : « *Il faut parfois revenir sur son temps de repos* ». Il y a également des résistances culturelles liées à une vision « descendante » encore présente chez certains professionnels : « *La direction décide, et nous on exécute* ». Un décalage de génération peut également freiner la dynamique participative, même si l'envie de s'impliquer n'est pas réservée aux plus jeunes.

Madame B évoque des résistances, notamment chez les salariés anciens, avec notamment des réticences au dialogue avec la direction ou à sortir de la routine : « *Ça a nécessité beaucoup d'explications, d'accompagnement* » ; « *Au départ, on a commencé nos groupes de travail avec quelques familles, puis de plus en plus de résidents* ».

Les freins sont également multiples pour **monsieur C** : les troubles cognitifs des résidents, leur désintérêt pour certains sujets, ou encore la difficulté à susciter leur expression. Côté familles, l'intérêt est plus marqué, mais reste limité aux aspects fonctionnels : « *Les familles, [...]. elles découvrent notre fonctionnement par le biais du CVS, elles s'y intéressent davantage, elles vont plus dans le détail* ». La participation des usagers repose fortement sur l'animation des professionnels et demande de l'énergie : « *On les prend par la main, on les accompagne. On leur laisse toujours le choix de participer ou non, mais nous, on reste force de proposition* ».

Pour **monsieur D**, les freins identifiés sont liés aux représentations liées au handicap et à des attentes familiales en décalage avec les capacités réelles de leur enfant : « *Ces deux éléments peuvent entraîner une forme d'éloignement, voire "d'abandonnisme". [...] Quand les parents ne viennent pas, il devient difficile de coconstruire* ». Les réunions rencontrent une participation limitée. Le peu de représentation des familles constitue un obstacle structurel à la co-construction, que l'établissement tente de compenser par des stratégies de proximité (ex. visites à domicile).

Monsieur E précise que la communication est souvent non verbale, ou très complexe : « *les résidents qui ne peuvent pas toujours exprimer clairement un besoin structuré* », obligeant les équipes à identifier les besoins à leur place, en observant, en écoutant, en analysant leur comportement.

Les bénéfices de la co-construction

Pour **madame A**, la co-construction présente une réelle plus-value pour tous les acteurs de l'établissement : « *Elle aurait un impact positif sur la vie de la résidence, mais aussi sur l'implication des résidents et des salariés. Parce que tout le monde est impliqué, tout le monde est valorisé dans son rôle et dans ses capacités* ».

Les retombées sont mesurables pour **madame B**. La dynamique instaurée dans le cadre de l'évaluation Haute Autorité Santé [38] a favorisé la participation à la fois des professionnels et des usagers : « *Le Net Promoter Score est passé de 0 à 61, les réclamations au CVS ont diminué, et le climat général s'est amélioré* ».

Les bénéfices de la co-construction sont perceptibles au quotidien plus que dans les instances formelles. Pour **monsieur C**, la base de la co-construction réside dans le bien-être des personnes âgées : « *ce qu'elles attendent vraiment, c'est qu'on réponde vite aux appels des résidents, qu'on les écoute, et qu'on les aide dans leurs démarches, surtout s'ils n'ont pas de proche aidant* ».

La co-construction favorise selon **monsieur D** l'autodétermination des enfants : en participant à des choix (activités, projets, rythmes), ils se construisent dans une logique éducative. Pour les familles, cette implication permet de mieux comprendre les capacités de leur enfant, parfois supérieures à ce qu'ils imaginaient.

Pour **monsieur E** la co-construction garantit une réponse à leurs besoins, en particulier à travers l'ancrage dans le quotidien. « *On s'appuie beaucoup sur la parole des parents ou des proches, qui ont une vision très fine de leur enfant ou de leur frère ou sœur. Ce sont eux qui nous aident à mieux comprendre les attentes, les habitudes, les repères* »

La co-construction est perçue par les directeurs comme un levier d'amélioration à la fois du fonctionnement de l'établissement, de l'implication des parties prenantes et de la qualité de l'accompagnement.

Pour les professionnels, elle renforce la cohésion d'équipe ainsi que le sentiment d'appartenance. Elle permet également d'ancrer les projets dans le quotidien. Concernant les usagers, même si la participation peut être limitée (notamment en cas de troubles cognitifs ou de handicap lourd), la co-construction offre des espaces adaptés d'expression, ce qui favorise leur autodétermination et leur bien-être. Ils peuvent choisir, décider, et être entendus dans leurs préférences du quotidien.

Du côté des familles, leur participation leur permet de mieux percevoir les capacités réelles de leur proche. Lorsqu'elles sont impliquées, elles contribuent à une meilleure cohérence dans l'accompagnement en établissement.

Enfin, sur le plan institutionnel, la co-construction fait évoluer les pratiques de management vers plus de transversalité, facilite l'adhésion au projet d'établissement, améliore le climat global, jusqu'à produire des effets mesurables sur des indicateurs qualité.

3 ENSEIGNEMENT DE L'ENQUÊTE ET PERSPECTIVES

3.1 Bonnes pratiques identifiées en matière de participation et de co-construction dans les ESSMS

À travers les retours des directeurs interrogés, on observe des niveaux d'ouverture à la participation entre usagers et professionnels très hétérogènes selon les établissements. La co-construction, entendue comme un réel processus de codécision, reste encore en construction dans la plupart des structures. Cependant il faut souligner une volonté commune d'associer systématiquement les résidents et leurs familles dans les projets. Voici la liste des bonnes pratiques identifiées au sein des structures rencontrées :

- **Utiliser des supports adaptés** (post-it, pictogrammes, outils visuels) pour faciliter l'expression de tous, y compris les personnes en situation de handicap.
- Mettre en place des **groupes de travail thématiques**, impliquant **professionnels, usagers et familles**, animés de façon **ludique et inclusive**, autour de sujets précis.
- **Structurer la participation** grâce à un **comité de direction élargi**, à une **répartition des rôles par domaines d'activité**, et à un **pilotage fort** de la démarche.

- **Favoriser une communication multicanale** (WhatsApp, affichage, cafés des familles, réunions informelles) pour toucher l'ensemble des parties prenantes et entretenir une dynamique continue.

- **S'appuyer sur les projets personnalisés et le quotidien** pour inscrire la co-construction dans les pratiques : co-élaboration de plannings, choix d'activités, ajustement du rythme de vie.

- **Impliquer les proches aidants** comme relais essentiels pour mieux comprendre les besoins, habitudes et attentes des usagers, notamment lorsque ceux-ci ont une communication limitée.

- **Provoquer la participation** : aller chercher les résidents, **relancer, accompagner, animer les instances**, car la participation ne va pas de soi et nécessite un **engagement actif des professionnels**.

