

PERSONNES HANDICAPÉES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

SYNTHÈSE ET OUTILS

PRATIQUES DE COOPERATION ET DE COORDINATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux



MODE D'EMPLOI

Ce document est une synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) et des outils intégrés dans le volet 1 et 2 **PRATIQUES DE COOPÉRATION ET DE COORDINATION DU PARCOURS DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP**. L'organisation de cette synthèse lui est propre. Elle ne reprend pas à l'identique la structure des recommandations

Plan de la synthèse	Les parties abordées et les outils	
Introduction	Qu'est-ce que la coordination ?	2
	Quels sont les enjeux de la coordination ?	2
1. Le prérequis à la transition et à tous types de coordination : l'évaluation	Pourquoi partir des besoins, attentes et aspirations de la personne ?	3
	Quel recueil permet de construire le projet personnalisé inscrit dans un parcours de vie ?	3
	Comment recueillir et évaluer les besoins, les attentes et les aspirations de la personne ?	4
	Quel partage et quelle transmission de ces informations ?	4
2. Identifier des acteurs de la dynamique du projet de vie de la personne	Qu'est-ce que le dispositif ressource ?	5
	Outil : schéma du dispositif ressource	5
	Comment rendre la personne actrice de son projet ?	6
	Quelles sont les ressources de l'entourage de la personne ?	6
	Quelles sont les ressources de l'ESSMS accompagnant la personne ?	7
	Outil : analyse des ressources et limites de l'ESSMS	8
	Quelles sont les ressources du territoire ?	8
	Qui est la personne assurant la fonction de coordination ? Quelles sont ses missions ?	9
3. Se coordonner - construire le dispositif ressource sur le territoire	Quelles sont les modalités de coordination entre les acteurs du dispositif ?	11
	Outil : Charte partenariale	12
	Outil : Convention de coopération	14
4. Renforcer la coordination	Outil : les niveaux de coordination selon les situations	15
	Coordination : pourquoi s'intéresser aux transitions ?	17
	Coordination : comment préparer les transitions ?	17
	Coordination : qu'est-ce qu'un plan de transition ?	18
	Comment mettre en œuvre le plan de transition entre les acteurs ?	18
5. Améliorer la coordination	Comment évaluer la coordination ?	20
	Outil : schéma des besoins identifiés et des acteurs en présence	20
	En bref : les incontournables de la coordination	21

Qu'est-ce que la coordination ?

La coordination a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements, notamment entre les trois secteurs d'activité¹ suivants :

- le secteur sanitaire, qui recouvre la médecine de ville et les établissements de santé essentiellement hospitaliers ;
- le secteur social, qui concerne les actions visant l'insertion sociale et professionnelle des personnes ;
- le secteur médico-social, qui regroupe les services apportant de l'aide et des soins aux personnes vivant à domicile et les établissements (avec ou sans hébergement) accueillant des personnes en situation de handicap.

Quels sont les enjeux de la coordination ?

La construction d'un dispositif ressource et l'identification d'une personne assurant la fonction de coordination ont pour but de :

- garantir la complémentarité, la cohérence des interventions et leurs nécessaires ajustements ;
- coordonner les professionnels amenés à intervenir pour faciliter le parcours de la personne ;
- positionner l'établissement comme une ressource du territoire.

Les interventions auprès d'une même personne peuvent être réalisées dans des contextes variés, dans un service ou établissement, et par des intervenants de différents secteurs.

L'absence d'évaluation coordonnée (des besoins et capacités des personnes), de continuité de l'accompagnement et de cohérence des pratiques sont des facteurs de risque pour la qualité de vie de la personne.

¹ MA Bloch, L. Hénaut. *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod. 2014. p.3

1 Le prérequis à la transition et à tous types de coordination : l'évaluation

Pourquoi partir des besoins, attentes et aspirations de la personne ?

- Le recueil des besoins, attentes, habitudes de vie et aspirations de la personne permet de :
 - connaître ses caractéristiques ;
 - prendre en compte ses ressources, ses compétences ;
 - définir objectivement les différents besoins, la nature et l'intensité de l'accompagnement (aides humaines et matérielles).
- Ce recueil permet de formaliser le projet de vie de la personne et de construire son projet personnalisé.
- Les besoins, attentes et aspirations de la personne évoluent et nécessitent d'être réévalués régulièrement.

Quel recueil permet de construire le projet personnalisé inscrit dans un parcours de vie ?

Chaque acteur doit être conscient que pour que soit respecté le parcours de vie de la personne, il a un rôle à tenir. Ce rôle sera complémentaire à celui d'un autre acteur impliqué. Il importe que les divers acteurs de l'accompagnement (antérieurs et futurs) prennent en compte l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire MDPH pour éviter les redondances.

Recueil de l'information

En accord avec la personne et/ou son représentant légal et dans le respect des dispositions légales en matière de partage de l'information, il est indispensable de recueillir de façon rigoureuse :

- les informations la concernant, c'est-à-dire :
 - les éléments de son parcours de vie ;
 - son projet de vie ;
 - ses rythmes et ses choix de vie ;
 - ses habitudes de vie, ses aspirations, ses préférences et ses aversions ;
 - sa situation (vit-elle au domicile avec ou sans accompagnement médico-social ou est-elle accueillie dans une autre structure ?) ;
 - les différents milieux dans lesquels elle évolue (par exemple dans le cadre de ses loisirs), les acteurs en présence dans ces milieux et les personnes ressources de son entourage ;
 - les liens tissés avec les acteurs de proximité (voisins, commerçants, pharmacies, équipements publics, élus, etc.) ;
 - ses rôles sociaux ;
 - les facteurs de risque susceptibles d'engendrer des situations difficiles et les facteurs de protection à mettre en place.
 - le diagnostic, les handicaps associés, le parcours de santé, les problèmes somatiques et psychologiques et les traitements suivis ;

Recueil des évaluations

- Au niveau personnel, les domaines du fonctionnement à évaluer peuvent être :
 - La communication ainsi que les modalités de communication et outils utilisés (volet réceptif et expressif) ;
 - les habiletés sociales, l'adaptation sociale et plus particulièrement les interactions sociales ;
 - les fonctions cognitives et des apprentissages ;
 - les émotions ;
 - la sensorialité et la motricité ;

- Ces évaluations et les apprentissages sont à mettre en lien et à réévaluer directement dans différents environnements:
 - la vie quotidienne, l'autonomie et les déplacements ;
 - les relations sociales et familiales;
 - les relations affectives et sexuelles ;
 - l'habitat ;
 - les activités socialisantes et l'insertion professionnelle ;
 - les activités de culture, sport, loisirs et vacances.
- Attention, l'impact de l'environnement sur son comportement et sa participation, et plus particulièrement les situations de « comportements-problèmes » ;

ATTENTION ! Les évaluations ne sont pas forcément à réaliser simultanément. Elles dépendent des besoins, attentes et aspirations repérés et sont à réaliser en fonction des interactions entre les domaines et l'environnement.

- Même si la personne est accompagnée par l'ESSMS depuis longtemps, il est important de disposer de toutes les évaluations nécessaires.
- En cas d'évolution du projet de vie ou d'évaluations manquantes et, avec l'accord de la personne, l'ESSMS pourra proposer à la personne de mettre en place des évaluations complémentaires en sollicitant d'autres acteurs compétents.

Comment recueillir et évaluer les besoins, les attentes et les aspirations de la personne ?

- Le recueil des besoins, attentes, aspirations et informations relatives à la personne est réalisé en :
 - l'invitant et/ou son représentant légal et les intervenants antérieurs à renseigner – dans le respect du cadre légal relatif au partage de l'information – un dossier d'information et son projet de vie ;
 - prenant contact avec les professionnels qui l'ont orienté (MDPH) ;
 - identifiant avec elle et/ou son représentant légal les bons interlocuteurs à contacter et en joignant les différents acteurs intervenants actuellement auprès de la personne (y compris les services à domicile).
- En accord avec la personne et/ou ses proches, des visites à son domicile et dans les différents environnements au sein desquels elle évolue sont à proposer. Cela permet de mieux connaître ses habitudes de vie et son milieu de vie.
- Il convient de s'assurer que les conditions préalables aux évaluations (contexte de vie, acteurs en charge de l'évaluation, etc.) et les outils utilisés et mis en place sont connus par tous les acteurs.

