

*Référentiel pour votre pratique  
Version 3 - 2025*



# Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur

Personnes âgées,  
personnes en situation de handicap  
et personnes souffrant de maladie chronique

*Remerciements :*

*L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et l'Opérateur de compétences (OPCO) Santé tiennent à témoigner de leur reconnaissance aux établissements, services et professionnels qui ont accepté de participer à l'expérimentation et à la mise en pratique de ces travaux collectifs.*

CAMPS APS St-Étienne, Loire	FAM Roche des vents (Ardèche)
Centre médical infantile de Romagnat (Puy-de-Dôme)	Foyer de vie ADAPEI 07 (Ardèche)
DIME Association Nous Aussi, Haute-Savoie	FAM Alice Delaunay (Puy-de-Dôme)
DIME APAJH 03, Allier	Foyer L'Olivier (Loire)
DITEP et DIME Fondation Chantelise, Isère	IEM La Grande Terre (Loire)
DITEP Les Alaniers de Brou, Ain	IME AFIPH, Isère
DITEP Le Chalet Langevin, Isère	IME Alged Site de Fourvière, Rhône
DITEP Mutualité Isère, Isère	IME de Theix, Theix, Puy-de-Dôme
EHPAD Le Clos Chevalier, Ain	IME du Parc Revollier, St Etienne, Loire
EHPAD Dethel, RhôneEHPAD Les Vergers de Coudry, Haute-Savoie	IME Jardin des Tisserands (Ardèche)
EHPAD Le Parc, Ternay, Rhône	IME Le Hameau (Isère)
EHPAD Résidence Ary Geoffray, Ain	IME Pedro Poutignat (Puy-de-Dôme)
EHPAD Résidence Bois Ballier, Isère	IMP Clairefontaine (Puy-de-Dôme)
EHPAD Résidence Le Couvent, Isère	ITEP Antoine Chevrier, Lyon, Rhône
EHPAD Résidence Jean Ardoin, Isère	ITEP Institut Elise River, Lyon, Rhône ITEP La Bergerie, Ouroux, Rhône
EHPAD Résidence Marie Béatrice, Isère	ITEP La Pavière, Mornant, Rhône
EHPAD Vilanova, Corbas, Rhône	ITEP Les Eaux vives, Grigny, Rhône
EHPAD Jeanne Coulon (Allier)	ITEP-SESSAD Le Phénix, Roanne, Loire
ESAT APATPH (Ardèche)	ITEP-SESSAD Rocheclaine, St-Etienne, Loire
EHPAD La tour des Cèdres (Loire)	MAS Jardins d'Asphodèles Mably, Rhône
ESAT ITHAC, St-Étienne, Loire	MAS Le rosier Blanc (Loire)
ESAT les Ateliers GIER, La Grand-Croix, Loire	MAS Les Charmes (Puy-de-Dôme)
ESAT Pepith, Saint Jean Bonnefonds, Loire	Maison Notre Dame de Philermme, Haute-Savoie
ESAT Messidor (Loire)	Maison Saint Joseph (Ardèche)
FAM Deltha Savoie, Savoie	SAMSAH APAJH 03, Allier
FAM AIMC Les Alouettes, Drôme	SSIAD Parcours S, Haute-Savoie
FAM Les Iris, Haute-Savoie	SESSAD du Claux (Drôme)
FAM Les Passerelles de la Dombes, Ain	SESSAD DI PEP SRA (Drôme)
FAM Centre Odette Witkowska, Rhône	SESSAD du Cézailler, Theix, Puy-de-Dôme
FAM Le Volcan (Haute-Loire)	SESSAD Pedreo Poutignat (Puy-de-Dôme)
FAM Erable (Puy-de-Dôme)	SESSAD et IESHA PEP 15, Cantal
FAM La Pyramide (Allier)	SESSAD Victor Duruy, Theix, Puy-de-Dôme
	SSIAD Le parc, Lyon, Rhône
	SESSAD Val d'Allier (Puy-de-Dôme)

*Le référentiel initial repose entièrement sur une étude complète publiée en 2016. Il est réalisé par Annick Penso (APL Conseil) et Christine Martin (ARS Auvergne-Rhône-Alpes).*

*L'actualisation de ce référentiel a été pilotée par l'ARS et l'OPCO Santé Auvergne-Rhône-Alpes, à l'issue de sa mise en application expérimentale dans le cadre de formations-action conduite par les cabinets ALCIMED et l'IRUP.*

# Table des matières

<b>CHARTRE D'UTILISATION</b> .....	4
<b>LA DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION</b> .....	5
<b>SOCLE COMMUN D'ACTIVITÉS ET DE COMPÉTENCES</b> .....	7
Identification des activités-socle .....	7
Tableaux I - Détail des activités autour du parcours de l'utilisateur .....	8
Compétences requises pour le socle d'activités .....	15
Tableaux II – Compétences pour mener les activités .....	17

# Charte d'utilisation

Ce référentiel est un recueil structuré d'activités et de compétences. Il a pour point de départ le résultat d'une enquête réalisée en 2015 auprès de professionnels, toutes catégories confondues, au sein d'établissements et de services du secteur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La méthode utilisée s'appuie sur l'expérience quotidienne des acteurs et l'adaptation de leurs pratiques face à l'évolution des publics accueillis.

La version de ce référentiel testée et actualisée contribue à la mise en œuvre des réformes et des recommandations de bonnes pratiques. Elle s'inscrit dans le cadre de la transformation de l'offre médico-sociale, des politiques en faveur du maintien des personnes à leur domicile et de leurs proches aidants. Les sujets de l'inclusion, des droits des usagers et de leur pouvoir d'agir sont particulièrement renforcés dans ce document.

Un socle d'activités partagées complété est défini. Des compétences interdisciplinaires en sont déduites, tenant compte de la spécificité des métiers, pour l'accompagnement de la personne à différentes étapes de son parcours de vie.

Le référentiel a pour finalité de poser des repères pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS), les usagers, les dirigeants, les cadres, les professionnels, les organismes de formation, les formateurs, les opérateurs de compétences et tous les acteurs institutionnels. Il a vocation à faciliter la mise en œuvre de prestations pour la qualité des accompagnements, l'articulation des interventions et l'adaptation des pratiques professionnelles. Il est aussi un support managérial souple et ajustable pour les gestionnaires et encadrants des structures et les autorités de tarification.

