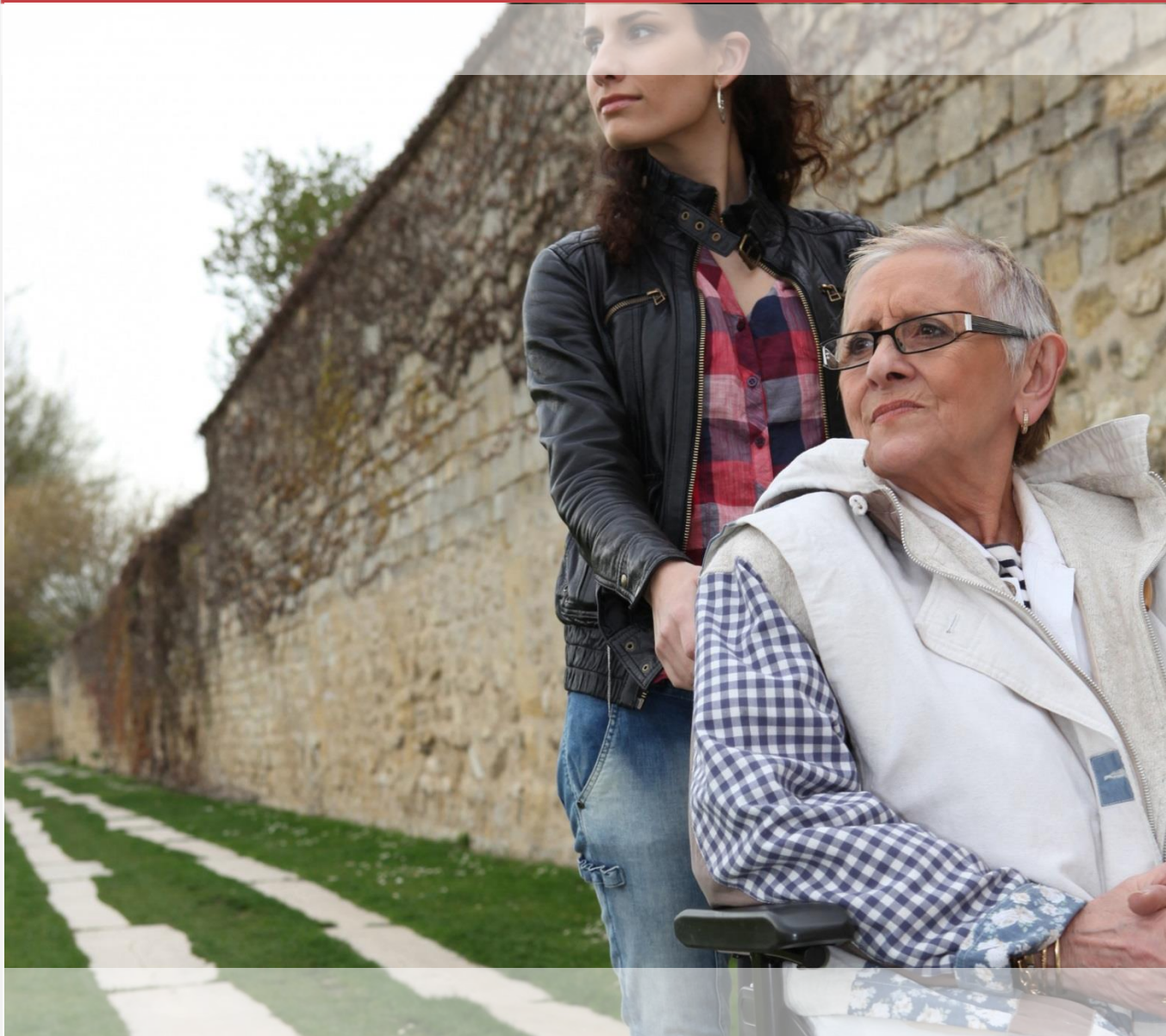




Référentiel pour votre pratique

REPÈRES

Activités et compétences
autour du parcours de vie de l'utilisateur :
*personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant
de maladie chronique*



Septembre 2016

Étude réalisée par :
Christine MARTIN (ARS Auvergne-Rhône-Alpes) Chef de projet, Chargée des ressources humaines sur le médico-social, Annick PENSO (APL Conseil), Consultante, enseignante associée au CNAM.
Avec la participation de Christiane Large, responsable du pôle ingénierie de formation (UNIFAF), Pierre Louis (PRAO), Claire LAMY (PRAO), Delphine ROLLET (PRAO)



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 auprès de professionnels, toutes catégories confondues, au sein d'établissements et de services du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées. La méthode utilisée s'appuie sur l'expérience quotidienne des acteurs face à l'évolution des publics accueillis.

Le référentiel contribue à la mise en œuvre des recommandations de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS)¹.

Il définit un socle d'activités partagées à partir de l'activité professionnelle des personnels et du vécu des usagers. Il déduit et projette des compétences interdisciplinaires pour l'accompagnement de l'usager 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 organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) et tous les acteurs institutionnels.

En ce sens, il a vocation à définir un socle de base transversal pour outiller et faciliter la mise en œuvre de prestations pour la qualité des accompagnements, l'articulation des interventions et l'adaptation des pratiques professionnelles. Le référentiel ne gomme pas les approches professionnelles spécialisées et ne prétend pas présenter une liste exhaustive de méthodes et techniques mises en œuvre ou susceptibles de l'être en fonction des publics accueillis mais les valorise dans leur impact collectif et transversal.

En cela, il est d'abord un support managérial pour les gestionnaires de structures et notamment en direction de l'encadrement intermédiaire. Il répond aux objectifs O4, O7, O10 et O12 du plan d'actions régional « Ressources Humaines »² publié en 2015, à savoir :

- 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 initiale et continue ;
- faciliter le partage d'expériences entre les ESMS 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 ;

Ce référentiel a donc vocation à être diffusé largement en tant qu'outil favorisant l'adaptation des activités et des compétences requises.