- **Valoriser les démarches informelles** : échanges quotidiens, observation, écoute, attention aux détails, qui peuvent être autant de moments de co-construction authentique, même hors cadre institutionnel.

- **Instaurer une culture managériale participative**, en accompagnant les équipes, en particulier les plus anciennes, pour dépasser les résistances liées aux habitudes ou à une vision descendante.

- **Saisir les opportunités contextuelles**, comme une évaluation HAS, pour **impulser une dynamique collective** et mobiliser les parties prenantes autour d'un projet commun.

3.2 Propositions d'amélioration de la démarche de co-construction

La co-construction ne peut se résumer à un ensemble à la seule existence d'instances réglementaires. Elle prend toute sa dimension lorsqu'elle s'inscrit dans une **démarche continue, évolutive, compris de tous et ancrée dans le quotidien des établissements**.

Cela implique notamment de **transformer les espaces existants**, tels que les commissions des menus ou d'animation, en véritables lieux de codécision, à condition d'y établir un cadre clair et d'expliquer les contraintes organisationnelles.

Dans les établissements pour enfants ou adolescents, la co-construction peut devenir un véritable levier d'autodétermination, en permettant aux jeunes de **participer activement aux choix éducatifs et de vie qui les concernent**.

Pour favoriser la participation des familles les plus éloignées, il est également essentiel de **diversifier les modalités de rencontre**, en intégrant les échanges informels, ou les visites à domicile.

Certains professionnels distinguent à juste titre une co-construction symbolique, d'une **co-construction authentique, enracinée dans les pratiques du quotidien**. Cette dernière se nourrit d'observation, d'écoute et de bon sens, autant de leviers concrets qui donnent du sens à la participation.

Enfin, nombreux sont ceux qui rappellent que ce n'est pas tant **une question** de moyens financiers, mais **de temps et de disponibilité**, pour faire vivre cette co-construction de manière naturelle, vivante et partagée.

3.3 Plan d'action généralisé pour la co-construction en ESSMS

À partir des constats partagés par les professionnels rencontrés, plusieurs pistes concrètes peuvent être proposées pour améliorer la co-construction dans les ESSMS (Annexe 3).

Elles s'articulent autour de cinq axes principaux : les conditions organisationnelles, les méthodes utilisées, les postures professionnelles, l'ancrage institutionnel et la posture managériale.

- **Créer les conditions organisationnelles favorables**

La mise en œuvre de la co-construction nécessite un cadre clair et structuré. Cela passe par la reconnaissance du temps de participation comme un temps professionnel à part entière. Des espaces et des temps dédiés doivent être prévus (groupes de travail, réunions participatives), avec des moyens adaptés. Le rôle d'animation peut être confié à un professionnel référent, comme l'animateur du CVS, afin d'assurer une dynamique continue et accessible à tous.

- **Développer des méthodes participatives adaptées**

Pour que la participation soit réelle, il est important d'utiliser des outils concrets et accessibles, notamment pour les personnes rencontrant des difficultés d'expression. Des supports visuels, ludiques ou sensoriels peuvent être proposés. La création de groupes de travail mixtes, associant professionnels, usagers et familles autour de projets précis, favorise l'implication. L'élaboration d'une feuille de route de la co-construction, avec des étapes et des rôles définis, peut également structurer la démarche.

- **Faire évoluer les postures professionnelles**

Les freins culturels ou générationnels évoqués par plusieurs professionnels montrent l'importance de travailler sur les représentations. Des actions de sensibilisation ou de formation peuvent aider les équipes à mieux comprendre les enjeux de la co-construction. Il s'agit aussi de valoriser les expériences positives pour donner envie d'y participer. La désignation de référents participation ou de médiateurs usagers peut encourager une dynamique de coopération.

- **Renforcer l'ancrage institutionnel et politique**

Enfin, la co-construction ne peut se limiter à des démarches ponctuelles. Elle doit s'inscrire durablement dans le projet d'établissement, avec des objectifs clairs et des indicateurs de suivi. Il est également important de développer une communication diversifiée (affichage, outils numériques, échanges informels) pour toucher tous les publics. L'engagement de la direction, dès les premières étapes des projets, reste un levier essentiel pour donner du sens et de la légitimité à la participation

- **Faire évoluer la posture managériale**

L'évolution des postures professionnelles constitue un levier déterminant pour instaurer une dynamique de co-construction pérenne. Si des freins culturels ou générationnels peuvent persister, notamment dans des équipes anciennement constituées, c'est surtout la forme du leadership exercé qui joue un rôle central. Le passage d'un leadership descendant à une posture de facilitateur apparaît essentiel : il ne s'agit plus de contrôler, mais d'animer, de soutenir et de créer les conditions de l'engagement collectif. Pour cela, les encadrants doivent être formés à ce rôle spécifique, et des relais peuvent être identifiés au sein des équipes, comme des référents participation ou des binômes professionnels-usagers. Ces relais permettent une animation plus horizontale, une implication renforcée des parties prenantes, et une culture de l'initiative valorisée. Le leadership devient alors le moteur mais décisif d'une co-construction vivante et partagée.

Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'interroger la plus-value d'une co-construction du projet d'établissement entre usagers et professionnels au sein des ESSMS. À partir d'une revue de littérature mobilisant les fondements juridiques, théoriques et méthodologiques de la participation, ainsi que d'une enquête qualitative menée auprès de directeurs d'établissement, ce travail a permis de mieux comprendre les enjeux, les bénéfices et les limites de cette démarche participative.

Les résultats montrent que, si la volonté d'associer les usagers est largement partagée, la co-construction reste encore inégalement mise en œuvre dans les pratiques. Elle suppose des conditions particulières : un engagement fort de la direction, un cadre clair, des méthodes adaptées aux publics accompagnés, et un accompagnement soutenu des équipes.

Lorsqu'elle est véritablement engagée, la co-construction permet de renforcer le sentiment d'appartenance, de mieux répondre aux besoins réels des usagers, et d'améliorer la cohérence des projets portés par les établissements.

Cependant, des freins subsistent, qu'ils soient organisationnels (manque de temps, de moyens, surcharge de travail), culturels (représentations ancrées, postures descendantes), ou liés aux caractéristiques mêmes des publics (âge, troubles cognitifs, communication non verbale). Pour les dépasser, plusieurs pistes ont été proposées, organisées autour de quatre axes : les conditions organisationnelles, les méthodes participatives, les postures professionnelles, et l'ancrage institutionnel de la démarche.

Ce travail ouvre ainsi des perspectives pour penser un management plus collaboratif, à l'écoute des parties prenantes, et ancré dans une dynamique de transformation continue. Il invite à élargir la réflexion au-delà du projet d'établissement, vers une culture institutionnelle plus participative, intégrant les usagers dans l'ensemble des décisions. Enfin, il pourrait être enrichi par des recherches complémentaires sur la parole des usagers et des professionnels eux-mêmes essentielle à toute logique de co-construction.