Dans cette logique, il répond à plusieurs objectifs :

- réaliser un état des lieux qualitatif de l'évolution des profils des publics accueillis et des besoins spécifiques en prestations d'accompagnement ;
- identifier les activités des professionnels et les besoins en compétences nécessaires à l'emploi pour adapter les besoins en formation continue ;
- faciliter le partage d'expériences entre les équipes des établissements et services autour du parcours de vie de la personne accompagnée ;
- faciliter la transversalité et l'identification de compétences interdisciplinaires ;
- contribuer à l'accompagnement au changement des pratiques professionnelles ;
- valoriser les métiers exerçant dans le secteur de la perte d'autonomie, du social et médico-social ;
- apporter du sens et du concret dans la déclinaison des politiques publiques.

Le référentiel s'inscrit en cohérence avec les référentiels des bonnes pratiques de la HAS.

**Le référentiel n'est pas un objectif mais un moyen, un outil évolutif, situé au cœur d'une méthodologie d'aide à la conduite de changement pour l'évolution des pratiques. Il constitue un élément vivant, appelé à renforcer l'action collective, à aider aussi bien les acteurs de la direction dans l'élaboration de leur stratégie que les équipes de terrain dans leur exercice quotidien.**

**Cette troisième version du référentiel est également complétée par des outils, notamment un kit pour le déploiement d'une formation-action *in situ* intitulée « Dispositif en faveur de l'évolution des pratiques professionnelles pour une logique de parcours réussie », mise en œuvre par l'OPCO Santé.**

# La démarche d'expérimentation

Le référentiel « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes souffrant de maladies chroniques »<sup>1</sup> s'inscrit dans la continuité d'une démarche d'accompagnement des pratiques professionnelles globale dans le cadre du Projet Régional de Santé (2018-2028)<sup>2</sup> et du Schéma Régional de Santé (2023-2028)<sup>3</sup> piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

Il constitue un des leviers à la main de l'ARS et de l'OPCO Santé pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours de proximité.

Le contenu est la résultante de l'exploration des dimensions suivantes :

- les besoins et la demande des personnes ;
- l'activité professionnelle réalisée et/ou requise ;
- les savoirs et les compétences à renforcer et à mobiliser ;
- l'organisation et les procédures, en miroir, pour la mise en œuvre de prestations d'accompagnement et de soins.

**Ce socle interdisciplinaire constitue une forme de langage commun facilitant la cohérence et la convergence des pratiques professionnelles.**

Deux cabinets conseil experts (IRUP et ALCIMED)<sup>4</sup> ont été sélectionnés pour conduire l'expérimentation auprès de 20 structures, dont 10 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)<sup>5</sup>, dans un contexte d'évolution de ces derniers en dispositifs ITEP ; des Instituts médico-éducatifs (IME), des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ; des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)...

La démarche proposée aux établissements volontaires comportait deux dimensions.

- **La première relevait d'un accompagnement des équipes de ces structures dans un objectif d'aide à l'amélioration des pratiques spécifiques à chacune.** Il s'agissait à partir de ces expériences, de formaliser une méthode modélisable afin de permettre, dans un second temps, le transfert de compétences et de pratiques auprès d'autres structures et de constituer un kit d'accompagnement.
- **La seconde dimension concernait la validation du contenu de la première version du référentiel.** Des journées d'échanges ont permis de recueillir les avis et propositions des professionnels de terrain.

Pour la mise en œuvre de la démarche, l'intervention auprès des structures s'est déroulée en deux phases distinctes :

- **une phase de diagnostic** pour permettre d'identifier les forces et les faiblesses de l'établissement au regard du référentiel **et sa restitution aux équipes**. Cette phase a également permis de prioriser des pistes d'amélioration par service et/ou établissement ;
- **une phase d'accompagnement articulant formation et méthode (outil) de gestion en fonction des priorités identifiées centrées sur les pistes d'amélioration prioritaires.** Cette phase a également permis de redessiner le projet managérial.

Ce dispositif pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles a depuis été déployé auprès de plus d'une soixantaine d'ESMS sur toute la région Auvergne-Rhône-Alpes.

---

<sup>1</sup> Publication sur [le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes](#) en septembre 2016

<sup>2</sup> [Projet régional de santé \(PRS\) 2018-2028 : un outil stratégique en Auvergne-Rhône-Alpes | Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes](#)

<sup>3</sup> [SRS 2023-2028](#)

<sup>4</sup> IRUP est un organisme de formation et ALCIMED un cabinet de conseil.

<sup>5</sup> Cf. chapitre Remerciements, p. 2

Pour les établissements, s'appuyer sur le référentiel a permis d'examiner leur fonctionnement, de réfléchir et de définir un mode d'accompagnement adapté et réaliste autour de la notion de parcours. Il est important de souligner que l'intervention des consultants ne portait aucunement sur les thématiques pathologiques. Si le besoin était repéré, la structure était mise en contact avec des experts du sujet.

Que ce soit à travers l'expression de besoins en compétences, en ressources ou des réactions aux contenus et à la forme, ce format de conduite de projet a permis aux professionnels de parler de leur métier.

La démarche d'expérimentation a permis de dégager des constats partagés concernant le travail avec les familles et la notion de parcours par l'ensemble des équipes. Plus largement ces discussions ont permis d'interroger le management, le fonctionnement et l'organisation.

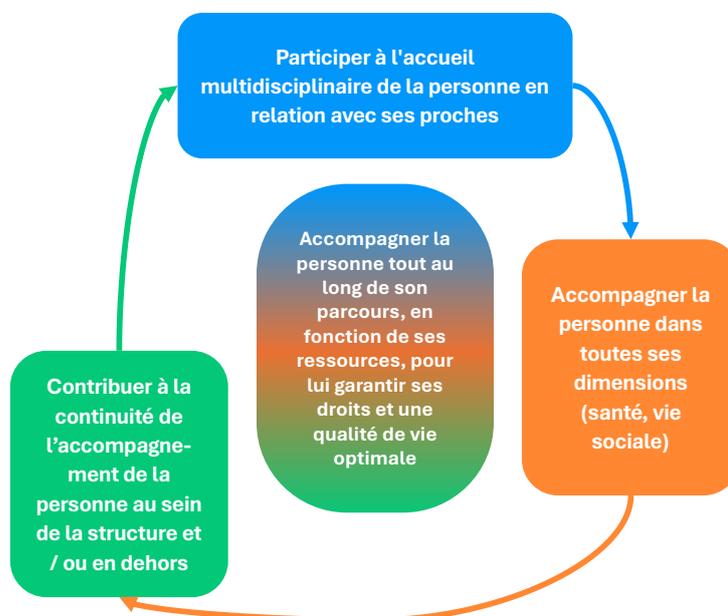
# Socle commun d'activités et de compétences

## IDENTIFICATION DES ACTIVITÉS-SOCLE

Les pages qui suivent présentent les résultats du recueil des activités. Le référentiel décline trois domaines d'activités présentés sous une forme cartographique dans un premier temps et détaillés dans des tableaux synoptiques pour chacun d'eux, dans un second temps.