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

1 Cf. Bibliographie, publications de l'ANESM

2 "Plan d'action 2014-2017, Ressources humaines : développement de l'attractivité des métiers de l'autonomie", in site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, http://www.ars.auvergne-rhone-alpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Rapport_attractivite_des_emplois_perte_autonomie_2014/20150630_plan_d_acti on_RH_final.pdf

éléments théoriques pluridisciplinaires favorisant la compréhension des interventions professionnelles réalisées dans le secteur.

En tant que contribution, le présent référentiel est amené à s'enrichir des utilisations que les différentes parties intéressées pourront en faire.



Sommaire

Introduction	7
Cadre du référentiel	9
Le contexte et les enjeux.....	9
Décliner les politiques publiques : organiser les interventions autour du parcours.....	10
Repenser et accompagner les pratiques professionnelles	12
Présentation de l'étude	14
Objectifs	14
Méthodologie.....	14
Résultats et constats généraux	15
Validation de la démarche	18
Socle commun d'activités et de compétences	19
Identification des activités-socle	19
Tableaux I - Détail des activités autour du parcours de l'utilisateur	21
Compétences requises pour le socle d'activités	27
Tableaux II – Compétences pour mener les activités	29
Synthèse et perspectives	32
Du recueil de besoin en formation au besoin d'accompagnement des pratiques	32
La gestion des crises sur les parcours des usagers	33
La pluridisciplinarité et la posture professionnelle	34
La réflexivité et les pratiques professionnelles	35
Leviers d'actions pour l'accompagnement des pratiques professionnelles	36
Annexes.....	40
Annexe I – Trame d'entretien	41
Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim.....	43
Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels	48
Bibliographie.....	50
Comité consultatif : plan d'actions ressources humaines (2014-2017)	53
Relecteurs et participants au test.....	55
Glossaire	56
Facile à lire et à comprendre (FALC)	57



Introduction

L'étude s'inscrit dans le cadre des Projets régionaux de santé 2012-2017³ et du plan d'actions 2014-2017 « Ressources humaines » pilotés par l'Agence régionale de santé (ARS). Elle vise à soutenir l'adaptation des organisations et des pratiques professionnelles face à l'évolution des publics accompagnés dans le secteur médico-social. Elle répond aussi à une demande des acteurs de terrain.

Cette démarche a pour finalité d'identifier les activités et les besoins en compétences au regard de l'évolution des profils de publics accueillis et de leurs spécificités.

Pour ce faire, pilotée par l'ARS, une équipe pluridisciplinaire composée de six personnes expérimentées a mené une enquête dans le département de l'Ain et en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Les objectifs de l'enquête ciblent l'activité professionnelle et, en miroir, les organisations mises en place, décrites dans les discours.

Cette approche a permis l'élaboration de deux référentiels articulés :

- un référentiel « socle » d'activités et de compétences partagées autour du parcours de santé et de vie de la personne, objet de la présente étude ;
- un référentiel présentant le profil de l'encadrant dans le secteur médico-social⁴ (faisant l'objet d'un second référentiel).

L'enquête a été réalisée, selon la méthode ADAC⁵, auprès d'un échantillon croisé représentatif d'établissements et de services médico-sociaux (ESMS) et de l'ensemble des catégories professionnelles.

Au total : 102 professionnels exerçant au sein de 16 structures du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que des usagers ont participé à l'enquête.

Les entretiens ont été conduits autour d'un choix de thématiques portant sur les accompagnements de publics présentant un handicap lourd et/ou des troubles du comportement ou psychiatriques, élargis, selon le contexte.

Selon les principes de la méthode, le référentiel d'activités et de compétences présenté prend appui sur les vécus et l'analyse du travail quotidien des dirigeants, des encadrants et des professionnels composant les équipes.

Le référentiel présenté est donc la résultante d'une analyse comparative des représentations, des pratiques des professionnels et de l'organisation des activités au sein des structures, dans et « hors les murs ». Dans les pages qui suivent sont donc recensées les activités apportant une réponse adaptée et performante aux besoins des usagers.

Après cette phase de repérage, l'analyse a permis de mettre en évidence des activités communes mais abordées différemment, selon l'expertise et la culture du professionnel. Si ces activités varient selon la spécificité et les besoins de la structure, elles

3 PRS 2012-2017, 5 thèmes chapeaux, *in* site internet du Projet régional de santé.
<http://www.prs-rhonealpes.fr/projet-regional-de-sante/5-themes-chapeaux.html>

4 Voir le référentiel *Activités et compétences - encadrants de proximité dans le médico-social* publié sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes.

5 ADAC © : Analyse De l'activité et des compétences, mise au point et déposée par le Conservatoire national des arts et métiers à Paris.

caractérisent et projettent un exercice pluridisciplinaire garantissant la fluidité et la cohérence des accompagnements. Elles témoignent ou anticipent des pratiques fondées sur un raisonnement autour du parcours de la personne, plus ou moins ancrées, plus ou moins formalisées, au sein des équipes rencontrées.

Les résultats et constats issus de l'enquête ont donc conduit à l'élaboration d'un référentiel constituant ce socle d'activités et de compétences partagées, mobilisables autour du parcours de santé ou de vie de la personne et dans le respect du domaine d'expertise de chaque catégorie professionnelle.

Le référentiel a fait l'objet de relectures et a été complété par des représentants des usagers, des experts de la formation et des représentants de la commission spécialisée de l'accompagnement médico-social de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA). Des professionnels de terrain ont également testé, validé et enrichi les activités et sous-activités.

Un comité de consultation et un groupe de travail pluridisciplinaire s'est réuni pour réfléchir à la mise en œuvre et faire évoluer le contenu des activités et compétences dans une vision plus prospective (voir l'Annexe III).

Après un rappel du contexte politique et social, un choix de principes clés sur la formation et l'accompagnement des pratiques professionnelles est proposé dans une première partie. Des précisions sur le déroulement de l'étude et les résultats sont apportées en seconde partie. Le référentiel d'activités et compétences socle et les constats émergents de l'enquête sont présentés ensuite.



Cadre du référentiel

Le cadre de la démarche s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la Haute autorité de santé (HAS).

Dans ce chapitre sont présentés les enjeux économiques et sociaux, les principes et leviers réglementaires qui sous-tendent la démarche de construction du référentiel. Sont également rappelées quelques notions concernant la formation et l'apprentissage pour le développement des pratiques professionnelles.