Quel partage et quelle transmission de ces informations ?

- L'évaluation des besoins de la personne, base de l'accompagnement, nécessite de prendre en compte des facteurs environnementaux pour favoriser une approche globale². Il est important de rappeler qu'elle est partagée, régulière, précise et formalisée.
- Les informations utiles et nécessaires sont transmises aux différents partenaires du parcours de la personne, dans le respect du cadre juridique relatif au partage d'information.

² CNSA, ANCREAI. *Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé. A l'attention des agences régionales de santé et des conseils départementaux.* Paris : CNSA, 2016.

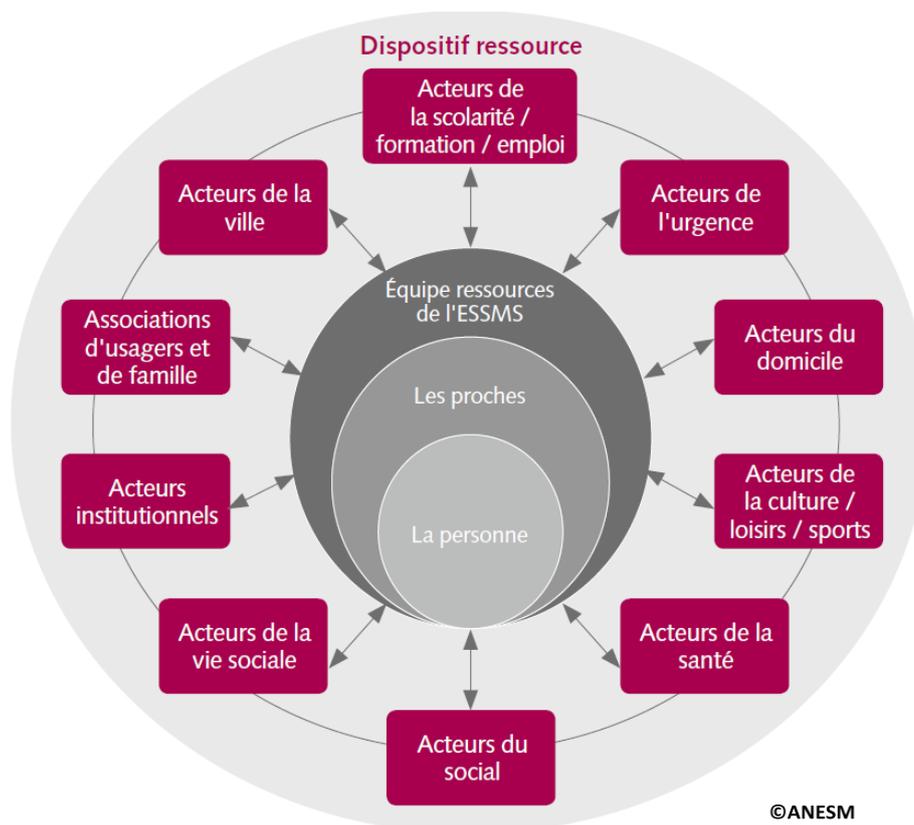
2 Identifier les acteurs de la dynamique du parcours de vie de la personne

Qu'est-ce que le dispositif ressource ?

- Le dispositif ressource est constitué de personnes considérées en capacité d'apporter des réponses adéquates pour le parcours de vie de la personne. Cela implique que le dispositif soit composé en nombre suffisant de personnes compétentes et motivées. Les différentes ressources peuvent être les suivantes :
 - la personne ;
 - son entourage (avec son accord) ;
 - des professionnels ressources de l'ESSMS ;
 - des acteurs ressources du territoire identifiés, qu'ils soient de droit commun ou spécifique.

Schéma du dispositif ressource

Le dispositif ressource



- Attention, de nombreux acteurs travaillent déjà en partenariat sur le territoire. Il ne s'agit pas d'écarter tout ce qui a déjà été mis en place mais au contraire d'élargir, voire de consolider le partenariat existant qui peut servir de base à la construction du dispositif ressource.
- La construction du dispositif ressource nécessite :
 - la participation de la personne ;
 - une bonne connaissance des ressources de l'entourage, de l'ESSMS et du territoire ;
 - la définition des modalités de coopération entre les membres du dispositif ;
 - l'identification de la personne assurant la fonction de coordination et ses missions.

- Le dispositif, notamment les acteurs et les modalités de coordination, peuvent évoluer en fonction de la situation de la personne et lors des transitions.

Comment rendre la personne actrice de son projet ?

- Il est primordial de permettre à la personne d'exprimer son projet de vie, en développant et en utilisant les moyens de communication adaptés.
- Cette expression passe par le développement de sa capacité d'autodétermination en :
 - définissant avec la personne ce qu'elle peut réaliser pour optimiser son potentiel et vivre des situations valorisantes ;
 - prenant en compte son niveau d'autonomie et en l'accompagnant pour atteindre le niveau d'autonomie le plus haut ;
 - l'accompagnant pour exprimer des souhaits réalisables sans rompre la dynamique personnelle nécessaire à la construction de son projet ;
 - prenant en compte l'écart qui existe entre la situation présente et la situation souhaitée.
- Il est nécessaire de reconnaître et de favoriser systématiquement cette autodétermination.
- L'accompagnement consiste parallèlement à co-construire avec la personne son projet personnalisé et à le décliner en objectifs concrets atteignables.
- Lorsqu'un projet de vie a été formalisé, il est important de s'assurer qu'il correspond toujours aux besoins, attentes, et aspirations de la personne, etc.

Quelles sont les ressources de l'entourage de la personne ?

- La perception que la personne a de son entourage est recueillie. Les relations interpersonnelles entre la personne et son entourage sont à prendre en compte.
- Les individus composant l'entourage de la personne, et notamment la personne de confiance sont à identifier. Cet état des lieux permet de mesurer les risques d'isolement de la personne.
- La participation et l'implication diffèrent d'une famille à une autre selon ses ressources (matérielles, humaines, financières, etc.) et peuvent évoluer dans le temps. L'impact de l'accompagnement de la personne concernée sur la vie de son aidant est également à évaluer.
- L'identification de la situation (ressources et difficultés) de l'entourage doit tenir compte :
 - de la structure familiale (conflits familiaux, etc.) ;
 - du niveau socio-économique (difficultés financières, etc.) ;
 - des ressources humaines dont il dispose ;
 - des caractéristiques personnelles de l'aidant (isolement, épuisement, souffrance psychique, vieillissement, etc.) ;
 - de l'accès aux informations (avec ou sans aide) ;
 - de la distance géographique entre l'entourage et la personne.
- L'évolution de la place des aidants, des pairs et de l'entourage est à anticiper (vieillesse, déménagement, etc.). Dans l'hypothèse où l'aidant principal ne serait plus en capacité d'accompagner la personne aidée, une seconde personne à contacter est à identifier.
- L'expertise de l'entourage est reconnue par les professionnels du dispositif ressource et sa place est définie dans la coordination.
- Les demandes et les attentes de l'entourage sont à prendre en compte et peuvent être relatives à :
 - la santé ;
 - l'information et la formation ;
 - des conseils, de l'écoute (guidance parentale) ;
 - une aide financière ou matérielle ;
 - un soutien psychologique.

Quelles sont les ressources de l'ESSMS accompagnant la personne ?

- Les professionnels de l'ESSMS sont à considérer comme une ressource du territoire, pour les personnes concernées, l'entourage, les partenaires, les acteurs de droit commun.
- Pour identifier ses ressources et ses limites, l'ESSMS réalise une description et une analyse des prestations, des pratiques et compétences développées, du plateau technique, des besoins constatés, et de leur évolution. Cet état des lieux peut notamment être réalisé dans le cadre de l'élaboration ou de l'actualisation du projet de la structure ou de l'évaluation interne.