Les trois grands domaines d'activités identifiés caractérisent la spécificité des prestations autour du parcours de santé. Ils sont constitués d'un socle d'activités et sous-activités sur lequel reposent l'ensemble des prestations individualisées, au sein des structures et sur un territoire. Ces prestations sont réalisées par des professionnels qualifiés, selon la typologie des besoins nécessités par les usagers.

## GRANDS DOMAINES D'ACTIVITÉS AUTOUR DU PARCOURS DE L'USAGER

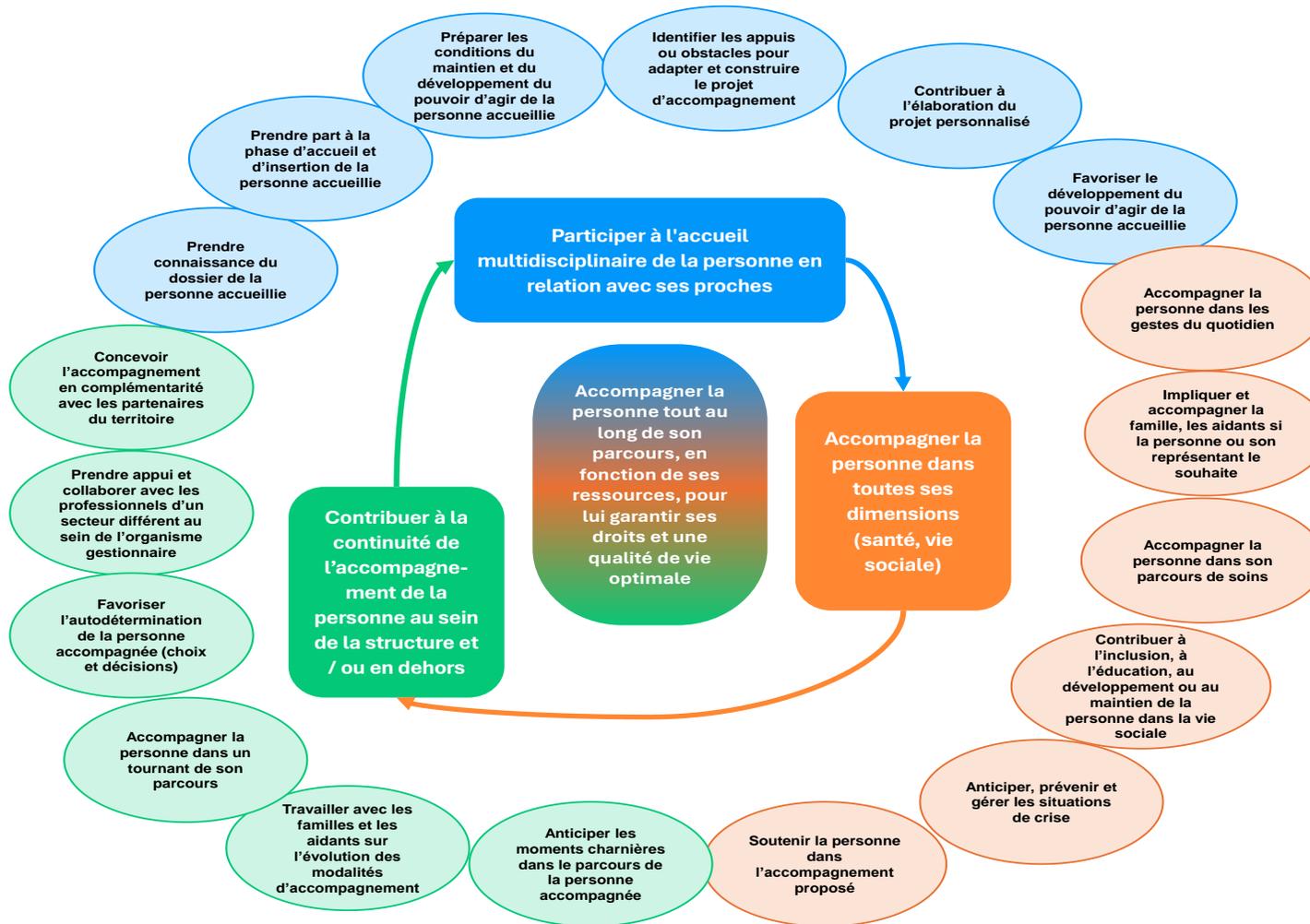


- « Participer à l'accueil multidisciplinaire de la personne en relation avec ses proches » relève, dans le parcours de l'étape, de l'accueil (premier contact) et de prestations en vue de faciliter l'adaptation à un nouvel environnement et/ou à une nouvelle situation de vie. **À cette phase, l'analyse de la situation de l'utilisateur et des objectifs co-décidés**, pour la mise en œuvre du projet de vie, conditionnent souvent la qualité et le climat relationnel des suites dans le parcours d'une personne âgée ou d'une personne handicapée. Cette étape n'est pas limitée dans le temps et requiert souvent des périodes d'observation, de réajustement et de prise de contact plus ou moins longues.
- « Accompagner la personne dans toutes ses dimensions (santé, vie sociale) » : ce domaine d'activités est constitué des prestations d'accompagnement quotidiennes considérant les besoins de la personne. Cette partie n'est pas exhaustive. Elle rassemble les activités et associe les proches-aidants. Elle présente également un focus sur la gestion des situations de crise souvent source de problématiques.
- « Contribuer à la continuité de l'accompagnement de la personne au sein de la structure et/ou en dehors » représente un ensemble d'activités qui relèvent de l'anticipation des étapes dans le parcours : scolarisation, éducation pour la santé, sortie vers une autre institution ou un « chez soi », projet de sortie, et de fin de vie. Ces activités positionnent le professionnel, quand la personne le souhaite, dans le possible avenir du projet et contribuent à prévenir les risques de rupture.