■ Le contexte et les enjeux

Évolution des publics accueillis et des modalités d'interventions

Le vieillissement de la population conduit à un accroissement du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie⁶ nécessitant une anticipation des besoins en personnes qualifiées. Parallèlement, le secteur des personnes âgées et des personnes handicapées est confronté à un alourdissement des pathologies des publics accueillis. La politique de maintien à domicile, le virage ambulatoire, la réorganisation de l'offre du secteur psychiatrique modifient les profils des usagers accompagnés au sein des ESMS. De fait, le secteur des personnes âgées accueille un public plus hétérogène pouvant être composé de personnes handicapées vieillissantes, de personnes atteintes de pathologies chroniques, neurodégénératives ou psychiatriques.

Dans le même temps, le fondement des pratiques d'intervention auprès des usagers évolue. Les nouvelles technologies et approches en matière d'accompagnement bouleversent la culture et le positionnement des professionnels. **Le décroisement des systèmes d'informations, le déploiement de la télémédecine, la territorialisation des services et des prestations autour du parcours de vie et de santé de l'utilisateur sont des dispositifs qui relèvent d'une volonté politique d'impulser la coopération et la coordination des services et des acteurs⁷.**

Des réformes pour un accompagnement des parcours⁸

La démarche de l'étude présentée s'inscrit dans le contexte de réformes pour « l'adaptation de la société au vieillissement » et la « modernisation de notre système de santé ». Elle vise également à faciliter la mise en œuvre des orientations de la feuille de

6 "INSEE Analyse Auvergne-Rhône-Alpes - Des emplois à pourvoir pour accompagner le vieillissement de la population" Rapport, juillet 2016.

http://www.insee.fr/fr/insee_regions/ara/themes/insee-analyses/ar_ina_16/ar_ina_16.pdf

7 Le projet-expérimentation « Pascaline », piloté par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, recense les projets réalisés sur un territoire dans une plateforme numérique afin de favoriser le partage de ressources et d'informations autour du parcours de l'utilisateur. <http://www.pascaline-sante.com>

8 Selon l'Agence régionale de santé, le parcours de vie concerne « la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. En effet, dans ce cadre, il fait référence à la dimension de l'accompagnement global qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, etc. Ces différentes dimensions sont amenées à évoluer et nécessitent un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées des acteurs. Les notions de parcours de vie et d'accompagnement global sont centrales dans la prise en charge globale de personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. Il s'agit de considérer l'individu dans sa centralité, sa singularité et dans le respect de son profil biographique pour lui proposer un parcours d'accompagnement et de soins cohérent, tout en dépassant les normes et calendriers institutionnels. » Agence régionale de santé, *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie, Lexique de A à Z*, 2012. http://www.ars.sante.fr/uploads/media/Lexique_parcours_def.pdf

route nationale pilotée par Marie-Sophie Desaulle⁹ et la déclinaison des plans nationaux (Alzheimer, autisme, santé mentale, maladies neurodégénératives...).

Ces réformes répondent à des enjeux qualitatifs et quantitatifs, économiques et sociaux. En premier lieu, les usagers demandent que leurs droits de citoyens soient respectés et leur autonomie préservée. Ils sont acteurs de leur projet de santé et de vie pour lequel ils revendiquent un accompagnement personnalisé, cohérent et adapté à leurs besoins¹⁰.

En second lieu, l'adéquation moyens/ressources contraint à mieux utiliser l'existant.

Le raisonnement par « parcours » est un des moyens promu par la loi pour garantir la mise en œuvre d'accompagnements et de soins adaptés à la personne. Il met l'usager au centre, prend appui sur son potentiel, ses ressources et son entourage.

L'analyse de la situation de la personne accompagnée et de ses besoins permet la co-construction d'un projet personnalisé unique, dans une logique d'anticipation des étapes à franchir et de son évolution. Pour ce faire, une réflexion et une préparation le plus en amont possible doivent être envisagées en même temps que la mise en œuvre de prestations à court, moyen et long terme. L'enjeu est de taille pour les projets d'inclusion et/ou de maintien en milieu ordinaire, les projets de professionnalisation ou d'insertion dans un emploi.

L'optimisation des ressources en est rendue possible par une meilleure utilisation des prestations dans une approche souple et modulable, en fréquence et en intensité, selon le projet et le parcours.

Le cadre des réformes oriente donc le dispositif vers une prise en compte globale de la personne obligeant à « sortir des murs », dépasser les cadres des équipes, des services et faire évoluer les fonctionnements et les organisations. **L'articulation des interventions et de la coordination des activités et des prestations sont des enjeux d'efficience pour un ajustement au « cas par cas » et faire face à l'évolution des publics.**

Cette recommandation du « sortir des murs » fait sens y compris dans le cadre d'un accompagnement institutionnel dans la mobilisation du droit commun (externalisation des unités d'enseignement de la convention signée entre l'Agence régionale de santé et l'éducation nationale le 21 septembre 2016) ou dans la coresponsabilité exercée entre acteurs par intégration des logiques propres à son partenaire (EHPAD et urgences hospitalières par exemple).

■ Décliner les politiques publiques : organiser les interventions autour du parcours

Pour décliner les orientations, articuler les interventions en vue de la cohérence et de la performance de l'accompagnement des parcours, deux leviers sont préconisés : la coordination et l'organisation de la transversalité sur les territoires.

La coordination : l'affaire de tous

La question de la coordination fait actuellement débat. Diverses études et réingénieries des métiers ont mis en évidence la nécessité de rendre visible cette activité (ou ensemble

9 Feuille de route de M-S. Desaulle, présidente de l'association de Villepinte, présentée à la Conférence nationale du handicap, « Une réponse accompagnée pour tous, zéro sans solution », en réponse au Rapport de Denis Piveteau, in Site du Ministère des affaires sociales et de la santé.

<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/article/la-demarche#Decembre-2014-la-feuille-de-route-de-M-S-Desaulle-presentee-a-la-nbsp>

10 Code de l'action social et des familles, version consolidée au 10 septembre 2016.

d'activités) et d'en définir les contours (gestionnaire de cas, cadre coordonnateur, référents d'usagers dans le projet de vie, sentinelle dans les projets territoriaux...).