Pour cet état des lieux :

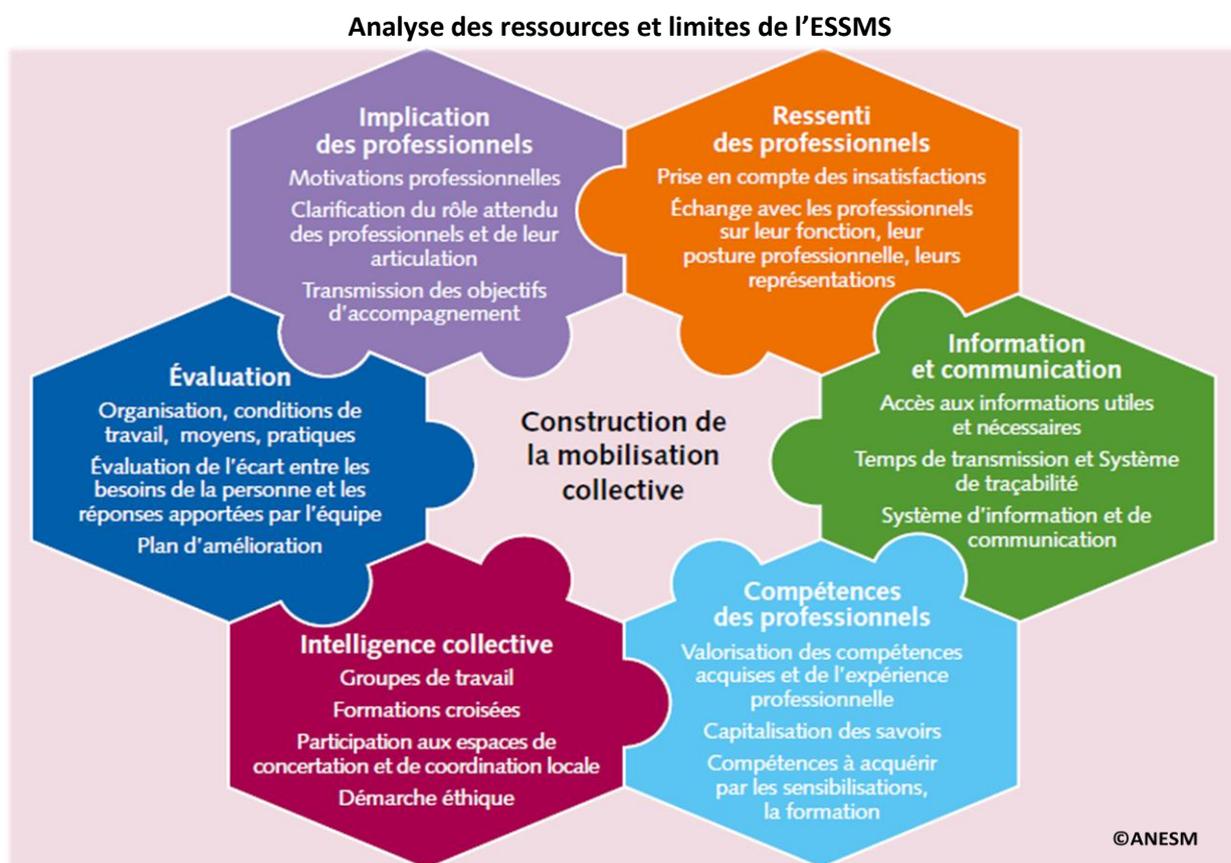
- Les prestations, les ressources (matérielles et humaines) et les pratiques de l'ESSMS sont à identifier dans divers domaines³ :
 - les activités quotidiennes ;
 - la communication et les relations avec autrui ;
 - la culture, les loisirs ;
 - l'insertion sociale ;
 - le logement ;
 - l'éducation et la scolarisation ;
 - la formation, l'insertion professionnelle et l'emploi ;
 - les démarches administratives et la gestion des ressources ;
 - les droits et la citoyenneté ;
 - les soins somatiques et psychiatriques (l'ESSMS est-il en mesure d'assurer des interventions préventives et thérapeutiques) ?
 - la vie affective, sexuelle et familiale.
- La représentation que le professionnel se fait de sa fonction et de son rôle est importante à recueillir. Le questionnement peut par exemple être le suivant :
 - Quelle est sa perception du bien-fondé des actions ?
 - Quelle est son aptitude personnelle à les intégrer ?
 - Quelle est sa perception du public accueilli ?
 - Quelle reconnaissance et estime de ses pairs reçoit-il ?
- L'organisation, les ressources et les limites de l'équipe de l'ESSMS sont à évaluer, notamment à l'aide du questionnement suivant :
 - Quelle est la charge de travail de chacun ?
 - Quels sont les moyens matériels dont disposent les équipes en ce qui concerne les ressources éducatives, soignantes, etc. ?
 - Quels sont les horaires de l'équipe ?
 - Quelles sont les compétences de chaque professionnel (acquises et à acquérir) ?
 - Quels sont les savoir-faire, les savoir-être, l'expérience, les pratiques, les usages, les points de blocage de l'équipe, etc. ?
 - Comment sont mises en lien les compétences de chaque professionnel de l'équipe avec le domaine de formation et l'expérience professionnelle ?

Les objectifs de cet état des lieux :

- L'analyse des ressources et des limites de l'ESSMS permet de :
 - adapter le plan de formation pour favoriser la coopération et la coordination ;
 - déterminer les actions à mettre en place pour se faire connaître des acteurs du territoire

³ Voir les différentes catégories de besoins et prestations détaillées dans la nomenclature du projet SERAFIN-PH : http://www.cnsa.fr/documentation/nomenclatures_serafinph_detaillees_mars_16.pdf

- Les compétences/ressources et les limites de l'ESSMS sont à communiquer à la personne, à l'entourage, aux partenaires, aux MDPH, aux ARS et aux Conseils départementaux afin de contribuer au diagnostic territorial et d'être repérés comme ressource sur son territoire.
- Un ESSMS ne peut généralement pas répondre à lui seul à l'ensemble des besoins d'une personne. Grâce à la connaissance de ses ressources internes (moyens humains, financiers, compétences, prestations, etc.), l'ESSMS avec l'aide de l'ARS peut identifier et faire appel à des ressources complémentaires extérieures et mobiliser les partenaires du territoire (y compris ceux de droit commun), pour répondre aux besoins du parcours de la personne.



Quelles sont les ressources du territoire ?

- Pour favoriser l'accès aux ressources complémentaires et se coordonner, il convient d'identifier sur son territoire et dans son quartier :
 - les acteurs de droit commun œuvrant dans le domaine de la solidarité, de la culture, des loisirs, de l'art, des sports, etc. (musées, écoles et universités, associations de quartier, centres socioculturels, bibliothèques municipales, associations sportives, artistiques, etc.) ;
 - les structures spécialisées dans le secteur du handicap (associations, ESSMS, fédération française de sport adapté, organismes de vacances adaptées, etc.) ;
 - les dispositifs qui centralisent les informations sur le territoire (CREAI, Centres de ressources, Maison départementale de l'autonomie, Maison départementale de la solidarité, centre communal d'action sociale, Mission locale, etc.) ;
 - les équipes plus spécialisées et reconnues comme expertes.
- Les politiques locales, les projets en cours, le contexte local (sociodémographique, associatif, etc.) et les partenariats existants sur le territoire sont à identifier. Les obstacles, les facilitateurs (notamment les acteurs pouvant être porteurs ou freins) à la mise en place d'un travail en coopération sur le territoire sont également à identifier et à analyser.

- L'ARS et le Conseil départemental peuvent être sollicités au sujet des dispositifs de coopération pour lesquels ils assurent un rôle de pilote sur un territoire (par exemple dans le cadre du PAG).
- En tant que professionnels ressources de l'ESSMS, il est possible de participer à la réalisation du diagnostic partagé du territoire, à des projets territoriaux, à des espaces de concertation et de coordination locales (par exemple les conseils locaux de santé mentale, les commissions créées par les collectivités territoriales, etc.). Il est également important de favoriser la participation des personnes accompagnées dans ces espaces.
- L'accès aux banques de données répertoriant les compétences territoriales doit être favorisé par l'ESSMS.

Qui est la personne assurant la fonction de coordination ?

Quelles sont ses missions ?