# Référentiels d'activités autour du parcours de l'utilisateur

**TABLEAUX I - DÉTAIL DES ACTIVITÉS AUTOUR DU PARCOURS DE L'USAGER**

Selon la responsabilité et l'expertise du professionnel, différents niveaux de contribution peuvent être identifiés : participation, réalisation, gestion du parcours.



**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Participer à l'accueil multidisciplinaire de la personne en relation avec ses proches**

**Prendre connaissance du dossier de la personne accueillie**

*Objectif : Garantir une compréhension globale de la situation et poser les bases d'un accompagnement centré sur la personne*

**1 Recueillir les informations utiles auprès de la personne accueillie, de sa famille ou des professionnels précédents, dans le respect du cadre réglementaire.**

**2 Analyser le dossier de la personne en tenant compte de ses antécédents, ses attentes, ses capacités.**

**3 S'assurer de la cohérence des informations issues des différentes sources pour éviter les ruptures ou malentendus.**

**4 Partager les éléments clés avec l'équipe, tout en respectant la confidentialité et les choix de la personne.**

**5 Repérer les aides nécessaires (humaines, techniques, matérielles) pour soutenir l'autonomie et les projets de vie de la personne.**

**Prendre part à la phase d'accueil et d'insertion de la personne accueillie**

*Objectif : Favoriser une transition en douceur, dans le respect du rythme, des repères et des liens sociaux de la personne*

**6 Observer les réactions de la personne accueillie pour adapter l'accompagnement à son rythme et à son niveau de confort.**

**7 Aider à la prise de repères dans le nouvel environnement (lieux, personnel, autres résidents).**

**8 Soutenir la création des lieux sociaux, en respectant les souhaits de la personne en matière de relations.**

**9 Favoriser le maintien des lieux familiaux et sociaux, en associant les aidants si la personne le souhaite.**

**10 Repérer les risques de rupture de parcours et mettre en place, avec la personne et ses proches, des actions préventives.**

**Préparer les conditions du maintien et du développement du pouvoir d'agir de la personne accueillie**

*Objectif : Encourager l'expression de soi, la participation et l'engagement de la personne dans les décisions qui la concernent*

**11 Rencontrer la personne seule et/ou avec ses proches pour recueillir ses besoins, souhaits et préférences.**

**12 Echanger sur ses projets, ses capacités et désir, avec ou sans l'appui d'un représentant légal ou aidant familial.**

**13 Evaluer les ressources et limites de la personne, pour construire un accompagnement adapté à son degré d'autonomie.**

**14 Soutenir l'implication active de la personne dans le choix, la mise en œuvre et l'évaluation des actions proposées.**

**15 Evaluer la capacité des familles, aidants ou représentants légaux, à être acteurs dans le projet en veillant à respecter la volonté de la personne et son droit à décider.**

**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Participer à l'accueil multidisciplinaire de la personne en relation avec ses proches**

**Identifier les appuis ou obstacles pour adapter et construire le projet d'accompagnement**

*Objectif : Créer un projet personnalisé fondé sur les ressources, les besoins réels et l'adhésion de la personne*

**16 Repérer les ressources et compétences de la personne comme base du projet d'accompagnement.**

**17 Evaluer les ressources mobilisables à l'extérieur, y compris les soutiens familiaux, associatifs ou institutionnels.**

**18 Rechercher systématiquement l'accord de la personne ou de ses représentants pour toute décision liée à son projet.**

**19 Définir avec la personne les priorités du projet, dans une logique de co-construction afin de déduire les objectifs de soin et/ ou d'accompagnement.**

**20 Rédiger, en tant que référent (et/ ou en équipe) le projet personnalisé en collaboration avec la personne, ses aidants et les membres de l'équipe.**

**Contribuer à l'élaboration du projet personnalisé**

*Objectif : Formaliser un accompagnement sur mesure en tenant compte du contexte global et de l'évolution du parcours de vie*

**21 Prendre en compte l'environnement familial, culturel et social pour adapter le projet à la réalité de la personne.**

**22 Partager les observations et évaluations avec l'équipe et les proches si nécessaire, dans le respect du cadre réglementaire.**

**23 Déterminer les objectifs du projet de vie, à partir des souhaits et capacités de la personne.**

**24 Concevoir le projet en intégrant les contraintes institutionnelles, tout en priorisant les besoins de la personne.**

**25 Adapter le projet selon les étapes de vie (insertion, vieillissement, santé...), en impliquant les aidants si nécessaire.**

**Favoriser le développement du pouvoir d'agir de la personne accueillie**

*Objectif : Aider la personne à identifier ses priorités et à engager des actions à sa portée*

**26 Soutenir la personne dans l'identification des freins à la réalisation de ce qui est important pour elle.**

**27 Rechercher avec elle (ou ses aidants) les personnes ou ressources pouvant lever ces freins.**

**28 Déterminer ensemble une première étape réalisable vers l'objectif visé.**

**29 Aider la personne à reconnaître ce qu'elle a pu accomplir, sans jugement extérieur.**

**30 Valoriser chaque progression vers plus d'autonomie, même minime.**

**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Accompagner la personne dans toutes ses dimensions (santé, vie sociale)**

**Accompagner la personne dans les gestes du quotidien**

*Objectif : Soutenir la personne dans l'expression de ses choix et l'accomplissement de ses routines, en valorisant son autonomie.*

**31 Proposer et ajuster les soins d'hygiène en fonction des capacités, préférences et besoins de la personne.**

**32 Réaliser les gestes de prévention (mobilité, posture...) en tenant compte des difficultés spécifiques de la personne accompagnée.**

**33 Accompagner les repas selon le degré d'autonomie, en respectant les habitudes alimentaires et les rythmes.**

**34 Assurer une veille nutritionnelle personnalisée (prévention de la dénutrition, hydratation, surcharge...)**

**35 Veiller à l'image de la personne (vêtements, présentation), dans le respect de ses goûts, de son âge, de sa dignité.**

**Impliquer et accompagner la famille, les aidants si la personne ou son représentant le souhaite**

*Objectif : Favoriser un partenariat constructif avec les proches, dans l'intérêt de la personne.*

**36 Informer régulièrement les représentants légaux et/ou aidants sur les capacités et évolutions de la personne, selon les règles partagées.**