Le courant actuel fait passer dans les discours la coordination comme une activité nouvelle mobilisant de nouvelles compétences. Les entretiens menés, ainsi que l'analyse des référentiels d'activités et de compétences des professionnels, démontrent que la coordination est bien souvent présente à différents niveaux¹¹. Il s'agit d'une activité commune à l'ensemble des acteurs. Bien sûr, le niveau de responsabilité diffère selon les missions et le positionnement du professionnel. L'organisation est facilitante et garante de la qualité et du cadre des fonctionnements.

Transmettre oralement ou par écrit, informer l'utilisateur ou ses supérieurs hiérarchiques, alerter et contacter la bonne personne, assurer la continuité de toutes formes d'accompagnement, comme la mise en lien des acteurs au sein de la structure ou d'une organisation territoriale, constituent autant d'actions relevant de la coordination¹².

Une coordination efficace nécessite la prise en compte de l'environnement et des partenaires, de données éparses, et ce, dans le respect de la réglementation. Elle implique aussi qu'il soit accordé à tous les professionnels, en fonction de leurs compétences, un niveau de connaissance qui leur permette de travailler et de comprendre la finalité de leurs interventions afin de disposer de ressources suffisantes pour mieux accompagner les personnes¹³.

À ce titre, les décrets du 20 juillet 2016 clarifient les modalités d'échanges et de partage d'informations entre les professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social participant à une même prise en charge dans le périmètre de leurs missions¹⁴. Les textes stipulent que peuvent être partagées « les seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médicosocial et social » et avec le consentement de la personne accompagnée.

C'est pourquoi la mise en œuvre de ces bonnes pratiques et repères réglementaires nécessite qu'un cadre organisationnel et un pilotage soient formalisés et mis en œuvre sur le territoire, autour des parcours et au sein des services et structures.

11 Selon l'Agence régionale de santé, « La coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. Dans le système de santé (comprenant le médico-social), on distingue trois niveaux d'intervention :

1. Celui du patient ou de la personne en situation de handicap, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel). C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.
2. Celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes (niveau méso). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation du travail.
3. Le niveau institutionnel (niveau macro), qu'il soit local ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

On parlera de coordination horizontale quand celle-ci se situe à un même niveau (que ce soit au niveau individuel, au niveau local et au niveau national) et de coordination verticale quand elle fait intervenir plusieurs niveaux. »

Agence régionale de santé, « Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie - Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique des parcours de A à Z », janvier 2016, p. 29 à 33.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf

12 ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles - Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, décembre 2008 p. 29.

13 Henry Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

14 Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Décret n° 2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins.

L'Organisation de la transversalité des parcours sur le territoire

L'accompagnement des parcours de vie et de santé de l'utilisateur se structure le plus souvent sur un même territoire (filiales gérontologiques, bassins de vie, départements...). Il nécessite l'animation de partenaires, la coordination de professionnels et, parfois, la mise en commun de moyens et de ressources pour renforcer les dispositifs¹⁵.

Cette synergie est souvent l'aboutissement d'une gestion qui doit faire face à la complexité des fonctionnements (cloisonnements divers, enjeux de pouvoir, superposition des actions, multitude des acteurs et institutions intervenant...) largement décrites dans la littérature et génératrice de complexité et de ruptures de parcours.

Pour ce faire, le mode projet, fondé sur des missions partagées, est souvent cité comme l'un des dispositifs facilitant l'organisation de la transversalité. Le pilotage des orientations et des actions qui en découlent, autour d'un fil conducteur, garantissent « que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours »¹⁶. Quels que soient le niveau et sa dimension (projet de vie, de soins, d'établissement, de territoire...) le projet collectif renforce la transversalité entre les secteurs car il construit le partenariat par l'action autour de finalités communes.

L'organisation des parcours et de la transversalité implique donc que les acteurs qui y participent montent en compétences notamment dans les matières traitant de la stratégie et des organisations, du management et de la gestion de projet, pour mieux accompagner les pratiques professionnelles.

■ Repenser et accompagner les pratiques professionnelles

La formation : une étape au service des pratiques professionnelles

La formation n'est qu'une étape du cheminement vers le développement des compétences. Elle est avant tout un investissement qui permet la déclinaison d'orientations institutionnelles et organisationnelles.

La plupart du temps les sessions de formations émanent d'un catalogue organisé par thématiques. Elles sont réalisées en dehors des lieux de travail. Le plus souvent la formation apporte une consolidation théorique, permet d'échanger avec d'autres professionnels et de prendre connaissance d'autres pratiques. Elle est un outil dans le processus d'apprentissage et de professionnalisation de l'adulte.

Quand la formation sert les orientations d'un projet d'établissement, de service ou d'équipe et demain de territoire, il est indispensable qu'elle soit reprise, capitalisée et fasse l'objet d'un pilotage construit individuel et collectif pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

15 ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques - Ouverture de l'établissement à et sur son environnement*. 21-22, décembre 2008.

« Travailler avec des personnes – des professionnels ou des bénévoles – venant d'autres horizons est une tâche difficile, qui se heurte à de nombreux obstacles. Les difficultés à construire des ouvertures vers "les autres" sont souvent issues de représentations figées que l'on a et de l'autre et de sa propre mission. Mettre à plat ses représentations, expliciter le cadre d'intervention de chacun facilitent le dialogue et la compréhension mutuelle. L'analyse des situations et des besoins du public peut être très différente selon les acteurs. Pour progresser sur ces questions, il est recommandé aux professionnels de privilégier une approche pragmatique, basée sur l'explicitation des hypothèses de travail et la construction concrète des actions à mettre en œuvre. (...) L'ouverture des structures peut "impacter" fortement les fonctions professionnelles : les spécificités du territoire peuvent amener à créer certaines fonctions pour améliorer la complémentarité des prestations, ou à l'inverse en supprimer pour s'appuyer sur les ressources existantes. La coordination est ainsi une fonction majeure étroitement liée à la nouvelle organisation des prestations "en réseau" »

16 Denis Piveteau, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches*, Rapport, juin 2014, p. 24.

Pour un développement des compétences au sein des équipes

Les compétences s'entendent comme une articulation entre les savoirs procéduraux, théoriques, pratiques (...) ou comme une combinaison dynamique de savoirs de l'action, acquis principalement par l'exercice professionnel.