- La (les) personne (s) en charge de la fonction de coordination est à identifier :
 - en lien et en fonction des besoins et attentes de la personne accompagnée et de son entourage, le cas échéant, ainsi que de ses choix ;
 - selon le domaine d'expertise de la personne assurant la fonction de coordination, sa disponibilité, sa situation géographique, ses capacités, ses savoir-être⁴ et la faisabilité des professionnels à assumer au quotidien ce rôle (nombre de personnes déjà suivies par la personne assurant la fonction de coordination).
- Les éléments suivants peuvent également être pris en compte pour son identification :
 - il s'agit d'un acteur en relation régulière avec la personne, qui intervient dans son quotidien ;
 - toute personne actrice du parcours de la personne peut assurer cette fonction, y compris un aidant (sous réserve de bien définir la fonction et ses limites) ;
 - lorsqu'il y a une notification unique, le destinataire de cette notification est légitime pour assurer la fonction de coordination ;
 - de même, lorsque l'un des dispositifs de l'accompagnement inclut la coordination dans ses missions (équipe relais, SAVS, SAMSAH, etc.), il est plus enclin à assurer cette fonction ;
 - le référent somatique, lorsqu'il est désigné, peut lui aussi légitimement assurer la fonction de coordination.
- La fonction de coordination est à considérer selon une approche pluridisciplinaire, si nécessaire et selon le parcours de la personne, en désignant un binôme d'acteurs en charge de la fonction de coordination (sanitaire/social ; professionnel/proche).
- L'adhésion de la personne et celle de son entourage sont à rechercher autant que possible.
- Les missions de la personne assurant la fonction de coordination sont à identifier, à formaliser et à partager entre tous les acteurs. Elles sont à identifier, selon le niveau de coordination nécessaire et selon la situation de la personne.
- La personne assurant la fonction de coordination doit avoir une visibilité de l'ensemble des interlocuteurs et de leurs missions afin de respecter le rôle de chacun.
- Elle a pour mission de s'assurer du suivi, de la cohérence de l'accompagnement et de la transmission d'information à la personne accompagnée et aux partenaires, dans le respect du cadre légal relatif au partage d'information.

⁴ ANESM. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés, op. cit.*

- **Si l'évolution du parcours de la personne le nécessite,**

La personne assurant la fonction de coordination peut changer soit lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte ou pour redynamiser l'accompagnement si ce dernier se réalise sur une longue durée.

3 Se coordonner – construire le dispositif ressource

Quelles sont les modalités de coordination entre les acteurs du dispositif ?

Entre la personne, l'entourage et les professionnels du dispositif ressource :

- Le cadre de travail propre au dispositif ressource (rôle et missions de chaque acteur, apports de chacun, leur participation, etc.) est à préciser à la personne, à son entourage le cas échéant.
- La place de la personne, son rôle au sein de ce dispositif ressource et les modalités de coordination et de communication sont à définir avec elle et doivent être adaptés.
- Pour faciliter les échanges, il est nécessaire de :
 - donner la possibilité à la personne concernée et à son entourage, d'interpeller et d'échanger avec la (es) personne (s) en charge de la fonction de coordination (téléphone, mails, etc.), etc. ;
 - prévoir des dates de rencontres, d'anticiper et d'organiser les conditions d'accompagnement préalables et nécessaires aux rencontres (accessibilité des transports, etc.) ;
 - proposer à la personne et à son entourage des outils de liaison, des aides techniques et technologiques favorisant leur participation à la coordination et l'accès à l'information (y compris les outils numériques de télé consultation / téléconférence et les outils connectés tablette, montre) et de les accompagner dans l'appropriation de ces outils.
- Il est également essentiel de développer et maintenir les espaces d'expression de la personne pour lui permettre de donner son avis en toutes circonstances.

Entre les professionnels du dispositif ressource :

- Il convient de faire connaître le cadre d'intervention des professionnels ressources de l'ESSMS auprès des autres acteurs du dispositif en :
 - faisant figurer les ressources, les limites et le périmètre d'intervention de chaque acteur dans les documents formalisant le partenariat ;
 - favorisant la connaissance des complémentarités et de la répartition des compétences de l'ensemble des acteurs. Pour cela, Il convient de formaliser le partenariat quel que soit le support retenu (charte partenariale, protocole, convention, groupement de coopération).
- Il est important d'indiquer aux partenaires que tout acteur de l'accompagnement de la personne peut interpeller la (es) personne (s) en charge de la fonction de coordination. Les conditions et les modalités de saisine de cet interlocuteur sont alors à définir conjointement.
- La transmission d'information et la communication sont à organiser – dans le cadre légal relatif au partage de l'information en :
 - développant des outils à la fois descendants, ascendants et transversaux (documents de liaison, procédures, etc.), accessibles aux professionnels quel que soit leur lieu d'exercice ;
 - prévoyant des temps dédiés et repérés de coordination (réunions, contacts téléphoniques, temps de retour de pratiques, etc.) ;
 - favorisant la mise à disposition d'outils technologiques de l'information et de la communication (messagerie sécurisée, visioconférence, dossier dématérialisé, tablette, etc.) ;
 - mettant en place un système d'information commun et partagé. Le système d'information permet d'assurer une gestion partagée du suivi de la situation⁵, d'analyser les écarts entre les besoins de la personne et les prestations et de quantifier l'activité pour en rendre compte.

⁵ Arièle Lambert Barraquier, « Ingénieries collaboratives et coordination des parcours des personnes handicapées. Filières, réseaux et intégration des services, des modèles à l'épreuve des territoires », Vie sociale 2014/2 (n°6), p.75-103.

Outil : la charte du partenariat

Les étapes de la concertation	Les conditions de réussite	Les modalités opérationnelles
1 Partenaires pertinents et ressources	<p>Identification des besoins et des objectifs du partenariat</p> <p>Recherche sur le territoire des partenaires possibles pour répondre à ces besoins</p>	<p>Rapprochement avec l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation dans les MDPH, l'ARS, les représentants des départements.</p> <p>Définition des techniques de médiation et de la stratégie de sollicitation des acteurs à mettre en place.</p>
2 Plan commun et définition des règles d'engagement	<p>Développement du plan du partenariat dans le respect de chacune des parties</p> <p>Définition des objectifs communs : attentes et contributions possibles au partenariat</p> <p>Adoption de règles et de processus communs</p> <p>Expression claire des attentes</p> <p>Détails de la collaboration, délais et rythmes de rencontres</p> <p>Prise en compte, dès le début du partenariat, des possibilités d'évolution en lien avec l'évaluation du projet.</p> <p>Proposition et/ou construction d'outils partageables pour tous les éléments thématiques et méthodologiques</p> <p>Formalisation des échanges d'information entre équipes et sensibilisation au cadre légal des modalités de partage d'information.</p>	<p>Une convention générale et une déclinaison individuelle (protocole) pour chaque personne en situation de handicap accompagnée en partenariat.</p> <p>Critères d'inclusion, outils standardisés, système d'information</p>
3 Rôle et responsabilité des acteurs du partenariat	<p>Définition du contenu du suivi de la démarche et du rôle de chacun dans ce suivi.</p> <p>Désignation du pilote pour diriger le processus de partenariat et définition de ses missions</p> <p>Définition claire et précise des rôles et des contraintes des acteurs (proches, bénévoles, personnel)</p>	<p>Désignation d'un binôme de pilotes (de préférence)</p>
4 Engagements et ressources mobilisées	<p>Expression des compétences, des limites et des contraintes de chacun vis-à-vis des partenaires</p> <p>Respect des missions des uns et des autres, tout en aidant à la coopération pour cette réalisation des missions respectives.</p> <p>Définition du calendrier et des moyens humains et financiers nécessaires à ce partenariat, ainsi que des prérequis</p>	<p>Sessions d'informations et d'échanges interprofessionnels et inter établissements</p>

Outil : la charte du partenariat		
Les étapes de la concertation	Les conditions de réussite	Les modalités opérationnelles
	(formations par exemple).	
<p>5</p> <p>Communication entre les parties</p>	<p>Vérification de la mise en œuvre de tous les engagements pris</p> <p>Rencontres à échéances régulières et à tous les niveaux institutionnels du partenariat (direction, équipes de terrain, fonctions support, etc.)</p> <p>Communication sur les intentions, sur l'état d'avancement du projet et sur la continuité de l'accompagnement.</p>	<p>Compte rendu de chaque rencontre et prise de décision contacts téléphoniques, engagements mutuels, rencontres et préconisations.</p>
<p>6</p> <p>Évaluation</p> <p>Mesure des progrès par rapport aux objectifs</p>	<p>Analyse en continu de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas et mise en œuvre de mesures correctrices.</p> <p>Évaluer régulièrement et en cas de nécessité le partenariat : mise en œuvre des actions, dynamique du partenariat, évolution de la situation initiale, nouvelles actions qui en découlent</p>	<p>Réunion spécifique (par exemple annuelle)</p> <p>Temps de supervision⁶⁻⁷</p>