**37 Identifier les compétences et les ressources des représentants légaux et/ou des aidants et les valoriser.**

**38 Associer les représentants légaux et/ou les aidants à des actions de formation ou d'information pour les soutenir dans leur rôle.**

**39 Repérer les signes d'épuisement chez les aidants et proposer des relais ou du soutien.**

**40 Repérer et désamorcer les risques de situations de conflit entre les représentants légaux et/ou aidants et les professionnels sur les situations d'accompagnement.**

**Accompagner la personne dans son parcours de soins**

*Objectif : Faciliter l'accès aux soins et garantir la continuité de la prise en charge dans le respect du secret et du projet de la personne.*

**41 Réaliser ou relayer les soins nécessaires à l'état de santé physique ou psychique de la personne.**

**42 Accompagner aux rendez-vous médicaux ou aux examens, et assurer la transmission d'informations utiles.**

**43. Mobiliser les partenaires du territoire (équipes mobiles, services à domicile, associations...).**

**44 Construire des relations de collaboration avec les professionnels de santé (médecins, soignants, psychologues...).**

**45 Participer à la coordination entre les différents acteurs de santé et du secteur social autour de la personne accueillie.**

**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Accompagner la personne dans toutes ses dimensions (santé, vie sociale)**

**Contribuer à l'inclusion, à l'éducation, au développement ou au maintien de la personne dans la vie sociale**

*Objectif : Favoriser la participation sociale selon les envies et capacités de la personne*

**46 Soutenir l'accès ou favoriser le maintien dans les liens sociaux, les sorties et les démarches.**

**47 Mobiliser les dispositifs de droit commun adaptés aux besoins de la personne.**

**48 Accompagner dans les démarches administratives, les achats, les activités culturelles ou de loisirs.**

**49 Proposer et/ou animer des activités éducatives ou professionnelles, en lien avec le projet de la personne.**

**50 Donner du sens aux activités en lien avec le projet personnalisé, en veillant à leur coordination.**

**Anticiper, prévenir et gérer les situations de crise**

*Objectif : Prévenir les décompensations et agir de manière cohérente et respectueuse en cas de situation critique*

**51 Identifier collectivement les antécédents de crise et les facteurs déclencheurs ou protecteurs.**

**52 Être attentif aux signes de mal-être ou de changement pouvant annoncer une crise.**

**53 Participer à l'élaboration et à l'application des protocoles de prévention ou de gestion.**

**54 Maintenir la cohérence de l'équipe autour de la personne, y compris en période de tension se conformer aux protocoles.**

**55 Intervenir dans la crise selon ses compétences, en sollicitant les professionnels compétents si besoin.**

**Soutenir la personne dans l'accompagnement proposé**

*Objectif : Être dans une posture de soutien et d'autonomisation de la personne accompagnée*

**56 Proposer un accompagnement individualisé favorisant les comportements positifs pour la santé et le bien-être.**

**57 Informer et conseiller la personne (et/ou ses proches) dans la compréhension des démarches.**

**58 Accompagner le développement de ses compétences pour prévenir la perte d'autonomie.**

**59 Evaluer régulièrement son autonomie et proposer des actions pour la développer ou la préserver.**

**60. Maintenir une posture professionnelle, une juste distance, soutenue par des espaces d'échange, de formation et d'analyse de la pratique.**

**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Contribuer à la continuité de l'accompagnement de la personne au sein de la structure et / ou en dehors**

**Anticiper les moments charnières dans le parcours de la personne accompagnée**

*Objectif : Prévenir les ruptures d'accompagnement lors des transitions de vie ou de parcours*

**61 Identifier les moments clés (entrée, sortie, changement de lieu de vie, passage d'âge...) pouvant fragiliser la continuité.**

**62 Maintenir les liens avec l'environnement habituel de la personne dans la mesure du possible.**

**63 Être attentif aux événements ou évolutions pouvant affecter la personne et ses proches (famille et aidants).**

**64 Evaluer avec la personne et ses proches les modalités d'insertion (scolaire, professionnelle, sociale...)**

**65 Adapter le projet aux étapes de vie : adolescence, majorité, vieillissement, fin de vie...**

**Travailler avec les familles et les aidants sur l'évolution des modalités d'accompagnement**

*Objectif : Associer les proches à l'évolution du parcours dans le respect des souhaits de la personne*

**66 Présenter les nouvelles orientations ou possibilités d'accompagnement de façon claire et partagée.**

**67 Co-construire les modalités du changement avec les aidants, les familles lorsque cela est souhaité par la personne.**

**68 Identifier les besoins de relais ou d'appui extérieur pour accompagner ce changement.**

**69 Mettre en relation la personne et ses représentants légaux et/ ou aidants avec les intervenants des nouveaux dispositifs.**

**70 Faire évoluer les modalités d'accompagnement en fonction des changements constatés chez la personne.**

**Accompagner la personne dans un tournant de son parcours**

*Objectif : Sécuriser les transitions et garantir la continuité des soins, droits et accompagnements*

**71 Proposer des solutions adaptées à l'évolution des besoins, en tenant compte des souhaits exprimés.**

**72 Présenter d'autres modalités d'accueil ou de service, en respectant la temporalité de la personne.**

**73 Renforcer l'accès à l'information sur les droits, la santé, les ressources disponibles.**

**74 Communiquer avec les structures partenaires (école, entreprise, hôpital, autre ESMS...) avec l'accord de la personne.**

**75 Maintenir un accompagnement actif en attendant la mise en place de la nouvelle solution.**

**ACCOMPAGNER LA PERSONNE TOUT AU LONG DE SON PARCOURS, EN FONCTION DE SES RESSOURCES, POUR LUI GARANTIR SES DROITS ET UNE QUALITÉ DE VIE OPTIMALE**

**Contribuer à la continuité de l'accompagnement de la personne au sein de la structure et / ou en dehors**

**Favoriser l'autodétermination de la personne accompagnée (choix et décisions)**

*Objectif : Encourager la personne à faire des choix éclairés et à s'impliquer dans son parcours*