Schématiquement, les compétences relèvent d'une appropriation selon des modalités parfois très individuelles, aboutissant à un changement de pratiques. Or, selon Guy Le Boterf :

« agir avec compétence est une résultante :

- du "savoir agir" développé par la formation, l'entraînement, (*expérience*) ;
- du "vouloir agir" favorisé par un sens partagé, une image positive et un contexte de reconnaissance ;
- du "pouvoir agir" s'appuyant sur un environnement facilitateur, à savoir : la gouvernance, l'organisation, le management mais aussi les attributions reconnaissant les marges de liberté, l'accès à la connaissance et aux ressources¹⁷».

Il ne suffit pas de suivre une formation pour que les professionnels changent leurs pratiques. La stratégie, la posture des dirigeants et des encadrants, et le pilotage d'un processus d'accompagnement ancré dans un projet d'établissement, de service ou d'équipe, et de terrain de territoire, sont incontournables pour une amélioration continue des pratiques au service de la qualité des prestations.

L'accompagnement des pratiques professionnelles requiert des connaissances et des pratiques pédagogiques et managériales. Les dispositifs et outils organisationnels servent à faciliter la démarche qui doit être contextualisée, continue et systémique.

¹⁷ Guy Le Boterf, *Développer la compétence des professionnels/ Construire des parcours de navigation professionnelle*, 4^e édition, 2003, p.194-199.



Présentation de l'étude

Le projet est élaboré et piloté par l'Agence régionale de santé, avec l'appui d'un groupe de personnes expérimentées dont la démarche est présentée dans ce chapitre.

Le descriptif des étapes de la démarche comme la restitution des résultats respectent les règles déontologiques de confidentialité s'agissant des structures et des professionnels qui ont accepté de répondre aux questions.

■ Objectifs

Rappel des objectifs de l'enquête :

- recueillir des éléments d'information qualitatifs sur les besoins et les modalités d'accompagnement des publics accueillis ;
- repérer les problématiques fonctionnelles et organisationnelles, de formation des personnels, de prises en charge du public accueilli ;
- identifier les domaines d'activités et de compétences au regard du travail réel et des besoins identifiés ;
- identifier au sein des structures les besoins en connaissances spécifiques, en expérience et en savoir-faire ;
- recueillir des éléments d'information personnalisés sur les professionnels en exercice (parcours, projet fonctions...) ;
- outiller les acteurs de terrain avec les référentiels produits, en permettant le repérage des compétences disponibles, de celles à acquérir, et en apportant de la matière pour concevoir des actions de formation

■ Méthodologie

L'étude réalisée s'inspire de la méthode ADAC¹⁸, laquelle part du travail tel qu'il est réellement mené, au domicile et/ou en établissement, pour décrire les activités et les tâches qui en découlent, puis en inférer les compétences mobilisées. Les comportements attendus, parfois nommés « savoir-être », ont été décrits en qualifiant les activités à mener, c'est-à-dire la manière de réaliser les tâches. Les savoirs qui les sous-tendent figurent parmi les savoirs expérientiels et savoir-faire détaillés dans le référentiel de compétences présenté ci-après pour répondre aux prestations d'accompagnement, du « prendre soins », de soins (...), selon les nombreux cadres de référence des acteurs rencontrés.

Construction de l'enquête et de la méthode

Le référentiel présenté dans les pages qui suivent est élaboré à partir des ressources suivantes :

- une documentation portant sur :
 - la réglementation régissant le fonctionnement des structures rencontrées et l'exercice professionnel ;
 - les recommandations de bonnes pratiques.
- l'élaboration d'un premier référentiel d'activités et compétences pour les professionnels de niveau V exerçant en gérontologie ;

18 ADAC : Analyse de l'activité et des compétences, mise au point et déposée par l'institut MCVA (ex FFPS) du Conservatoire national des arts et métiers à Paris.

- la création d'un groupe de personnes expérimentées et qualifiées sur les questions de la formation, des parcours professionnels, de l'emploi, de l'ingénierie en formation des adultes, du secteur médico-social ;
Sont membres de cette équipe : un représentant d'UNIFAF, trois représentants du PRAO, une consultante spécialisée en analyse du travail et des compétences, professeur associé au CNAM et un représentant de l'ARS, tous chargés de mener les entretiens auprès de l'ensemble des catégories professionnelles exerçant au sein des structures cibles de l'échantillon.

Population cible et conduite d'entretiens

L'échantillon est préalablement composé d'une diversité de structures représentant l'ensemble des statuts juridiques, dans l'Ain, sur le secteur médico-social et l'ensemble des catégories professionnelles intervenant dans la proximité des personnes handicapées et des personnes âgées. Les visites et les entretiens ont été menés auprès d'ESMS et de professionnels volontaires.

Pour rappel, les questions portaient sur le parcours professionnel de la personne, sa fonction, son poste de travail, les publics accueillis, ciblant plus particulièrement les thématiques du handicap lourd et des troubles du comportement, l'organisation, les projets de vie et de soins, les situations de crise et leur traitement interne, les descriptions exactes de « ce qui est fait », « ce qui est dit » et « transmis » sur les situations de travail, l'estimation des besoins en compétences. Le guide d'entretien constitué figure en annexe I.

Les entretiens ont fait l'objet d'une prise de note extensive et ont été retranscrits, analysés et partagés au sein du groupe.

■ Résultats et constats généraux

Avant de restituer le contenu du référentiel et pour en expliciter le contenu, il convient de présenter brièvement quelques éléments d'informations recensés au moment des entretiens.

L'échantillon définitif

L'échantillon définitif est le fruit d'une adaptation aux propositions des équipes et à leur organisation le jour de la rencontre. Les encadrants et directeurs de chaque structure ont été rencontrés.