⁶ « La question du soutien aux équipes (dont la supervision et l'analyse des pratiques) est abordée dans les textes réglementaires relatifs aux MAS, FAM et SAMSAH, il y est précisé que « L'établissement ou le service développe des partenariats avec d'autres établissements et services du secteur afin de mettre en place des actions de formation continue et des modes de soutien communs à l'ensemble de leurs professionnels. Les modes de soutien peuvent prendre la forme d'actions de supervision et d'analyse des pratiques ». (article D.344-5-16 du CASF) »

⁷ INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3B/DGESCO/ CNSA/2016/192 du 10 juin 2016 : relative à la modification du cahier des charges national des unités d'enseignement en maternelle prévues par le 3ème plan autisme (2013-2017)

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/07/cir_41145.pdf

Outil : la convention de coopération

« Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les ESSMS [...] peuvent : conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés [...] »⁸.

Conclue pour une durée déterminée ou indéterminée, la convention permet de créer un partenariat entre plusieurs personnes morales ou physiques selon le principe de libre adhésion. Le format d'une convention (statut, instances, gouvernance, implications financières, etc.) est assez libre et dépendant de la volonté des parties signataires. Une convention ne dispose pas de la personnalité juridique, elle précise son objet qui peut être de diverses natures : mise à disposition de personnel, mutualisation de moyens, gestion des situations d'urgence, etc.

La convention reste le principal outil de coopération entre acteurs. Reposant sur le principe de liberté contractuelle et d'utilisation très souple, elle repose sur le libre accord des parties. En revanche, ne disposant pas de personnalité morale, elle atteint rapidement ses limites dans les possibilités de coopération offerte aux acteurs : absence de budget spécifique, de patrimoine, de personnels, de transfert d'autorisations⁹, etc.

Pour constituer un outil opérationnel, la convention contient *a minima* les éléments suivants :

- le type de populations accueillies par les professionnels ressources de l'ESSMS ;
- les plateaux techniques et les spécialités disponibles ;
- les possibilités et les contraintes des professionnels ressources et de l'établissement qui conventionne ;
- les engagements réciproques des parties prenantes ;
- les procédures et modalités à l'admission, à la sortie, en accueil en urgence ;
- les ressources mobilisées (outils réglementaires, moyens humains et techniques, etc.) ;
- les outils nécessaires pour rendre opérationnelle cette coordination ;
- la nature des informations à transmettre par les professionnels ressources à l'établissement et vice et versa, notamment lors de l'entrée et de la sortie de la structure ;
- les variabilités des modalités d'accueil (accueil modulaire de jour, long séjour, etc.) ;
- les modalités permettant de poursuivre l'accompagnement pendant la durée du séjour (par exemple heures de présence des professionnels ressources de l'ESSMS lors d'une hospitalisation) ;
- les modalités de participation des professionnels ressources selon le contexte : en cas d'hospitalisation, pour les gestes de la vie quotidienne (repas, soins), lors des temps à risque (consultations, etc.) ;
- la définition des horaires de présence ;
- les modalités de transition et de relais entre les parties prenantes ;
- les visites et/ou échanges nécessaires entre les professionnels ressources, la personne concernée et les acteurs en présence ;
- les modalités de suivi et d'évaluation ;
- les stages et les formations croisées.

Protocole d'intervention

Décliner la convention en protocole d'intervention personnalisé en se réunissant et en définissant, avec les partenaires, les modalités de coordination pour chaque situation.

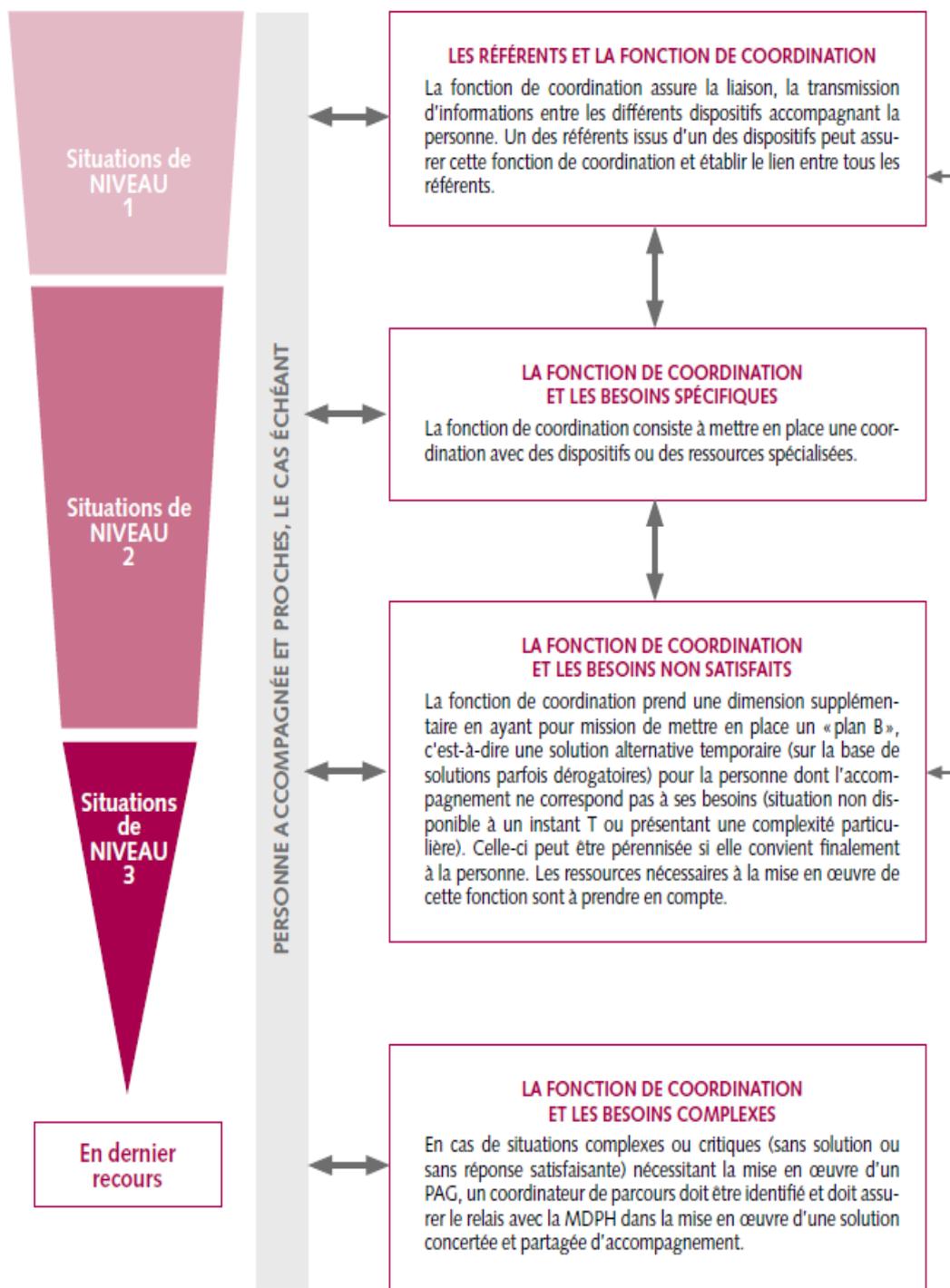
⁸ Article L.312-7 du Code de l'action sociale et des familles

⁹ Article L. 6134-1 du Code de la santé publique.

4 Renforcer la coordination

La coordination à mettre en place dépend de la situation de la personne. Cette coordination doit être renforcée en cas d'identification de facteurs de risque, notamment lors de transitions. Il est nécessaire de s'organiser en interne pour être en mesure de mobiliser les partenaires institutionnels pour les situations le nécessitant.