Bibliographie

- [1] FRANCE. Code de l'action sociale et des familles. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, article L.311-8.
- [2] CHEVALLIER, Jacques. *Figures de l'usager : psychologie et science administrative*. Amiens : Université de Picardie, 1985, chap. 1 : « De l'administré à l'usager », p. 38.
- [3] AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ. *Qu'est-ce que la démocratie en santé ?* [en ligne]. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-en-sante> (consulté le 19 mars 2025).
- [4] FASSIN, Didier. *La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent*. Paris : Seuil, 2010.
- [5] MA SANTÉ EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ. *L'histoire de la démocratie en santé – Pour comprendre* [en ligne]. Publié le 7 janvier 2021. <https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org> (consulté le 7 juin 2025).
- [6] FRANCE. *Journal officiel de la République française*, 3 janvier 2002. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
- [7] FRANCE. *Journal officiel*, n° 54, 5 mars 2002. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [8] TABUTEAU, Didier. *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*. Paris : Odile Jacob.
- [9] FRANCE. *Journal officiel de la République française*, 22 juillet 2009. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- [10] MINISTÈRE DE LA SANTÉ. *Rapport 2011 sur les droits des usagers : pour une approche convergente des droits des usagers du système de santé*. Conférence nationale de santé, 2011.
- [11] FRANCE. *Journal officiel de la République française*, 27 janvier 2016. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- [12] FRANCE. *Journal officiel de la République française*, 6 mars 2024. Décret n° 2024-166 relatif au projet d'établissement ou de service dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.
- [13] ANESM. *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service : recommandation de bonnes pratiques professionnelles*. Paris : ANESM, 2009.
- [14] FREEMAN, R. Edward. *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Cambridge : Cambridge University Press.
- [15] LABEL LUCIE. *RSE : c'est quoi les parties prenantes ?* [en ligne]. 10 mars 2002. <https://www.labellucie.com/parties-prenantes-rse> (consulté le 12 mai 2025)
- [16] FÉDÉRATION MÉDICO-SOCIALE DES VOSGES (F'MS88). *Développement durable & travaux : agir et faire vivre la démarche RSE* [en ligne]. <https://f-ms.fr/developpement-durable> (consulté le 12 mai 2025).
- [17] ARNSTEIN, Sherry R. « A Ladder of Citizen Participation ». *Journal of the American Institute of Planners*, vol. 35, no 4, 1969, pp. 216–224.
- [18] BACQUÉ, Marie-Hélène, BIEWENER, Carole. *L'Empowerment, une pratique émancipatrice ?* Paris : La Découverte, coll. Poche.

- [19] FOUURIAT, Michel. *La co-construction : une alternative managériale*. Rennes : Presses de l'EHESP, 2016.
- [20] BLONDIAUX, Loïc, SINTOMER, Yves. « L'impératif délibératif ». *Politix. Revue des sciences sociales du politique*, n° 57, 2002, pp. 17–35.
- [21] URFALINO, Philippe. « Qu'est-ce qu'une délibération collective ? » In BRACHET, Marion et BUCH, Esteban (dir.). *Musique et politique*. Paris : Éditions de l'EHESS, 2019. (Politika).
- [22] FEARON, James D. « Deliberation as Discussion ». In ELSTER, Jon (ed.). *Deliberative Democracy*. Cambridge : Cambridge University Press, 1998, pp. 44–68.
- [23] FOUURIAT, Michel. *La co-construction en actes : savoirs et savoir-faire pratiques pour faciliter sa mise en œuvre*. Paris : ESF éditeur, 2021.
- [24] DIRECTION[S]. *Co-construire le projet d'établissement social ou médico-social*. Collection Les guides Direction[s].
- [25] CROZIER, Michel, FRIEDBERG, Erhard. *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil, 1977.
- [26] MORIN, Edgar. *Science avec conscience*. Paris : Fayard, 1982.
- [27] ARACT/ANACT BRETAGNE. *Espace de discussion sur le travail – Mode d'emploi*.
- [28] MINTZBERG, Henry. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Éditions d'Organisation, 1982.
- [29] BACQUÉ, Marie-Hélène, SINTOMER, Yves. *La démocratie participative : histoire et généalogie*. Paris : La Découverte, 2011.
- [30] BLONDIAUX, Loïc. *Le nouvel esprit de la démocratie : actualité de la démocratie participative*. Paris : Éditions du Seuil, coll. « La République des idées », 2008.
- [31] COMMUNAGIR. *La co-construction : l'expérience des chantiers partenariaux*. [en ligne]. <https://communagir.org/medias/2017/12> (consulté le 7 juin 2025).
- [32] BOURDON, Laurence. *Manager dans le médico-social : pratiques de direction et pilotage stratégique*. Rennes : Éditions EHESP, 2021.
- [33] WALLACE, Walter (ed.). *The Logic of Science in Sociology*. 1st ed. New York : Aldine Publishing Company.
- [34] QUIVY, Raymond, VAN CAMPENHOUDT, Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales*. 5e éd. Paris : Dunod, 2011.
- [35] PAILLÉ, Pierre, MUCCHIELLI, Alex. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 5e éd. Paris : Armand Colin, 2021.
- [36] POINT, Sébastien, VOYNNET-FOURBOUL, Catherine. *Le codage à visée théorique*. Recherche et Applications en Marketing, vol. 21, n° 4, décembre 2006, pp. 61–78.
- [37] BRAHMI, G. *Le projet institutionnel des établissements d'hébergement pour personnes âgées : théorie et pratique*. Paris : Berger-Levrault.
- [38] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Site officiel de la Haute Autorité de santé* [en ligne]. <https://www.has-sante.fr> (consulté le 17 mai 2025).

GRILLE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

À destination des directeurs d'établissements médico-sociaux

Dans le cadre de mon mémoire de master en management des établissements sanitaires et médico-sociaux, je mène une réflexion sur la plus-value de la co-construction d'un projet d'établissement médico-social entre usagers et professionnels. L'intégration du concept de co-construction dans les politiques publiques remonte aux années 2000, notamment avec la loi 2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale et renforçant la participation des usagers. L'objectif de cet entretien est d'analyser la manière dont votre établissement intègre (ou non) les usagers dans ses démarches stratégiques et **d'évaluer les bénéfices réels de la co-construction en termes de qualité de service, d'efficience (résultat avec ressources optimisées) et d'impact organisationnel.**

1. Introduction et questions générales (Ice-breaker)

- ⇒ Depuis combien de temps êtes-vous en poste dans cet établissement ? Pourquoi avoir choisi le secteur médico-social et, plus particulièrement, ce public (personnes âgées, handicap, etc.) ? Ces dernières années, quel événement vous a le plus marqué au sein de votre établissement ?