**76 Aider la personne à se projeter dans des démarches de vie (école, travail, autonomie...) selon ses capacités.**

**77 Préparer la personne aux différentes étapes de développement ou de transition (adolescence, vieillissement...).**

**78 Réévaluer régulièrement avec elle le projet de vie et ses priorités.**

**79 Explorer ensemble les possibilités de réorientation ou d'évolution du projet.**

**80 Construire et suivre ensemble les actions décidées, en respectant ses souhaits.**

**Prendre appui et collaborer avec les professionnels d'un secteur différent au sein de l'organisme gestionnaire**

*Objectif : Coordonner l'accompagnement en mobilisant les compétences complémentaires*

**81 Identifier les besoins spécifiques de la personne nécessitant d'autres expertises.**

**82 Valoriser les ressources internes à la structure dans une logique de travail pluridisciplinaire.**

**83 Mobiliser les savoir-faire d'autres professionnels pour enrichir le projet personnalisé.**

**84 Travailler en cohérence au sein de l'équipe autour des mêmes objectifs.**

**85 Garantir la continuité des actions entre les différents professionnels intervenant auprès de la personne.**

**Concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire**

*Objectif : Inscrire le projet de la personne dans une dynamique territoriale, inclusive et coordonnée*

**86 Se tenir informé des évolutions sur les pathologies, les dispositifs, les pratiques...**

**87 Mobiliser les compétences et les appuis des partenaires locaux (soins, insertion, formation, loisirs...)**

**88 Communiquer et coordonner avec les intervenants du territoire autour des besoins de la personne.**

**89 Veiller à la continuité des interventions dans la durée, y compris des interventions ponctuelles.**

**90 Favoriser l'accès au droit commun et à l'environnement ordinaire dès que possible.**



en savoir procédural, qui décompose l'acte ou le geste en pas de procédures. De même, un savoir pratique (l'expérience qu'on a des choses) peut-il donner lieu à un savoir procédural transmissible, et donc accessible au plus grand nombre. C'est ainsi que le « rouge cerise » qui permettait aux aciéristes de savoir que la coulée était prête a été mis en équation pour permettre l'automatisation des procédures de fonderie

## **DE LA COMPÉTENCE AU TALENT**

L'appropriation des savoirs et la mobilisation des compétences peuvent être originales et intrinsèquement liées à la personnalité d'un professionnel du fait de son histoire, de son expérience ou de sa créativité. Ces talents sont une ressource précieuse dans les équipes et dans les structures. Il convient donc de préciser que ces travaux ne sont en aucune façon prescriptifs, ils peuvent s'adapter au contexte, à l'environnement et laissent toute possibilité aux professionnels de proposer des pratiques innovantes.

Il appartient aux acteurs compétents dans la transmission des savoirs et aux professionnels de la formation d'enrichir ce référentiel, en tant que de besoin, par les éléments théoriques pluridisciplinaires nécessaires à la compréhension des interventions réalisées dans le secteur.

**TABLEAUX II – COMPÉTENCES POUR MENER LES ACTIVITÉS**

**Participer à l'accueil multidisciplinaire de l'utilisateur en relation avec ses proches**

**Connaissances**

Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique  
 Les grandes orientations des politiques publiques et les liens avec les missions, les projets d'établissement, associatifs...

Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...) ,  
 ressources et les compétences : théories sur la réhabilitation...  
 discipline en sciences humaines pouvant être utile à la compréhension de  
 Les grandes thématiques liées au développement de l'utilisateur : puberté,  
 Les aides financières pour le public accueilli  
 L'offre sur le territoire : les partenaires, le droit commun, les associations,  
 l'éducation nationale, l'emploi...  
 Le droit des usagers et des familles  
 autisme, schizophrénie, troubles bi-polaires, maladie d'Alzheimer...  
 handicaps... : étiologie, clinique, évolution, traitements...  
 La réglementation des professions de santé et leurs limites de compétences  
 La théorie du développement du pouvoir d'agir

**Savoirs procéduraux**

L'agrément, la mission, la typologie du public accompagné  
 La procédure de pré-admission, d'admission, de consultation  
 La procédure ou la démarche d'accueil, de rencontre, d'insertion  
 Le projet d'autonomie personnalisé intégré de chaque usager  
 (éducatif, social et soin) et ses orientations concrètes  
 Le dossier de l'utilisateur (*dans le respect du secret médical, professionnel*)  
 Les protocoles pour le recueil du consentement de la personne  
 L'organisation du service, de la structure  
 Les rôles et fonctions des professionnels  
 dématérialisés

L'entretien avec la personne seule, selon son statut et son âge  
 d'hébergement, souhaits, centres d'intérêt, refus...

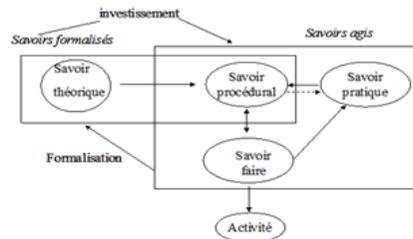
L'entretien avec les proches avec le consentement de la personne  
 accompagnée  
 divers et matériel  
 partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles ...

**Expériences**

Les premiers liens, l'observation du comportement de la personne

L'implication de l'utilisateur dans son projet de vie en tant qu'acteur  
 La position de la famille, son acceptation, sa participation du projet  
 famille  
 Les contraintes organisationnelles  
 La communication non-verbale

La communication dans et avec l'équipe  
 Les domaines de compétences des différents professionnels  
 Le consentement de l'utilisateur, la douleur, le plaisir...  
 pathologie, les ressources cognitives, les risques de rupture...  
 la personne  
 proches, aidant, référent, tuteur...



NB : les différents savoirs décrits dans ce référentiel sont à adapter :  
 - à la structure et à ses spécificités  
 - aux pathologies des usagers  
 - au niveau des professionnels concernés et à leur formation initiale

Ils constituent un socle de compétences qui doit être modulé et mis en adéquation avec les besoins

Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malgaive

**Savoir-faire**

Comprendre, analyser les informations contenues dans le dossier de l'utilisateur  
 Évaluer l'autonomie résiduelle, les ressources et les limites  
 Recueillir toutes les informations pouvant compléter ou constituer le dossier de la personne  
 Observer et évaluer la situation de l'utilisateur lors de la phase d'accueil, d'insertion  
 Favoriser la continuité et/ou faciliter la prise de nouveaux repères

Repérer les besoins de l'utilisateur pour la co-construction et/ou la poursuite d'un projet d'autonomie personnalisé intégré (éducatif, social et  
 Aider la personne à entrer en contact avec les autres usagers de la structure et/ou à maintenir les contacts existants  
 Identifier les risques et les potentiels en lien avec la personnalité de la personne  
 Identifier les aspects cliniques et les risques de complications liés à la pathologie de la personne accueillie  
 S'informer auprès de la famille, d'une autre institution ou du référent sur les antécédents, les modalités d'accompagnement, les traitements,  
 Recueillir l'histoire de vie de l'utilisateur, ses attentes, ses centres d'intérêt...