Les niveaux de coordination selon les situations



©ANESM

Les situations

Plusieurs types de situations sont à envisager pour la lecture de ces recommandations. Elles exigent divers niveaux de coordination (voir schéma dans le chapitre sur la fonction de coordination) :

- 1^{er} niveau situation : en situation usuelle¹⁰, il s'agit d'évaluer les besoins de la personne et les réponses nécessitant la mise en œuvre d'une coordination de niveau 1. Ce premier niveau fait appel à une coordination avec la personne, ses proches le cas échéant, les acteurs de droit commun, les acteurs de premiers recours (médecin généraliste) et de première ligne (éducatifs, soignants, paramédicaux, aide à la personne).
- 2^{ème} niveau de situation : en situation usuelle, l'évaluation des besoins et des réponses, pour certaines personnes, nécessite la mise en œuvre de dispositifs spécifiques. La coordination spécialisée de niveau 2 fait appel à des acteurs de second recours (médecins spécialistes, etc.)¹¹ et des ressources externes ayant une expertise spécifique (équipes mobiles, spécialistes du somatique, etc.). Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de cette fonction sont idéalement à inscrire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du dispositif lors de sa négociation avec les autorités de tarification et de contrôle. Ces situations peuvent par exemple correspondre à une entrée ou sortie d'hospitalisation. Cette coordination de niveau 2 correspond à une réalité quotidienne et recouvre la majorité des situations.
- 3^{ème} niveau de situation : en situation particulière, l'accompagnement ne correspond pas au premier choix de la personne (situation non disponible à un instant « T » ou présentant une complexité particulière). Les besoins (second choix) nécessitent alors la mise en œuvre de solutions alternatives temporaires correspondant à une coordination de niveau 3. Ces dernières solutions peuvent rester des solutions alternatives incluant la mise en place d'interventions pour atteindre le premier choix. Elles peuvent, si elles conviennent à la personne, se pérenniser. Elles se transforment alors en premier choix ou bien restent des solutions alternatives, incluant la mise en place d'interventions pour atteindre le premier choix. Il convient de « rester en veille » sur ces notifications pour éviter une situation complexe.
- Dernier recours : il concerne les situations complexes ou les situations de rupture (voir zoom sur le PAG et le GOS). Ce dispositif implique l'identification d'un coordinateur de parcours au sein de la MDPH assurant le relais dans la mise en œuvre d'une solution d'accompagnement.

¹⁰ ANAP. Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 1 p.9: construction de dispositifs d'appui à la coordination des situations complexes. Paris : août 2017

¹¹ Médecins spécialistes, autres professions de santé et établissements de santé publics ou privés intervenant à la demande du médecin traitant.

Coordination : pourquoi s'intéresser aux transitions ?

Si ces périodes de transition ne sont pas anticipées et préparées, elles peuvent entraîner des impacts négatifs sur la personne et son bien-être¹² et provoquer des ruptures de parcours. La coordination et un partenariat renforcé autour de la personne sont nécessaires pour améliorer les résultats concrets des processus de transition¹³. L'objectif est d'assurer une continuité et une cohérence des interventions lors de ces transitions.

Deux types de transition sont particulièrement repérées comme délicates :

- le passage d'une situation à un autre vécu dans la vie quotidienne, le changement de modalités ou de rythme d'accompagnement (par exemple le remplacement d'un professionnel ou l'arrivée d'une nouvelle personne en situation de handicap) ;
- un mouvement géographique plus « fort », comme un changement de milieu de vie (temporairement ou de façon permanente). Dans ce cas, la personne est confrontée à une multitude de nouveautés (changement de cadre de vie, d'intervenants, etc.).

Coordination : comment préparer les transitions ?

- Tout changement significatif pour la personne nécessite l'identification des facteurs facilitant ou faisant obstacle à la transition, la planification des étapes, la transmission d'information et la mise en place d'adaptations nécessaires à la transition.
- De façon systématique, les professionnels ressources élaborent, en fonction de la situation de la personne, des protocoles et des procédures pour tout type de transitions repérées comme délicates (admission, sortie, hospitalisation, emploi, habitat etc.).
- Pour les transitions liées à un changement de structures et de modalités d'accompagnement, un plan de transition personnalisé est mis en place et est transmis aux nouveaux professionnels accueillants. La transition est alors un processus long nécessitant d'intégrer des moyens pour mesurer ses effets.
- L'implication de la personne dans le processus de transition et son niveau d'autodétermination sont des facteurs facilitant la transition.
- La coordination des structures autour de la personne et un partenariat renforcé sont nécessaires pour améliorer les résultats concrets des processus de transition.
- Une organisation des professionnels ressources de l'ESSMS est à prévoir pour permettre d'anticiper et d'interpeller la MDPH avant que la notification n'arrive à échéance. L'objectif est de faciliter les essais, les allers-retours d'un dispositif à un autre (y compris au moyen d'un assouplissement et changement de la notification).

¹² Longtin, V., Soulières, A., Gagné, M. et Lapointe, A. (2017). *Cadre de référence soutenant le déploiement du Plan de transition en TGC et de son processus*. Montréal, Canada : SQETGC | CIUSSS MCQ.

¹³ MORENO, L., HONEYCUTT, T., MCLEOD, S., GILL, C. *Programs Serving Transition-Age Youth: A Comparative Analysis of the U.S. and 10 Other Countries in the Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD)*. Washington D.C. : Center for Studying Disability Policy, 2014. 55 p. Disponible à l'adresse : <https://www.disabilitypolicyresearch.org/download-media?MediaItemId={32F99F7F-144B-4AAD-82FF-B5C52AAAC83D}>.
FRIEDMAN, N.D.B., WARFIELD, M.E., PARISH, S.L. Transition to adulthood for individuals with autism spectrum disorder: current issues and future perspectives. *Neuropsychiatry* : 2013, vol. 3, n°2, pp. 181-192

Coordination : qu'est-ce qu'un plan de transition ?

- Toute transition importante nécessite l'inscription, dans le projet personnalisé, d'un plan de transition.
- Il est important au moment de la transition que les professionnels établissent un lien entre les acquis, les évaluations et les interventions déjà réalisées et/ou mises en place avec celles qui seront mises en place.
- La personne est informée clairement du plan de transition et de son avancement. Il est essentiel de l'informer de l'intérêt de partager les observations relatives à sa situation avec son entourage et les divers intervenants.
- Pour toutes transitions, temporaires ou non, les étapes et les interventions sont priorisées avec la personne, ses proches le cas échéant et la personne assurant la fonction de coordination.
- Ce plan comporte (dans le respect du cadre juridique du partage d'information) :
 - les évaluations à renforcer ;
 - les évaluations à transmettre impérativement aux professionnels de l'accompagnement (internes et externes) et plus particulièrement à ceux impliqués dans la transition ;
 - les caractéristiques personnelles, de l'environnement social et physique ;
 - les stratégies adaptatives mises en place par la personne et la structure de départ ;
 - les objectifs à atteindre ;
 - les étapes à programmer ;
 - les rencontres à mener et la durée de ces différents temps de rencontre ;
 - les échéances des interventions à mettre en place ;
 - les échéances de réévaluation des objectifs.
- Il est important de prêter une attention particulière aux ruptures institutionnelles, aux événements familiaux (changement de situation familiale, naissance, décès, etc.), liés à la santé (hospitalisation, etc.) et aux changements de comportements ou d'habitudes.

Outils : « questionnaire relatif aux événements et aux changements et aux périodes de transition »¹⁴, convention, protocole, documents de liaison préétablis, etc.

Comment mettre en œuvre le plan de transition entre les acteurs ?

- Des rencontres avec les futurs acteurs sont à organiser pour que :
 - le plan de transition et les informations nécessaires dans le respect du cadre légal du partage d'information puissent être transmis et expliqués ;
 - les stratégies adaptatives mises en place par la personne et la structure de départ soient connues et reçoivent l'adhésion de l'ensemble des acteurs ;
 - Les stratégies adaptatives devant être mises en place par la structure d'arrivée soient identifiées.
- Pour cela, il est nécessaire d'inviter la structure d'arrivée à analyser les adaptations qu'elle pourra mettre en place ainsi que les gradations possibles en vue de l'atteinte de ses objectifs :
 - Quels seront les impacts des besoins identifiés sur le milieu ?
 - Est-ce que le milieu a besoin d'être adapté ou formé pour mieux répondre aux caractéristiques physiques, sensorielles, cognitives, comportementales de la personne ?