2. La place des démarches collectives dans l'établissement

- ⇒ Lors de l'élaboration de vos projets d'établissement, intégrez-vous une démarche collective ? Oui / Non / Partiellement
- ⇒ Quelles sont les parties prenantes associées à ces démarches ?
Usagers – Familles – Partenaires – Bénévoles – Professionnels – Autres

3. Degré d'implication et méthodologie de la co-construction

- ⇒ À quel niveau situez-vous l'implication des usagers dans la vie de l'établissement ?
Information – Consultation – Concertation – Codécision – Autres
- ⇒ Pouvez-vous me donner des exemples concrets illustrant leur participation ?
- ⇒ D'après vous, Quels sont les leviers facilitant la coconstruction ? Existe-t-il des prérequis organisationnels, culturels ou réglementaires ?

Avez-vous des « incontournables » méthodologiques à recommander ?

4. La plus-value de la co-construction

- ⇒ **Diriez-vous que la co-construction a un impact sur :** La qualité de vie et la satisfaction des usagers ? (Pourquoi ?), L'adhésion des professionnels aux projets d'établissement ? (Pourquoi ?), L'efficience et l'optimisation des services ? (Pourquoi ?)
- ⇒ **Avez-vous pu mesurer des bénéfices concrets liés à une plus grande participation des usagers ?**
Exemples d'améliorations observées (meilleur climat social, baisse des réclamations, plus grande adhésion aux projets...)
- ⇒ **Existe-t-il des freins ou des résistances (facteurs humains, structurels, culturels) à lever pour maximiser cette plus-value ?**
- ⇒ **Pensez-vous que la co-construction a un impact sur la pérennité des projets mis en place ?**
- ⇒ **Un projet co-construit est-il mieux accepté, plus durable et plus efficace ?**

5. Synthèse et perspective

- ⇒ **Si vous deviez définir la co-construction en une phrase, quelle serait-elle ?**
- ⇒ À l'avenir, envisagez-vous de renforcer cette approche dans votre établissement ?
Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?

Annexe 2

Entretien semi-directif avec S, Directeur Résidence La fontaine Médicis à Cucq depuis 15 ans (Groupe Domusvi)

S : merci beaucoup, merci d'avoir accepté d'échanger avec moi sur le concept de co-construction. Donc comme je vous l'ai expliqué je vais entreprendre une série de questions sur la base d'une fiche guide d'entretien. Je vais passer les questions générales que l'on a déjà plus ou moins abordé.

on va commencer directement sur la question 2 - Ce seront les démarches collectives dans l'établissement - Comment elles se mettent en place et qui participent , le degré d'implication et la méthodologie ensuite on abordera la plus-value c'est ce qui nous intéresse

Moi : Monsieur lors de l'élaboration de vos projets d'établissement intégrez-vous une démarche collective Oui non partiellement ? Quand on parle de démarche collective c'est avec qui

S. : alors oui nécessairement c'est une obligation d'avoir cette démarche collective avec la difficulté que toutes les thématiques ne sont pas forcément abordables avec toutes les parties prenantes de l'établissement mais nécessairement on ne peut pas travailler le projet d'établissement tout seul dans son coin, ça n'a pas de sens. L'idée c'est vraiment en fonction des thématiques d'associer les acteurs, les intervenants ça peut être des intervenants extérieurs ça peut être les résidents ça peut être évidemment les professionnels qui ont des thématiques abordées : animations soins technique... les familles les membres du CVS aussi.

Il y a un certain nombre de sujets qui peuvent les intéresser. Donc l'idée c'est vraiment de l'ouvrir au maximum. Donc là il y a déjà quelques parties prenantes qui sont dans le projet que vous impliquez dans cette démarche-là. Donc après on se doit dans le cadre de l'évaluation externe d'apporter la preuve qu'on l'a fait de manière coopérative. Donc on a des feuilles d'émargement pour chaque thématique abordée.

Moi : Au niveau de l'implication il y a plusieurs niveaux, de l'information jusqu'à la codécision. Est-ce de l'information, de la concertation, de la consultation ou de la co-décision. Est-ce que sur ces divers degrés là vous auriez des exemples de pratiques au sein de votre établissement ?

S : Ce qui est important c'est enfin d'avoir une base de travail déjà donc ce qu'on a tendance à faire, peut-être à tort, parce que ça oriente c'est de reprendre le projet d'établissement en version précédente et de se dire voilà on avait discuté de ça ça et ça on avait pris telle décision on s'est fixé tel objectif voilà et on rediscute de toute la thématique, on refait le questionnement autour de la thématique pour savoir si on maintient ou pas ce qu'on veut faire si on veut le faire évoluer dans quel sens. Et c'est là qu'on sollicite effectivement le questionnement des professionnels et des familles et sur ce questionnement comment ils s'organisent au sein de l'établissement

Moi : Vous m'avez parlé tout à l'heure de CVS est-ce qu'il y a d'autres entités, d'autres commissions dans l'établissement

S : On fait des commissions animation et des commissions restauration ça très bien Voilà et on refait un petit débrief de ces 2 commissions lors du Conseil de la vie sociale. Jusqu'au sein de ces commissions il y a une vraie prise en compte des choix à la fois des familles, des résidents.

Moi : D'ailleurs est-ce que les familles sont invitées sur ces commissions Comment ça se passe ?

S : Alors sur les commissions animation les familles sont conviées, sur les commissions restauration c'est plutôt les résidents parce qu'on a beaucoup de familles qui ne déjeunent pas forcément sur la résidence donc c'est difficile de parler d'une prestation quand on ne l'a pas essayé soi-même. Donc l'idée c'est vraiment que ça soit le plus participatif possible. Avec les résidents qu'ils puissent s'exprimer en toute liberté qui nous fasse part de leurs idées, de leurs envies sachant que ça ne vient pas tout seul d'eux même. En fait il n'y a pas forcément

des choses spontanées qui vont sortir c'est-à-dire il va falloir un peu comme vous faites là les emmener sur un questionnement. Peut-être leur dire voilà on a eu ça ça ça comme idée On aimerait bien mettre ça en place Est-ce que ça vous fait plaisir ? Est-ce que vous en avez envie ? C'est peut-être des choses auxquelles ils n'auraient pas forcément pensé non plus. Donc on essaie. Enfin si on leur pose la question de but en blanc il ne va pas sortir grand-chose.

Moi : Vous êtes en train de me dire que là ce sont peut-être des leviers ?