Au total, des entretiens ont été menés auprès de 102 personnes :

- 14 directeurs
- 25 encadrants (dont 4 infirmières coordinatrices, 6 cadres de santé, 9 cadres de service social et 6 autres encadrants)
- 3 usagers
- 4 médecins dont 3 coordonnateurs et 1 psychiatre
- 6 rééducateurs (psychomotriciens, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes)
- 4 infirmiers et 2 infirmiers en psychiatrie
- 5 éducateurs spécialisés
- 8 moniteurs-éducateurs
- 3 psychologues
- 11 aides-soignants
- 5 aides médico-psychologiques
- 12 personnels administratifs, hôteliers, comptables, cuisiniers...

L'enquête s'est déroulée sur une période de trois mois au sein de 16 structures de tailles diverses :

3 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 2 foyers d'accueil médicalisés (FAM), 1 institut d'éducation motrice (IEM), 1 institut médico-éducatif (IME), 2 maisons d'accueil spécialisées (MAS), 2 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), 1 service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), 1 service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées (SAMSAH), 2 services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), le centre psychothérapeutique de l'Ain (CPA).

Des activités et des compétences spécifiques des organisations et des publics

La méthodologie de l'enquête n'a pas été construite à des fins quantitatives. Toute tentative en serait hasardeuse du fait du nombre, de la diversité des structures et des professionnels rencontrés. Ainsi, l'étude n'a pas pour ambition de produire des résultats chiffrés de « phrases thématiques », mais d'observer et de mettre en regard, au sein d'une organisation, des typologies de publics accueillis avec les activités et les pratiques professionnelles et les dispositifs organisationnels mis en œuvre et d'en dégager des enjeux managériaux communs.

Il ressort que les activités recensées sont intrinsèquement liées à l'environnement et au public accueilli. Elles sont identifiées à partir des pratiques professionnelles telles qu'elles sont perçues et décrites par les personnels des équipes. **Schématiquement, quelle que soit leur filière d'origine, les professionnels adaptent leurs activités et leurs pratiques et développent des compétences en fonction du public accueilli dans une logique d'adaptation emploi-formation, sous le pilotage des directeurs et encadrants.**

Selon les usagers et les acteurs de terrain rencontrés, les personnes présentant des pathologies somatiques et psychiatriques et/ou les troubles du comportement sont en augmentation. Le besoin en soins augmenterait et les handicaps moteurs et mentaux seraient plus graves.

Les structures sont toutes confrontées à des publics plus diversifiés. Les activités découlant des publics accueillis, très souvent polypathologiques, révèlent de toute évidence un besoin de connaissance des pathologies spécifiques (psychiatriques, handicaps, pathologies du vieillissement...). Certaines thématiques telles que les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, le développement psychologique de l'enfant (sexualité, adolescence...) en lien avec les problématiques rencontrées font l'objet de nombreuses demandes de formation de la part des professionnels et encadrants. Les plus importantes sont identifiées dans les tableaux d'activités et de compétences.



L'enquête dégage également des discours porteurs de convictions autour de valeurs fortes centrées sur la personne. A contrario, très peu de liens sont faits avec les politiques publiques et les enjeux sociétaux, à l'exception des cadres et des dirigeants.

La très grande majorité des professionnels s'accordent pour recentrer les besoins selon un principe du « cas par cas », respectant ainsi la particularité de chaque personne accompagnée, parfois au détriment d'un approfondissement théorique de la pathologie, soit parce qu'ils estiment que ce n'est pas prioritaire, soit parce que la pathologie est méconnue ou non diagnostiquée, soit parce que l'accès à l'information n'est pas reconnu comme une ressource indispensable pour les professionnels. (cf. Annexe II).

Les professionnels sont très satisfaits des interventions extérieures, telles que les équipes mobiles qui viennent renforcer et/ou conforter leurs connaissances et leurs pratiques.

Les orientations des projets de vie pour le maintien ou l'inclusion en milieu de vie ordinaire ou l'insertion professionnelle génèrent des préoccupations et des difficultés. Leurs mises en œuvre dépendent des publics accompagnés. Les observations révèlent un besoin d'accompagnement des équipes dans l'évolution de leurs représentations sur les objectifs de leurs interventions autour du parcours de l'usager, dans le cadre de la déclinaison des politiques publiques et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Des activités et des pratiques transversales spécifiques des publics accompagnés



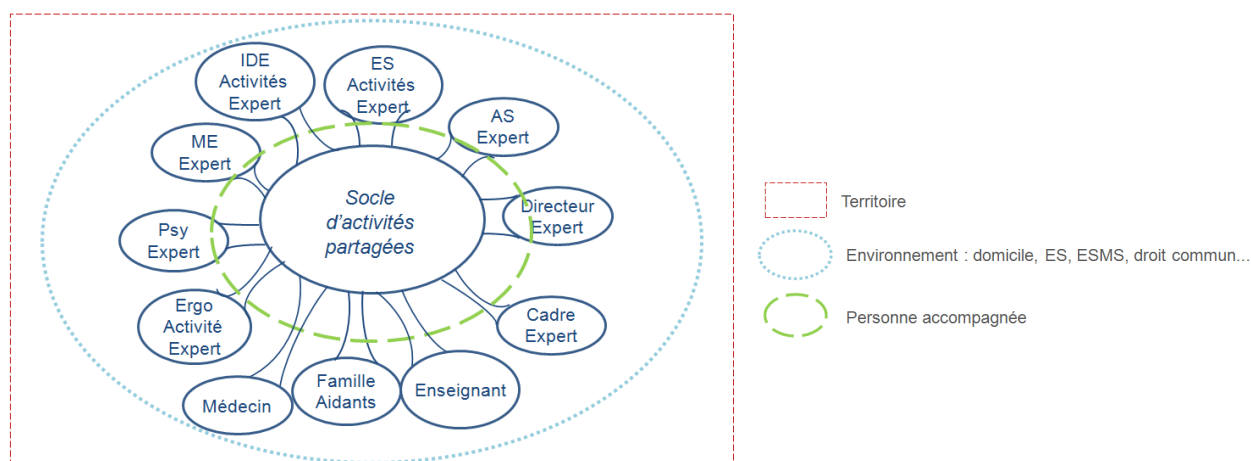
In fine, les verbatim décrivant les activités et les pratiques ont été recensés à partir de chaque corpus d'entretien retranscrit (cinq à dix pages) pour chacune des structures. **Cette démarche a fait émerger des activités transversales caractérisant un exercice pluridisciplinaire, plus ou moins formalisé, plus ou moins organisé selon les structures. Ce socle d'activités et compétences partagées dépend également du public accompagné et des missions et autorisations de chaque ESMS** (cf. Annexe II).