¹⁴ Annexe n°2 des recommandations « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de vie de la personne en situation de handicap ».

- La mise en œuvre de ces stratégies d'adaptation nécessite un accompagnement pour la structure d'arrivée.
- La personne peut rencontrer des difficultés à vivre les séparations, faire face à l'attente, se repérer dans le temps. Il convient d'y être vigilant.
- Il est primordial de tenir compte du temps d'adaptation nécessaire à la personne et de l'accompagner à prendre conscience de sa capacité à pouvoir anticiper et à être actrice de son projet.

Pour rassurer et familiariser la personne aux nouveaux repères humains, spatio-temporels, etc. :

- En amont de la transition, il est important de mettre en place des activités, des mises en situation virtuelles et concrètes lui permettant de visualiser et découvrir les nouveaux lieux et les personnes. Cette préparation peut se faire à l'aide d'explications, de photos, d'outils connectés, etc.
- L'accueil et l'intégration nécessitent de co-construire et mettre en place des modalités spécifiques d'accompagnement, comme :
 - des temps d'adaptation et d'intégration pour un accueil progressif. Il peut s'agir par exemple d'organiser, dans un premier temps, un temps partiel qui progressivement aboutit à un temps complet ;
 - un ou plusieurs stages ou apprentissages dans un même lieu ou dans des lieux différents (par exemple sous la forme d'accueil temporaire ou d'un accompagnement en alternance avec les partenaires) ;
 - des échanges avec le référent et/ou la personne assurant la fonction de coordination ;
 - un accompagnement physique par un proche ou une personne ressource ;
 - des visites pour connaître les lieux ;
 - des rencontres avec les nouveaux professionnels, des réunions d'information ;
 - Le recours à des supports visuels (photos, films etc.) pour identifier les personnes, le lieu et appréhender les espaces ;
 - des rencontres et des activités entre pairs ayant des centres d'intérêt communs¹⁵ ;
 - Des temps et échanges pour favoriser la continuité ou le maintien de ses relations sociales¹⁶.
- Afin de répondre aux besoins et attentes de la personne, les autorités de contrôle et de tarification (Agence régionale de santé, Conseil départemental) peuvent être sollicitées pour l'assouplir par exemple des modes d'accueil et d'hébergement notamment pour :
 - l'accueil de jour : des horaires adaptés en soirée, des accueils le week-end, des accueils séquentiels, etc. ;
 - l'hébergement temporaire : des durées de séjours variables (dans la limite de 90 jours par an, sauf dispositions plus avantageuses dans certains départements) ;
 - l'accueil le week-end, des accueils séquentiels, etc.
- La continuité et la cohérence des interventions (y compris des moyens de communication) sont indispensables et sont à réévaluer, et si nécessaire, à ajuster.
- Des temps de rencontres réguliers avec l'ensemble des acteurs accompagnant la personne et les aidants sont organisés afin d'éviter les contradictions et de favoriser la cohérence, la complémentarité des interventions.
- Un suivi personne (coaching, évaluation et suivi à la suite du projet de transition) jusqu'à ce que le relais soit assuré par les partenaires identifiés est à réaliser.

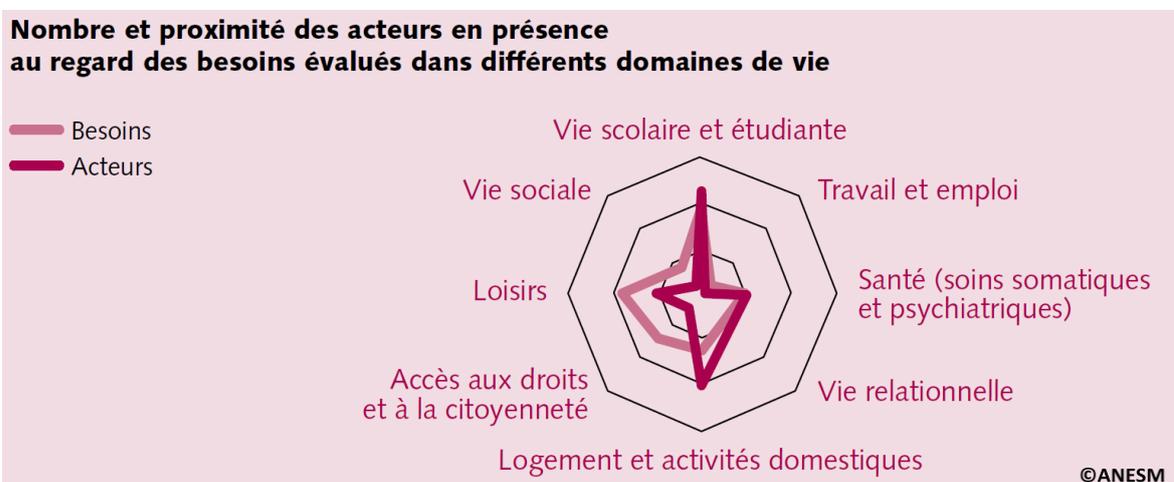
¹⁵ Anesm. *Les spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. Saint-Denis : Anesm, 2016

¹⁶ Anesm. *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques*. Saint-Denis. Mai 2016

5 Améliorer la coordination

Comment évaluer la coordination ?

- Selon le modèle écologique, l'évaluation doit considérer les expériences vécues par tous les acteurs impliqués dans la transition et donc dans la coordination (la personne vivant le changement, ses proches, les professionnels ressources des milieux de départ et d'arrivée, les intervenants d'autres milieux impliqués). Il s'agira notamment de veiller à l'adéquation entre la réponse apportée par l'environnement et les besoins de la personne, telle qu'elle les définit.
- Il est indispensable de mettre en œuvre des actions pour améliorer, pérenniser la coordination et mieux anticiper les situations (par exemple : les besoins en formation, des temps de coordination supplémentaires, etc.).
- Il est indispensable de recourir à des outils pour améliorer la coordination. Ci-dessous, un exemple d'outil prenant en compte le nombre et la proximité des acteurs en présence au regard des besoins évalués dans les différents domaines.



- Une instance de réflexion est à mettre en place pour analyser les modes de coopération entre les dispositifs et les acteurs. Pour cela, les professionnels sont encouragés à mettre en place des critères de suivi communs sur les situations et la coordination.
- Dans ce cadre, les professionnels sont invités à donner leur avis sur les aspects positifs et les obstacles, les points de tension de la coordination. Les professionnels peuvent par exemple se poser les questions suivantes :
 - quels sont les espaces pour exprimer les difficultés rencontrées dans la coordination mise en place ?
 - les outils, systèmes d'information et de communication mis en place sont-ils fonctionnels, fluides et partagés ?
 - quels sont les plans d'action mis en place pour améliorer les pratiques et l'organisation ?
 - quel est le plan de formation construit à partir des besoins des personnes, des obstacles et des manques observés dans l'équipe ?
- Afin d'évaluer ou recueillir l'avis de la personne et des aidants sur leur participation au projet, leur connaissance des acteurs du dispositif ressources, le degré de réponse aux besoins identifiés et la qualité des échanges avec les professionnels, des outils (comme le questionnaire de satisfaction, ou le CVS, etc.) sont pertinents.
- Avec l'ensemble des acteurs du dispositif, il est important de mesurer les effets :
 - des réponses apportées à la personne (moyens humains et matériels, actions lancées, fréquence des rencontres, etc.) ;

- des actions favorisant l'interconnaissance des acteurs (procédures élaborées, pratiques communes mises en œuvre, etc.).
- Particulièrement lors de la transition, il est important d'évaluer l'impact de la nouvelle situation sur :
 - la personne ;
 - ses proches, à savoir quelles sont les pertes, totales ou partielles, qui n'ont pu être évitées au cours de cette période (augmentation de la distance géographique, etc.).