S : En fait ce sont peut-être des choses qui me permet comme ça d'engager la famille ou le résident sur la voie comme ça d'une implication ce sont des leviers. Ouais nécessairement on se rend compte que quelque soit l'organe de comment de co-construction que ça soit dans le cadre du projet d'établissement, du CVS ou autre il faut mettre beaucoup d'énergie je trouve pour essayer de faire participer les gens

Voilà ça ne se fait pas naturellement. On voudrait faire vite on le ferait tout seul dans son coin et ça serait très bien. Mais là ce n'est pas du tout comme ça qu'on doit fonctionner puisque c'est le résident avant tout et ça doit être du participatif. Sauf qu'on se rend compte qu'il faut vraiment prendre le temps du questionnement, de les mobiliser déjà à participer aussi aux réunions, aux rendez-vous parce qu'il y en a qui ne veulent pas forcément. Enfin tout, il faut que tout soit porté par quelqu'un en fait. Je me rends compte avec la présidente du CVS. Une fois on s'est dit, elle en tant que représentante des résidents je vais tenir une petite permanence 15 jours 3 semaines avant le dit CVS. Être proche des résidents pour les rencontrer échanger discuter savoir s'ils ont des questions pour pouvoir les mettre à l'ordre du jour. Elle a vu 1 personne.

Moi : Qu'est-ce qui a manqué d'après vous ?

S : On avait communiqué largement honnêtement je pense que là un certain nombre de résidents pour pas dire la plupart c'est des sujets sur lesquels ils ne se sentent pas concernés directement. Quand vous allez être sûr de l'animation ou de la restauration ça va leur parler c'est leur quotidien. Quand vous arrivez au CVS et qu'il va falloir présenter le plan de gestion de crise de l'établissement, il va falloir présenter je ne sais pas moi des travaux que vous avez fait en cuisine comme pour changer les portes. En bref, ce ne sont pas forcément des sujets qui vont les intéresser.

Moi : Ce que vous êtes en train de me dire c'est qu'il y a une partie de la vie de l'établissement qui les concerne directement et donc sur lesquels ils vont s'impliquer ?

S : Je ne vais pas dire de façon naturelle mais on va pouvoir les entraîner avec soi pour qu'ils puissent nous donner leur avis mais par contre sur d'autres choses un peu trop techniques ça ne les intéresse pas clairement.

Et puis je le vois bien parce qu'on est obligé de passer un certain nombre de sujets obligatoires. C'est ça - C'est terrible ce mot - Mais au CVS, y a des choses qu'on doit systématiquement mettre à l'ordre du jour sur l'année : le bilan du CVS des années précédentes, les enquêtes de satisfaction et finalement on se rend compte qu'au bout du bout... bon alors le directeur c'est souvent lui qui déroule le truc qui fait l'ordre du jour, il déroule tous les sujets qu'il doit aborder et il essaye de les solliciter en essayant de savoir ce qu'ils entendent. Enfin voilà et quand on arrive aux questions diverses, là c'est un résident qui prend la parole sur les questions diverses sur l'animation, la restauration voilà parce que finalement c'est ça qui les intéresse leurs besoins, ce qu'ils vivent au quotidien. Mais de savoir qu'on a une méthode HACCP en cuisine ou quoi que ce soit ... Enfin ça ne les intéresse pas en fait.

Par contre ce qu'ils veulent eux c'est de se faire plaisir, c'est de bien manger, c'est de faire des sorties de l'intergénérationnel, de l'activité physique et sportive adaptée. Ça pour eux ça va être important. Manger un œuf sur le plat, des choses qui sont très simples mais qu'on ne peut pas faire forcément en EHPAD des choses qu'on n'arrive pas à faire pour 70 résidents.

A contrario on ne peut pas non plus ne pas les impliquer dans le choix. on doit les impliquer, on doit avoir cette démarche là mais on est obligé de pousser, de tirer. On se rend compte que le CVS, il ne peut pas vivre de lui-même. En fait il faut toujours qu'il y ait quelqu'un qui le porte.

Quand je demande : est-ce que vous avez des questions, qu'est-ce que vous voulez mettre à l'ordre du jour sachant qu'il y a déjà systématiquement un point sur la commission animation et restauration et bien non. Ils n'ont pas de questionnement autre. Ce n'est pas facile c'est beaucoup d'énergie pour des fois accoucher d'une souris et on se rend compte finalement qu'il y a pas de vraie dynamique au sein du CVS alors peut être que je m'y prends mal hein. C'est possible mais on a du mal à aller les chercher pour qu'ils soient force de proposition sur des sujets qui soient autres que la restauration l'animation.

Moi : Le CVS est une forme. Et si c'était une autre forme ? Peut-être avez-vous un jour imaginé une autre forme comme ça de concertation de co-construction ou de démarche collective autre que le CVS qui est peut-être quelque chose d'un peu trop officiel.

S : La difficulté est que quelque soit le nom que vous donnerez à cette forme de participation là y aura toujours les mêmes sujets obligatoires à aborder tout au long de l'année donc pour moi c'est juste un intitulé qui change. Voilà pour moi ça ne veut pas dire grand-chose. Après on essaye de donner du sens à ces organes de coopération mais on se rend compte que finalement pour la plupart ça les dépasse. Alors les familles sont quand même relativement intéressées à découvrir un petit peu.

Parce que finalement ils ne connaissent pas notre fonctionnement, ils le découvrent en partie par le biais des CVS et ils s'intéressent aux choses. Ils vont un peu plus dans le détail. Mais pour autant ce n'est pas eux qui portent la dynamique. En fait c'est parce que l'ordre du jour il est le même. Ils peuvent rajouter un point mais il est déjà préconstruit et on doit aborder tous ces sujets-là. Pour le professionnel ça ne peut pas se passer sans les usagers ce n'est pas possible.

Moi : Que ce soit la mise en place d'un projet d'établissement ou un projet quel qu'il soit au sein de l'établissement, pour les professionnels ça ne peut se faire sans l'avis des usagers.

S : Non les professionnels ont bien conscience que ça ne peut se faire qu'avec les usagers. C'est en eux, c'est dans leur pratique professionnelle. Alors pour certains oui pour d'autres c'est un peu moins vrai mais voilà on réexplique que si on fait ce boulot là c'est parce qu'on a des résidents qui ont besoin de de nous dans les gestes de la vie quotidienne et donc effectivement tout doit partir d'eux et on travaille beaucoup avec eux sur la bientraitance, sur la prévention de la maltraitance, pour faire en sorte d'offrir autant que possible le choix aux résidents. Ou là où un résident ne veut pas manger ça il faut qu'on soit en capacité de lui proposer autre chose au moment du service ce qui n'est pas le plus simple.