L'analyse des entretiens de l'ensemble des professionnels, des cadres et des directeurs a permis de mettre en miroir, d'après les témoignages, des « manières de faire », des « pratiques professionnelles », des « ressources » et des « compétences professionnelles » avec le profil des publics accompagnés, l'environnement et les dispositifs organisationnels.

Les domaines d'activités décrits reflètent la mission des établissements vis-à-vis des personnes accueillies, telle que la perçoivent les personnels rencontrés. L'organisation de ces activités et la description des compétences se calquent sur le parcours de vie de l'usager, en institution notamment, mais aussi dans ses trajectoires interinstitutionnelles.

Ces activités-socle sont plus ou moins ancrées dans les ESMS. Elles dépendent de la stratégie des équipes de direction pour la mise en œuvre des bonnes pratiques professionnelles. Elles répondent surtout à la nécessité d'adapter les compétences aux personnes accompagnées dans une logique de parcours et d'efficience des prestations.

Schéma n° 1 – Activités partagées et spécifiques autour du parcours de la personne accompagnée¹⁹



¹⁹ Les professionnels ne sont pas limités à ceux nommés dans le schéma.

L'étude conduit à poser l'hypothèse que le socle d'activités et de compétences partagées constitué permet de consolider un dispositif cohérent, articulé, transversal et coordonné autour du parcours de l'utilisateur.

■ Validation de la démarche

La méthode appliquée pour le référentiel préconise une séance de validation auprès d'un groupe représentatif de l'ensemble des catégories rencontrées.

Pour la validation, 22 personnes ont accepté de participer à la présentation du référentiel d'activités et de compétences en présence de 2 référents (secteur des personnes âgées et des personnes handicapées) de l'ARS :

3 infirmiers diplômés d'État, 3 infirmiers coordonnateurs, 1 aide-médico-psychologique, 2 agents hôteliers, 3 aides-soignants, 1 animatrice, 1 ergothérapeute, 1 médecin coordonnateur, 2 directeurs représentant les secteurs de la personne âgée et celui de la personne handicapée, 2 éducateurs spécialisés, 1 moniteur éducateur, 2 chefs de service éducatifs.

Étaient représentées les structures suivantes : EHPAD, SSIAD, FAM, ESA, ITEP, IME et l'équipe mobile d'accompagnement.

Les échanges en séance ont permis la validation du référentiel du socle partagé d'activités et de compétences autour de l'utilisateur, de débattre sur certaines formulations, ajoutées au référentiel. Les modifications ont été faites et validées en séance. Sont soulignées notamment :

- l'importance de toujours chercher des solutions, de rester simple et de faire le plus possible appel aux professionnels et aux services du territoire ou de construire des partenariats ;
- la nécessité de former et d'accompagner les personnels des urgences pour l'accueil et la prise en charge des personnes handicapées et/ou présentant des troubles du comportement ;
- l'anticipation des situations est une pratique qui requiert un accompagnement des équipes pour qu'elles ne restent pas dans l'idéal seulement ;
- la fluidité des informations entre les structures est à améliorer ainsi qu'au sein des équipes ;
- l'articulation des travaux avec la démarche « évaluation interne et externe ».

Biais et précautions

Les biais, comme pour toute enquête à visée qualitative, peuvent s'apprécier dans la diversité des discours qui évoquent des vécus et parcours personnels et très différents.



Le référentiel présenté dans les pages suivantes s'appuie sur le travail réel décrit, mené par de nombreux professionnels, sans cibler ni un métier, ni une catégorie de personnel, ni un niveau. La phase de validation montre que chaque professionnel peut s'y retrouver, même s'il n'effectue pas l'ensemble des activités décrites. Le niveau d'implication dépend bien sûr du niveau d'expertise et de responsabilité. En d'autres termes, de la participation à l'information, à l'analyse ou à la prise de décision, individuelle ou collective, chaque personnel peut y trouver une place.



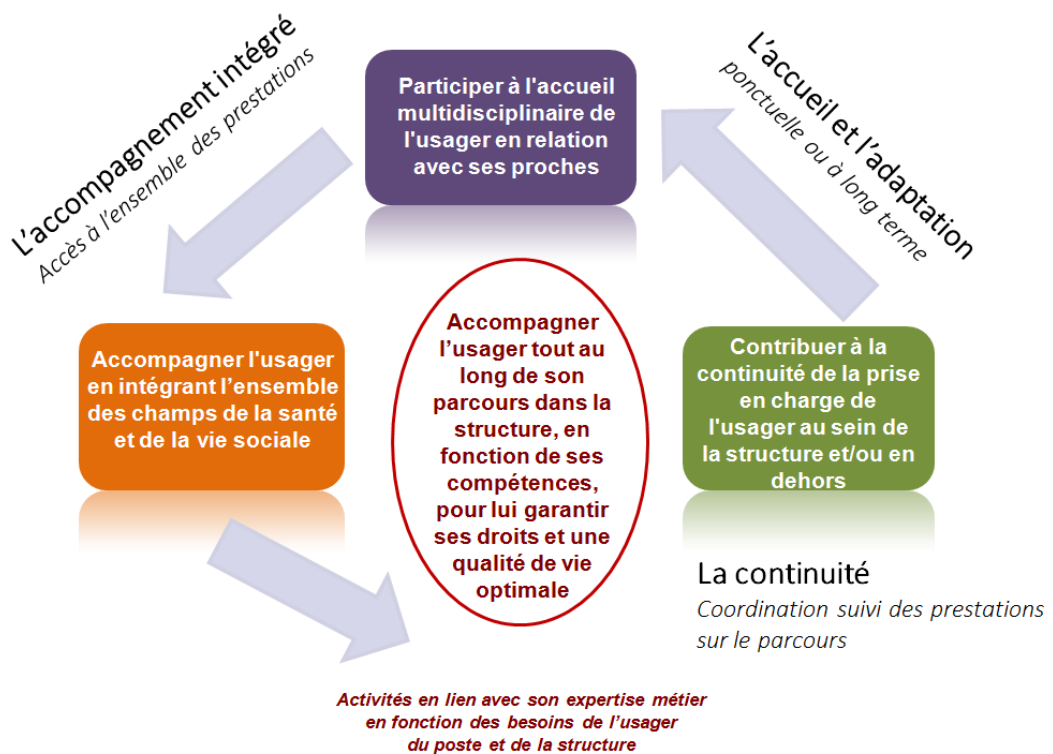
Socle commun d'activités et de compétences

■ Identification des activités-socle

Le référentiel décline trois domaines d'activités présentés schématiquement puis détaillés dans des tableaux synoptiques pour chacun d'eux.