Rédiger et transmettre les premières informations et/ou orientation pour le projet personnalisé  
 Adapter des objectifs personnalisés à la pathologie / handicap de l'utilisateur en tenant compte des contraintes liées à l'environnement, la  
 Identifier les risques de rupture, de rejet et les actions susceptibles de les prévenir

Mener des entretiens avec la personne, les proches, les référents dans le respect du consentement de la personne  
 Repérer les éléments et événements facteurs de perturbation ou d'épanouissement de la personne  
 Faciliter le contact et la mise en relation de la personne avec les professionnels, stagiaires...  
 Informer, expliquer et rassurer... en fonction des capacités de la personne  
 Accompagner la personne pour préserver son autonomie dans une étape de changement de situation  
 Communiquer, consulter et coordonner...

## Accompagner la personne dans toutes ses dimensions (santé, vie sociale)

### Connaissances

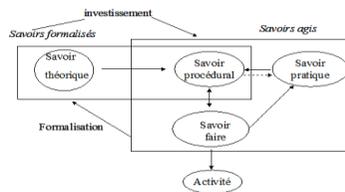
Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique  
 Les grandes orientations des politiques publiques et les liens avec les missions, les projets d'établissement, associatifs...  
 Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...)  
 Les concepts relatifs à l'accompagnement des personnes à partir des ressources et les compétences : théories sur la réhabilitation...  
 Les théories sur la communication, sociologie de la famille et toute discipline en sciences humaines pouvant être utile à la compréhension de l'environnement et des enjeux dans le parcours professionnel, vieillissement, fin de vie...  
 Les aides financières pour le public accueilli  
 L'offre sur le territoire : les partenaires, le droit commun, les associations, l'éducation nationale, l'emploi...  
 Le droit des usagers et des familles  
 Les troubles psychiques et psychiatriques, les handicaps mentaux... : TED, autisme, schizophrénie, troubles bi-polaires, maladie d'Alzheimer...  
 Pathologies du vieillissement, les maladies neuro-dégénératives, les handicaps... : étiologie, clinique, évolution, traitements...  
 La réglementation des professions de santé et leurs limites de compétences  
 L'impact du vieillissement des personnes handicapées  
 La théorie du développement du pouvoir d'agir

### Savoirs procéduraux

Les missions et le projet de la structure  
 La prévention des troubles liés à l'immobilisation prolongée et au handicap physique  
 Les protocoles de soins et de surveillance spécifiques : respiratoire, chutes, risques  
 Les différents types de rééducation et leurs indications : orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie  
 Le projet d'autonomie personnalisé intégré de chaque usager (éducatif, social et soin) et ses orientations concrètes  
 Les postures, les gestes d'urgence (*dont Manœuvre de Heimlich*)  
 Les procédures d'alerte  
 Les protocoles de surveillance nutritionnelle  
 Le dossier de l'usager (*dans le respect du secret médical, professionnel*)  
 Les modalités d'intervention des professionnels et des partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles... (conventions)  
 Les différentes situations de recours aux ressources : équipes mobiles, soins palliatifs, psychiatrie, droit commun...  
 Les différents outils d'évaluation et de bilan  
 Les règles d'hygiène, les protocoles qualité  
 Les projets d'accompagnement, étapes, objectifs, suivi et évaluation

### Expériences

Le vécu des familles, leur ressenti  
 La communication non-verbale  
 L'interprétation et le recueil des comportements de l'usager  
 L'interprétation collective des comportements de l'usager  
 Le repérage collectif des comportements à favoriser de la part de l'équipe  
 Les centres d'intérêts de l'usager pendant les soins et activités  
 Le niveau de satisfaction de l'usager par rapport à l'activité proposée, l'adhésion  
 L'évolution de l'usager dans les activités proposées  
 Les ressources observées et "captées" chez la personne accompagnée ou ses limites  
 Les signes annonciateurs (prodromiques) de la crise  
 Les affinités entre usagers, ou les risques de conflit  
 L'évolution dans son autonomie (pogression ou perte)  
 Le consentement de l'usager, la douleur, le plaisir...  
 Les signes cliniques en lien avec la pathologie



NB : les différents savoirs décrits dans ce référentiel sont à adapter :  
 - à la structure et à ses spécificités  
 - aux pathologies des usagers  
 - au niveau des professionnels concernés et à leur formation initiale

Ils constituent un socle de compétences qui doit être modulé et mis en adéquation avec les besoins

Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive

### Savoir-faire

Faire un lien entre le profil pathologique et les objectifs du projet personnalisé "intégré"  
 Évaluer l'impact du diagnostic sur les familles et adapter le niveau de langage  
 Évaluer régulièrement l'autonomie en fonction de l'évolution pathologique  
 Repérer toute modification de l'état de santé  
 Repérer tout changement de comportement qu'il soit perturbé, en voie de stabilisation ou de progression  
 Adapter sa prise en charge à la nature, au niveau et au handicap, éviter toute stimulation excessive  
 Gérer ses frustrations et accepter l'idée qu'il puisse ne pas y avoir de guérison possible  
 Tenir compte des possibilités ou des limites de l'usager et le faire participer aux gestes de la vie quotidienne, aux soins...  
 Intégrer, dans le respect de ses souhaits et désirs, l'usager aux différentes animations proposées  
 Repérer les changements de comportements et les soumettre à l'analyse de l'équipe  
 Donner l'alerte en cas de situation de crise potentiellement dangereuse  
 Proposer une activité ponctuelle pour l'usager (aller prendre un café, courses...)  
 Élaborer un projet d'activités collectives, déterminer ses objectifs thérapeutiques et son budget  
 Coordonner les activités proposées à l'usager : avec la famille, l'équipe, les partenaires...  
 Favoriser une relation de collaboration avec le médecin traitant (s'il est en dehors de l'institution)  
 Maintenir les liens avec la structure d'origine, avec une structure ressource, avec la famille  
 Repérer les signes d'une situation de crise, l'anticiper ou la désarmer si possible  
 Mettre l'usager en sécurité sans négliger sa propre sécurité  
 Renforcer la participation active de la personne accompagnée, créer des liens pour favoriser son expression  
 Adopter un posture réflexive, prendre du recul, se remettre en question et entendre d'autres approches de l'usager  
 Gérer l'inconnu et l'incertitude face à la personne, s'appuyer sur l'équipe  
 Accroître le champ des possibles pour l'usager : identifier les points d'appui et de ressources pour le maintien dans le milieu, dans l'environnement, la scolarisation, l'exercice d'un  
 Se mettre dans une posture professionnelle d'accompagnement ponctuel à une étape du parcours et penser toujours insertion, maintien dans le milieu tenant compte des droits et souhaits de la personne si possible  
 Être en veille dans ses connaissances et sa pratique  
 Communiquer, consulter et coordonner...  
 Être dans une juste distance avec l'usager, sa famille, ses proches.