Ce n'est pas toujours simple de changer de tenue, que la personne puisse choisir, pour qu'elle puisse continuer à s'exprimer et à prendre part à sa vie. Voilà le but du jeu c'est de l'inciter au maximum et pas de lui faire subir entre guillemets. Tiens cette nuit-là elle est bien, aujourd'hui je vais lui mettre ça et puis voilà l'idée c'est vraiment de continuer autant que possible à associer un résident à sa vie de tous les jours dans ses choix dans son consentement dans la recherche du consentement qui n'est pas toujours facile mais un résident a le droit de refuser. Ça faut être capable de l'entendre.

Les familles des fois ont du mal à l'entendre que le résident refuse. Il est libre et il a le choix de pouvoir encore. *Le résident a le droit de ne pas vouloir prendre son traitement. Ce que la famille n'est pas obligée de comprendre résident qui est tabou ou qui est en fin de vie aussi droit de refuser de boire et de manger*

Il faut être en capacité aussi de l'expliquer à la famille que c'est aussi son droit et qu'on se doit de l'écouter et de l'accompagner, d'être toujours dans la démarche sur la famille pense que de toute façon on va se réfugier derrière le fait. Oh Ben ils veulent en faire le moins possible donc ça les arrange bien. L'idée c'est qu'on soit en

capacité aussi d'apporter la preuve à la famille que régulièrement on réaborde le sujet, on repropose on discute on essaye de comprendre pourquoi il y a un refus.

C'est pour ça aussi qu'il y a des psychologues dans nos structures, c'est pour avoir cette démarche de fond et quand bien même au bout du bout si c'est toujours un non, et bien c'est toujours un non. Et quelque soit la famille, la famille doit s'incliner, la famille doit accepter. alors c'est c'est tu me enfin voilà j'imagine ce qu'ils vivent c'est de se dire Ben voilà quoi il est c'est il refuse de boire de s'alimenter c'est à place de la famille c'est compliqué donc tout voilà c'est on on essaye au maximum d'aller d'aller rechercher le consentement de la de la personne d'écouter son refus d'essayer de le comprendre mais ça c'est tous les jours en fait toutes les minutes hein bien sûr Oui je crois que s'il y avait pas aussi enfin

Moi : A travers ce que vous me dites s'il n'y avait pas cette démarche continue d'aller vers l'un ou vers l'autre enfin vers le résident et la famille ou les 2 en en même temps ce serait aussi très compliqué de gérer toutes les choses au sein de l'établissement. Ce seraient des réclamations au quotidien systématiques.

S : ça n'empêche pas les réclamations mais effectivement la démarche elle est intéressante dans le sens où on est proactif. C'est comme le projet personnalisé du résident.

Moi : C'est-à-dire ?

Ce n'est pas la famille ou le résident qui se plaint d'un truc ou d'un autre. On se réunit autour de la table c'est à dire on prend rendez-vous ensemble et on va prendre un peu de recul par rapport à ce que vous vivez sur la résidence comment vous le vivez ? s'il y a des choses bien, moins bien des petites choses auxquelles on ne pense pas qui pourrait vous apporter un vrai confort supplémentaire c'est la démarche.

Pour le coup elle est intéressante parce que elle ne se fait pas sur quelque chose de négatif à l'origine. En fait c'est un rendez-vous qu'on se donne alors dedans il peut éclore effectivement lors de cette rencontre là des points négatifs qui sortent et on a toujours à cœur de répondre. C'est quand même dommage d'attendre le rendez-vous du projet d'accompagnement de votre proche pour nous faire remonter toutes ces choses négatives alors qu'il suffit simplement de venir nous voir au jour le jour. Nous les faire remonter pour qu'on corrige le tir quoi qu'on est fait

Moi : Et sur le projet d'établissement vous pensez que c'est possible comme ça ou ça c'est vraiment trop compliqué d'y associer les usagers ? Quand je dis usagers, ce sont les résidents, les familles

S : non alors c'est compliqué mais il faut le faire

Moi : Oui parce qu'une fois encore, c'est comme vous disiez c'est obligatoire.

S : Je vois, on a communiqué largement auprès de des familles pour venir travailler avec nous sur un certain nombre de sujets et on a eu qu'une personne qui est venue et c'était la même sur chacune des thématiques de travail.

Alors les résidents pour les thématiques type animation vie sociale restauration hôtellerie tout ça ils viennent. Après y a des choses qui ne comprennent pas bien et qui ne maîtrisent pas bien parce qu'on a un fonctionnement qui est quand même hyper complexe hyper normé. Oui c'est ça, j'ai l'impression qu'il y a une part abstraite et une part concrète et la part abstraite elle fait pas leur truc. Ils n'ont pas envie d'y aller en fait ils n'y vont pas, ils ne sont pas là pour se casser la tête

Moi : Il y a des professionnels, il y a des responsables nous on a géré pendant 80 - 90 ans de notre vie

S : Non mais il y a des sujets ça ne les intéresse pas parce que c'est compliqué parce que ça fait référence à des normes des textes de loi et ce n'est pas leur truc. C'est leur petit quotidien de tous les jours la prise en soin, l'animation, la restauration c'est ça qui les importe.

Les délais de réponse aux appels résidents, c'est concret c'est ça qui les intéresse . C'est ça qui les branche et pas les évaluations externes tout « tarabiscoté » que personne ne comprend, quoi, qu'est-ce. Il ne s'intéresse pas à ça ou alors on le vend mal mais ce n'est pas enfin on voit bien hein ce n'est pas ça qui regarde ce n'est pas ça qui les intéresse plus que tout.

Moi : Si vous aviez pour projet par exemple à l'extérieur de mettre en place un petit espace de remise en forme, vous pensez que vous pourriez associer les résidents à quelque chose comme ça

S : Oui sur un projet de ce type c'est quelque chose qui est envisageable alors nécessairement pour ça il faudrait aussi impliquer notre ergothérapeute les kinésithérapeutes les professeurs d'activités sportives et adaptées pour les associer à la démarche mais je pense que oui ça peut être intéressant d'associer les résidents qui sont encore en capacité de pouvoir avoir ce raisonnement là et d'exprimer un avis.

En tout cas c'est plus facile encore une fois de leur soumettre à un projet qui n'est pas finalisé, leur présenter quelque chose qui a été déjà mûri réfléchi plutôt que de partir d'une page blanche. Il faut vraiment essayer de leur dire Bon Ben voilà on a pensé à ça, ça et ça à tel endroit qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que cet atelier-là a du sens pour vous ou c'est plutôt un autre. Dans ce cas-là lequel ? Mais si on n'arrive pas avec un truc préconstruit partir d'une page blanche c'est compliqué parce qu'eux-mêmes ils n'ont pas l'idée, ils n'ont pas forcément l'idée du concept de ce que ça veut dire, de ce que ça implique ils se laissent porter en fait par l'équipe, en fait par l'équipe de pro qui se bat, qui a bien pris conscience en fait des besoins de l'état physique, de l'état de santé général des personnes, des possibilités qu'il y a au sein de l'établissement et qui vont proposer quelque chose. Et là, on va les prendre par la main quoi. Une fois encore on va les accompagner pour qu'ils puissent être informés sans pour autant avoir décidé. Ils auront toujours le choix de dire je vais faire où je ne veux pas faire l'atelier mais effectivement on est toujours force de proposition.