En bref : les incontournables de la coordination

Participation de la personne et de l'entourage :

- L'évaluation des besoins et des compétences de la personne dans tous les domaines est essentielle pour proposer un accompagnement progressif, souple et adapté (nature et volume de l'accompagnement).
- Une réflexion est à mener sur un partenariat qui promeut la valorisation des compétences de la personne à accompagner, l'aide constructive pour le développement et l'évolution de la personne sans « faire à la place ». La participation des personnes concernées passe également par l'accessibilité des informations, des outils proposés et par des mises en situation concrètes.
- Une réflexion est également à mener autour de la question du partage des informations afin d'en définir l'intérêt pour la personne et améliorer sa situation. Le questionnement peut par exemple être le suivant :
 - Quel est l'objectif de la transmission de telle ou telle information ?
 - Quelle est la plus-value de la transmission d'une information ?
 - Quels sont la nature des informations échangées et leur degré de criticité (alertes, notifications d'évènements particuliers, transmission « au fil de l'eau », etc.) ?

La formation et l'interconnaissance des acteurs du dispositif ressource :

- La mise en place de stages d'immersion et de formations croisées intersectorielles et transprofessionnelles¹⁷ s'adressant à un collectif d'acteurs issus de plusieurs catégories de professionnels et de disciplines différentes est à favoriser. Ils permettent aux professionnels ressources de :
 - travailler sur les représentations ;
 - se familiariser avec la diversité des territoires, des acteurs ;
 - sensibiliser les professionnels ressources aux cultures spécifiques des différents secteurs (sanitaire ou médico-social, etc.) ;
 - acquérir une meilleure connaissance mutuelle des missions et des prestations de chacun ;
 - transmettre leur savoir-faire à ces partenaires.
- Il est important que l'acteur chargé de la fonction de coordination ait accès à des modalités de formations susceptibles de lui faire acquérir des compétences nécessaires pour accompagner la personne concernée.
- Les personnes concernées et les aidants peuvent être invités à venir partager leurs expertises et leurs expériences lors de formations croisées.
- Lors de ces formations, un langage et un socle de connaissances communs, voire d'outils, sont à développer afin d'élargir la vision et avoir une vue d'ensemble de l'accompagnement de la personne.

¹⁷ Cf. glossaire des recommandations « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de vie de la personne en situation de handicap ».

Les ressources du droit commun

- L'identification et le recours aux ressources de droit commun et la coopération doivent être un réflexe. Pour faciliter l'accès aux prestations des personnes en situation de handicap, il s'agit pour l'ESSMS de devenir une ressource également pour les acteurs.
- Le dispositif ressource informe les acteurs non spécialisés intervenant auprès de la personne sur le territoire (Éducation nationale, secteur sanitaire, ASE, lieux de culture, de loisirs, etc.) de leurs ressources/limites et les sensibilise aux spécificités du handicap. Ces acteurs peuvent également recourir à la personne assurant la fonction de coordination en cas de questionnement ou de besoin de soutien.

Soutien aux professionnels

- La réflexion éthique au sein du dispositif ressource est à encourager. Par exemple, les professionnels peuvent être encouragés à se questionner en permanence sur l'adéquation de l'accompagnement mis en œuvre (approche positive¹⁸) par le dispositif.
- Il est important de permettre aux acteurs du dispositif ressource de mutualiser les moyens afin d'organiser des temps d'analyse de la pratique et de supervision propre au dispositif. Ces temps d'analyse permettent aux professionnels du dispositif ressource de donner leur avis sur les fonctions et postures professionnelles (obstacles et aspects positifs) au regard des besoins, attentes et choix de la personne concernée. Les professionnels peuvent par exemple se poser les questions suivantes :
 - quel est leur ressenti face aux situations rencontrées ?
 - quelle est leur représentation du handicap ?
 - quelles sont les solutions recherchées face à certaines situations ?
- Il est important de donner la possibilité à l'acteur assurant la fonction de coordination d'échanger sur ses difficultés, ses pratiques, pour les faire évoluer le cas échéant.
- Il est important que l'acteur assurant la fonction de coordination ait le soutien nécessaire pour sa mission, en se posant par exemple les questions suivantes :
 - quelles sont les mesures de protection mises en place (travail en binôme, travail de liaison avec l'équipe) ?
 - quels sont les outils dont bénéficie l'acteur assurant la fonction de coordination pour l'organisation du partage des informations relatives à des situations ou des contextes à risque (cahier de liaison, fiches d'incident, briefing avant l'intervention, débriefing, etc.) ?
 - l'acteur assurant la fonction de coordination dispose-t-il de temps de supervision et d'analyse de la pratique spécifiques ?
 - quelle est sa connaissance concernant les aspects juridiques liés à la fonction : accès aux données personnelles, partage d'informations, informations préoccupantes, etc. ?
 - comment actualise-t-il les connaissances en fonction des besoins et solutions à trouver pour la personne¹⁹ ?

Mutualisation des expériences et des moyens :

- Des rencontres et réunions peuvent être organisées pour analyser les modes de coopération entre les dispositifs et les acteurs.

¹⁸ Cf. glossaire. LABBÉ, L., FRASER, D. L'approche positive : un modèle global et intégratif d'intervention. In : TASSÉ, C., MORIN, D. *La déficience intellectuelle*. Montréal (Canada) : Gaëtan Morin, 2003, pp. 183-201.

Pour aller plus loin, se référer à : ANESM. *Les « comportements-problèmes » : prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés*, op. cit.

¹⁹ BLOCH, M.A., HÉNAUT, L., op. cit.

- Il est important que les acteurs du dispositif ressource puissent :
 - constituer un système de capitalisation et de transmission des savoirs d'expériences ;
 - se rapprocher de l'ARS pour avoir des informations sur les possibilités d'un dialogue de gestion convergent (c'est-à-dire un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - CPOM - propre aux besoins du dispositif).
- L'expertise et les bonnes pratiques identifiées par la personne en charge de la fonction de coordination sont à capitaliser et à diffuser.
- Des outils d'interconnaissance de l'offre (par exemple les annuaires) sont également à développer.
- Les professionnels du dispositif et notamment les professionnels exerçant de manière isolée (exemple : professionnels libéraux intervenant au domicile de la personne) peuvent participer aux réunions d'équipe et bénéficier des actions de formation. Ces formations croisées inter établissements, réunissant les professionnels intervenant au domicile, du social, du médico-social et du sanitaire, permettent de contribuer à la mobilisation des compétences²⁰ et d'aboutir à un partage de connaissances et d'expériences (formations sur site, conférences).
- Les acteurs non spécialisés qui interviennent au domicile (SAAD par exemple) peuvent se voir proposé d'être rattachés soit aux professionnels ressources de l'ESSMS ou au dispositif ressource afin d'échanger avec d'autres professionnels.

La transmission des informations :

- Au travers d'une communication adaptée, il est important de transmettre aux acteurs du dispositif, une vision claire et précise :
 - des objectifs à atteindre en termes d'accompagnement du parcours de la personne
 - de ce qui est attendu d'eux (définition du rôle) dans le travail de coordination.
- Des temps d'échanges entre les acteurs de l'accompagnement et l'acteur assurant la fonction de coordination sont à organiser pour évoquer de manière partagée la situation et les réponses à apporter.
- Les outils de traçabilité au sein du dispositif sont à harmoniser, partager et transmettre aux autres acteurs des différents milieux.
- Il est important que les informations fassent l'objet d'une traçabilité afin qu'elles soient transmises rapidement aux autres acteurs de l'accompagnement.
- Les technologies de l'information et de la communication existantes et mises à disposition (par exemple : les outils numériques de téléconsultation / téléconférence) font l'objet d'une information et d'une formation à destination des professionnels.
- Il est important d'assurer une continuité du partenariat lorsque les équipes changent. Pour cela, le relais et le renfort avec la personne assurant la fonction de coordination sont à organiser.

²⁰ Circulaire n° DGCS/3B/2017/148 du 2 mai 2017 relative à la transformation de l'offre d'accompagnement pour les personnes handicapées dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », de la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) et de la mise en œuvre des décisions du CIH du 2 décembre 2016

The logo for Anesm features the word "Anesm" in a white, elegant serif font. A thick white horizontal line is positioned directly beneath the text. Above the letter "A", there is a white, curved, brush-stroke-like graphic element that arches over the top of the letter.

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

5, avenue du stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Ce document est disponible sur les sites de l'Anesm

www.anesm.sante.gouv.fr

MARS 2018