## Contribuer à la continuité de l'accompagnement de la personne au sein de la structure et / ou en dehors

### Connaissances

Les grandes orientations des politiques publiques et les liens avec les missions, les projets, les droits des usagers, la citoyenneté...  
 Les aides financières au regard de la situation  
 L'offre sur le territoire : les partenaires, les professionnels, le droit commun, les associations,

Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique

Notions en économie de la santé et des enjeux  
 Les grandes thématiques liées au développement et aux périodes de vie de l'enfant à l'âge adulte et l'impact sur la scolarité, l'insertion professionnelle.

Les étapes de vie des personnes et leur choix de projet de vie : l'adolescence, l'adulte, la personne vieillissante, la fin de vie

Les réseaux, l'offre sur le parcours de vie de la personne, l'entourage de la personne  
 prévention des ruptures...

Les concepts relatifs à l'accompagnement des personnes prenant appui sur les ressources et les compétences : auto-efficacité, réhabilitation...

Les services d'appui pour le maintien, l'inclusion à domicile : équipes relais, associations, professionnels libéraux...

Éléments de théorie sur la communication, la sociologie de la famille et toute discipline en sciences humaines pouvant être utile à la compréhension des situations particulières

Le concept de l'autodétermination  
 Les logiques de coopération

### Savoirs procéduraux

Les différentes situations de recours aux ressources : équipes mobiles, soins palliatifs, psychiatrie, droit commun...

Le dossier de l'usager (*dans le respect du secret médical, professionnel*)

Les différents outils d'évaluation et de bilan de l'autonomie...

Le projet d'autonomie personnalisé intégré de chaque usager (éducatif, social et soin) et ses orientations concrètes

Les étapes du projet, ses objectifs, son suivi et son évaluation : protocoles, méthodes et outils spécifiques

Les documents et systèmes d'information partagés entre structures

Les techniques de communication adaptées à la personne

Les conclusions et décisions collectives : équipe, proches, famille

Les techniques d'entretien et l'écoute active...

Les projets de parcours choisis par les personnes : pédagogiques, professionnels, de fin de carrière...

La formalisation du sens et des orientations des missions autour des parcours des personnes accompagnées : rôle, domaines d'intervention, limites

La formalisation du projet organisationnel et des dispositifs de fonctionnement : interne, externe

Les modalités d'intervention des professionnels et des partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles... (conventions...)

La formalisation du partenariat

### Expériences

Les signes de progression ou les limites observés chez la personne

Les attentes et les désirs de la personne, ses capacités

Le potentiel de progression et les limites au quotidien

Le phénomène d'attachement relationnel

Le contact quotidien avec les familles

Le comportement de l'usager et de la famille face à une situation nouvelle co-construite avec l'équipe

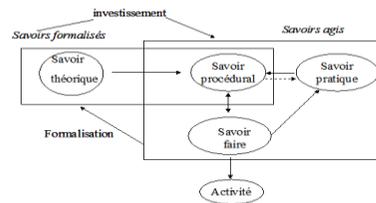
La co-construction, l'adhésion ou refus de la personne

L'impact d'une décision d'orientation sur le comportement de l'usager

La fonction de professionnel de référent ou de personne ressource

Les liens entre les observations, l'accompagnement et le projet de la personne

La conduite du changement



NB : les différents savoirs décrits dans ce référentiel

sont à adapter :

- à la structure et à ses spécificités
- aux pathologies des usagers
- au niveau des professionnels concernés et à leur formation initiale

Ils constituent un socle de compétences qui doit être modulé et mis en adéquation avec les besoins

*Schéma de la combinaison dynamique des savoirs d'après Gérard Malglaive*

### Savoir-faire

Mener des entretiens, entrer en relation adaptée avec la personne

Participer à l'analyse collective de l'évolution de l'usager pour proposer une nouvelle étape dans le parcours

Participer à la co-construction avec l'usager de son parcours selon ses choix et/ou centres d'intérêts

Anticiper et aider la personne, si possible, chaque fois que la situation se présente, à se projeter dans son parcours de vie

Recueillir et écouter les désirs de l'usager, les relayer...

Impliquer et/ou informer les proches dans une décision liée à la poursuite du parcours (*selon ses compétences*)

Transmettre aux interlocuteurs d'une structure extérieure les informations pertinentes (*selon ses compétences*)

Anticiper et organiser l'accueil dans une nouvelle structure

Participer à l'anticipation, l'organisation avec la personne ou les proches, la scolarisation, l'universitarisation, l'insertion professionnelle...

Prévoir le retour de l'usager dans sa structure d'origine ou dans son environnement (*dans le cadre d'une hospitalisation*)

Prendre de la distance, du recul dans sa relation avec la personne

Accompagner (ou participer) la personne dans une étape de changement de structure ou au retour à domicile

Repérer, évaluer, transmettre toute information concernant les compétences et le comportement de la personne

Prendre appui sur l'équipe, travailler en pluridisciplinarité

Adapter l'information aux spécificités de la structure, des intervenants extérieurs...

Participer à l'accompagnement de la personne dans une étape de son parcours selon sa situation, son âge, sa pathologie

Aider la personne à se projeter, à faire du lien avec son projet

Contribuer et/ou participer au maintien de l'autonomie et/ou au développement de compétences

Communiquer, consulter et coordonner

Prendre en compte l'influence déterminante de l'environnement dans le développement de l'autodétermination

Favoriser les coopérations entre tous les acteurs

Organiser la concertation et prévoir les outils de coopération



---

**ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – [www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr](http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr)

---