Alors après encore une fois, sur certains sujets qui les concernent directement y a une boîte à idées et ils vont pouvoir se dire « tiens j'ai pensé à ça » et enfin vous avez un message tous les 6 mois

Moi : je comprends !

Mr Spehner : Ou alors ils ont des envies ou des choses qui ne sont pas réalisables. Moi je me rappelle un Monsieur pour lui c'était important tous les jours d'aller sur le parking à un endroit très précis pour profiter du soleil bon Ben ce monsieur là il est venu me voir en me disant « cette place-là de parking faut la sacrifier faut la mettre en gazon parce que c'est exactement ici que je vais être tous les jours de la semaine quand il fait beau. Bon Ben voilà après on a des demandes diverses et variées des fois on peut faire parfois on ne peut pas faire mais c'est vrai qu'on les écoute.

Il y a plein de petites choses au final qui nous disent sur lesquelles on peut agir des fois très simplement en fait donc et ça c'est pour être au plus proche, d'avoir bien le recueil de données dès son entrée, de le questionner régulièrement modifier le projet d'accompagnement personnalisé au regard du questionnement du résident sur son accompagnement ce qui voudrait voir évoluer dans un sens ou dans l'autre. Toutes ces choses-là c'est à nous de les faire bouger en fait. Donc il faut qu'on reste au contact faut qu'on les écoute Il faut que ça soit eux qui restent au maximum mettre de leur quotidien.

Moi : Vous êtes entrain de me dire qu'en fait cette co-construction elle se fait au quotidien, elle se fait bien plus que dans les instances.

S : C'est intéressant ce que vous me dites parce que faire un CVS pour parler de la stratégie, de la résidence, des projets de travaux on va changer les chaudières les chauffe-eaux tout ça. Les familles encore disent, bon ben c'est bien ils investissent très bien ils ont de l'eau chaude. Peu importe ce qu'on fait derrière , ce qu'ils veulent c'est qu'on répond rapidement aux appels des résidents. Ces attentes elles sont là. Et qu'on les écoute, qu'on les aide un peu dans leur démarche administrative quand il n'y a pas de proche aidant

Moi : C'est encore du quotidien

S : c'est du besoin c'est le quotidien, du besoin « Flash ». C'est de connaître les habitudes de vie des résidents parce qu'on sait que pour eux c'est important. Quand on va l'installer au lit le soir, il a le téléphone sur sa gauche et pas sur la droite et qu'il a le verre d'eau ici et la télécommande de l'accueil est là. Tout ça ce sont ses habitudes de vie. il faut que la lumière de la salle de bain soit allumée ou la porte juste un petit peu entrouverte ou complètement ouverte ou voilà après ce sont vraiment leurs habitudes.

Moi : Je comprends ! On arrive à la fin de de l'entretien. Si vous deviez définir la co-construction en une phrase - Vous m'avez exprimé un certain nombre de choses. J'ai bien senti que cette co-construction quand elle bascule « du côté obscur » c'est à dire du côté officiel, du côté administratif, réglementaire c'est quand même assez compliqué pour le résident, l'utilisateur. Par contre sur du quotidien, en fait vous coconstruisez ou en tout cas vous faites que l'utilisateur participe assez facilement à la prise en compte de ses besoins en échangeant avec le professionnel.

Mais si vous deviez définir en une phrase c'est quoi en fait pour vous la co-construction ?

S : La co-construction, ça doit être avant tout les professionnels qui restent à l'écoute des résidents, qu'ils leur proposent, les sollicitent, les questionnent sur ce dont ils ont envie, de porter ce dont ils ont envie de manger. Souvent ce sont de petites choses, on l'a dit, très simples très basiques et c'est d'être prévenant je pense. Je donne l'exemple parce que je l'ai vécu il n'y a pas très longtemps d'une soignante qui venait d'arriver à l'équipe.

A la fin du restaurant de 12h00 elle va accompagner les résidents. Alors pour certains ils souhaitent retourner en chambre pour faire une sieste, d'autres ils peuvent être en bas pour regarder la TV avec les autres résidents ... Donc elle va pour accompagner un résident devant la télé. La résidente est en fauteuil roulant la dame donc elle l'installe et lui demande si elle a envie d'aller aux toilettes. La résidente lui a répondu : « je suis contente que vous me demandiez parce que je n'osais pas vous le demander.

Le bon sens n'a plus sa place en réalité. Il faudrait aller jusqu'à l'écrire dans le plan de soins. Alors il y a la soignante qui demande aux résidents s'il a envie d'aller aux toilettes à ce moment là parce que c'est peut-être dans son calendrier mictionnel.. ;

Là ce n'était pas prévu mais pour autant la personne a le droit d'avoir envie en dehors de son calendrier mictionnel mais on ne se pose pas forcément la question et c'est pour moi la vraie valeur ajoutée d'un soignant. Vous pouvez avoir tous les diplômes du monde, je peux vous dire qu'il y a des soignants qui ont des diplômes et qui ne valent pas grand-chose et autant on peut avoir des personnes qui n'ont pas les diplômes mais qui ont encore ce bon sens ce regard sur l'autre.

Ça reste vraiment du quotidien de se réinterroger tout le temps parce que tout est en mouvement permanent et c'est vrai qu'on est tous happé par nos tâches. Mais il faut qu'on soit capable de dire tiens aujourd'hui elle n'est pas comme d'habitude tiens là ça fait 4 jours c'est trop....

Du comportement ils ont tendance à se majorer un peu donc tout ça. il faut l'écrire le tracer et puis se questionner derrière qu'est-ce qu'on fait ? Est ce que l'on propose le bazar par exemple à cette personne-là, il faut réussir à être dans le questionnement tout le temps voilà en fonction de ses connaissances, de son expérience de ce qu'on voit parce qu'au fond le salarié peut aussi passer à côté des choses qu'on voit pas mais essayer d'avoir ce bon sens et cette prise de recul un petit peu au quotidien parce que c'est là que ça joue en fait c'est vraiment là que ça va jouer sur le quotidien et pas sur les travaux ou le plan bleu canicule qu'il va falloir présenter en disant qu'est ce qu'on fait les résidents.

Ca ça peut intéresser les familles. Parce que les familles elles ont aussi besoin de savoir tout ce qu'on met en place tout ce qu'on met en œuvre pour garantir le confort et la sécurité de leurs proches quels que soient les circonstances. Sachant que nos établissements tout est poussé quand même à l'extrême.

Parce qu'il faut qu'on soit capable de sortir un menu si on n'a pas de chef cuisinier aujourd'hui, parce qu'il faut qu'on soit capable de sortir à manger si on a plus de gaz, plus d'électricité. Tout ça on doit être capable de le

prévoir. c'est prévu les gens seront formés, sensibilisés. L'idée c'est qu'on ne le déclenche jamais, mais on sait que ça existe et qu'on peut appuyer sur le bouton et que ça marche.

Les familles ont besoin de savoir ça. Pour les résidents, pour eux ce qui va être important c'est que le service se passe bien à 12h00 et pas 12h30 et que ce qu'il y a dans l'assiette ça leur plaît etc... Voilà c'est surtout ça

Moi : Très très bien

S : ce n'était pas une réponse on a une phrase

Moi : Ne vous inquiétez pas je n'y mettrai pas de points. Dans la foulée, même si vous m'avez déjà apporté un certain nombre de réponses, à l'avenir et ce que vous envisagez de renforcer cette approche de coconstruction

S : Je crois qu'il faut toujours essayer de la renforcer et de l'améliorer. Ça me paraît évident que c'est toujours plus compliqué parce que nos résidents sont de plus en plus dépendants. Ils sont de plus en plus malades. L'état de santé ou en tout cas le vieillissement a fait que aujourd'hui

elle est au CVS ça veut dire qu'il faut qu'il tienne 10 h quoi Enfin ça dure 2 h 3 h et que bah il faut les faire hein il faut les faire c'est 2, 3 h là avec des réseaux et des fois qu'on est trop cognitif qui vont poser toujours plus ou moins la même question d'autres qui n'auront aucune question en tête c'est celle de qu'est-ce qu'on va manger ce soir ou pourquoi on mange des saucisses avec des lentilles Enfin voilà enfin leurs besoins,, leurs demandes leurs attentes, elles sont toutes différentes finalement et c'est vrai que c'est compliqué c'est de plus en plus compliqué de les associer à cette démarche-là de coconstruction de la vie de l'établissement, coconstruction de leur projet personnalisé de ce qu'ils veulent pour les soins etc... Tout ça les concerne plus. Et puis ça se fait au quotidien donc ça c'est plus facile que des choses qui sont un peu abstraites

Effectivement on va leur raconter des trucs et ils vont nous faire confiance ils vont nous croire ils vont nous écouter. Certains seront plus ou moins intéressés mais on reviendra quand même aux questions diverses sur la question qui est importante : pourquoi on laisse la polenta au menu alors que personne n'en mange

Moi : Pour conclure, y a-t-il un événement sur ces 5 dernières années ou ces 3 dernières années qui vous a le plus marqué au sein de la résidence. Un événement positif quelque chose qui vous a vraiment fait plaisir plus que l'histoire de la soignante

S : Oui quand j'ai pris le temps entre guillemets de les accompagner à une sortie. parce que finalement on renoue le contact avec eux à ce moment-là. parce qu'on ne prend pas le temps. C'est toujours entre 2 portes. Un petit bonjour, une petite interpellation de l'un ou de l'autre mais on prend rarement le temps de se poser à côté d'eux. Et c'est vrai que quand on part en sortie en animation comme ça on est plus à côté d'eux à vivre leur quotidien donc ça facilite les échanges. Je pense que si on doit promouvoir quelque chose ça s'est très bien

PLAN D'ACTION GÉNÉRALISÉ POUR LA COCONSTRUCTION EN ESSMS

Axes stratégiques	Constats (terrain & littérature)	Cibles	Pistes d'amélioration	Actions concrètes
Créer les conditions organisationnelles favorables	- Participation peu formalisée dans les plannings	Directions CVS Professionnels	- Intégrer la co-construction dans le temps de travail	- Valorisation des temps de co-construction comme du travail effectif
	- Manque de temps identifié par les professionnels		- Créer des espaces-temps dédiés	- Planification de réunions participatives régulières (agenda)
	- Besoin de reconnaissance des temps de co-construction		- Renforcer l'animation du CVS par un professionnel formé	- Rôles CVS désignés pour dynamiser l'instance
Développer des méthodes participatives adaptées	- Outils parfois inaccessibles à certains publics	Usagers Familles Professionnels	- Expérimenter des outils ludiques	- Post-it, pictogrammes, supports sensoriels
	- Démarche souvent informelle et peu structurée		- Structurer des groupes de travail mixtes	- Groupes de travail réunissant familles, résidents et pros sur des thématiques ciblées
	- Commissions peu exploitées		- Formaliser une feuille de route de la co-construction - Transformer les commissions existantes en lieux de codécision	- Refonte des commissions animation/menus pour inclure codécision

PLAN D'ACTION GÉNÉRALISÉ POUR LA COCONSTRUCTION EN ESSMS

Axes stratégiques	Constats (terrain & littérature)	Cibles	Pistes d'amélioration	Actions concrètes
Faire évoluer les postures professionnelles	- Freins générationnels ou culturels dans certaines équipes	Équipes, Encadrement Référents	- Former à la philosophie de la participation - Sensibiliser les équipes - Promouvoir une culture de leadership partagé - Valoriser les initiatives spontanées	- Formations/ateliers participatifs
	- Confusion entre consultation et co-construction			- Inviter un résident ou proche à témoigner en réunion de service
	- Manque de formation à l'animation participative			- Communication sur les «bons exemples» en réunion d'équipe
Renforcer l'ancrage institutionnel et politique	- Co-construction vue comme un outil d'évaluation plus qu'un levier pérenne	Directions ARS Usagers Familles	- Intégrer la coconstruction dans les projets stratégiques (PE, CPDM) - Mobiliser canaux de communication (visites, numérique, CVS, etc.) - Renforcer la logique de co-construction auprès des familles/usagers en amont	- Intégration dans le projet d'établissement d'objectifs de co-construction
	- Usagers peu impliqués dans les étapes amont des projets			- Visites à domicile et échanges informels pour maintenir le lien
	- Faible mobilisation des familles éloignées			- Communication via WhatsApp, affichage, compte-rendus
Faire évoluer la posture managériale	Constats	Cibles	Pistes d'amélioration	Actions concrètes
	- Leadership traditionnel perçu comme descendant	Direction, encadrement, référents	- Développer un leadership facilitateur de soutien et d'accompagnement au changement - Identifier des relais (référents participation, binômes pro-usagers)	- Formation des encadrants au rôle de facilitateur
	- Manque de pilotage partagé des démarches participatives			- Définition claire du rôle des «référents participation» - Animation de groupes par des professionnels non hiérarchiques
	- Besoin d'animation plus horizontale			- Co-animation de projets par des binômes pro-usagers