Les trois grands domaines d'activités identifiés caractérisent la spécificité des prestations du secteur médico-social. Ils sont constitués d'un socle d'activités et sous-activités sur lequel repose 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.

Schéma II – Grands domaines d'activités autour du parcours de l'utilisateur

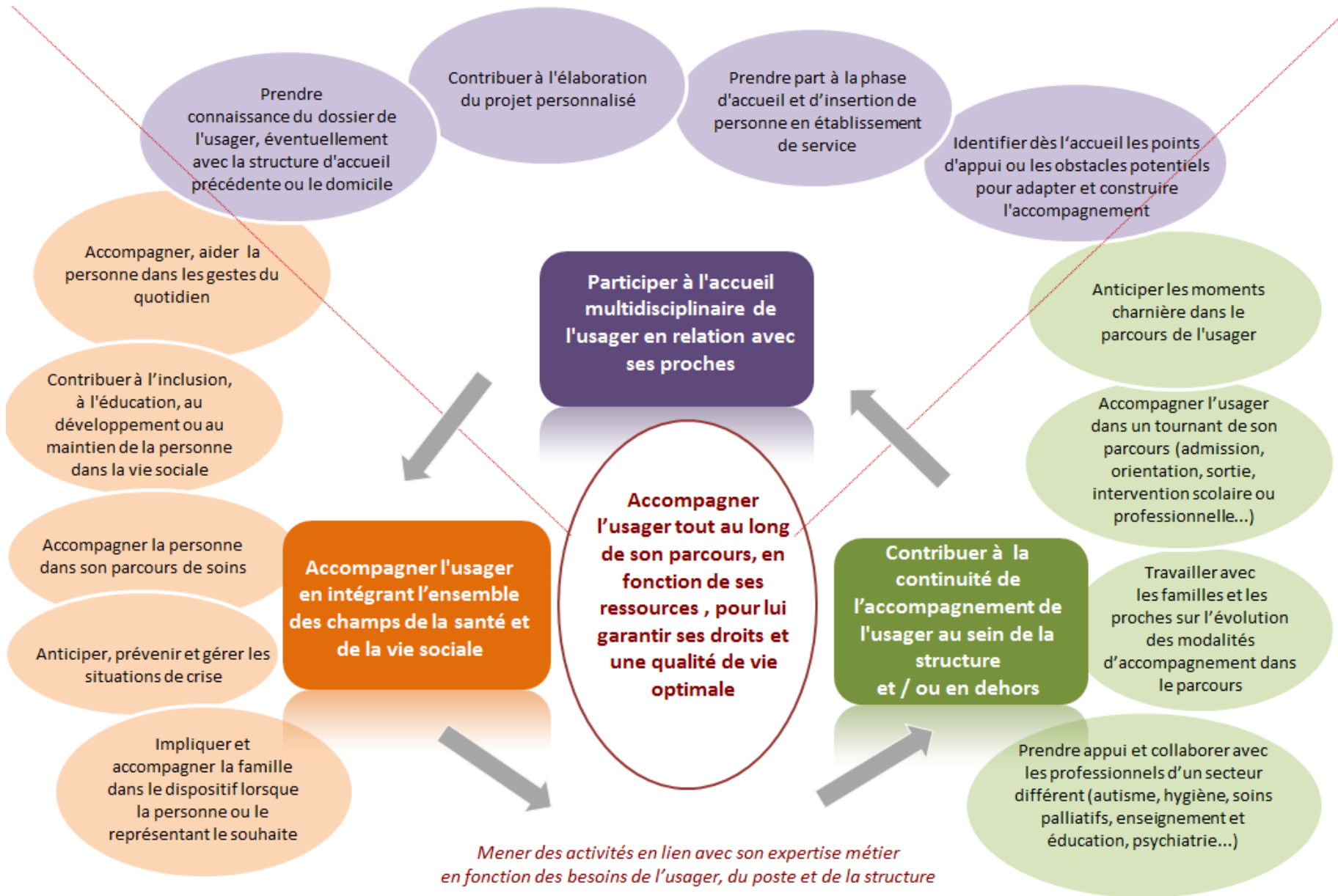


● « Participer à l'accueil multidisciplinaire de l'utilisateur en relation avec ses proches » relève, dans le parcours de l'étape, de l'accueil et de prestations en vue de faciliter l'adaptation à un nouvel environnement et/ou à une nouvelle situation de vie. À cette phase, l'analyse de la situation de l'utilisateur et des objectifs co-décidés, pour la mise en œuvre du projet de vie, conditionne souvent la qualité et le climat relationnel des suites de l'accompagnement 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'observations, de réajustement et de prise de contact plus ou moins longues.

● « Contribuer à la continuité de la prise en charge de l'utilisateur au sein de la structure et/ou en dehors » représente un ensemble d'activités qui relèvent de l'anticipation des étapes dans le parcours : insertion scolaire, sortie vers une autre institution, 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.

● « Accompagner l'utilisateur en intégrant l'ensemble des champs de la santé et de la vie sociale » : ce domaine d'activités est constitué des prestations d'accompagnement quotidiennes considérant les besoins globaux de la personne. Cette partie n'est pas exhaustive. Elle rassemble un choix d'activités multidisciplinaires. Les familles, aidants et proches sont associés dans cette phase comme tout au long de la démarche. Sont également proposées des activités relatives à la gestion des situations de crise à partir des retours d'expérience des professionnels de terrain.

Schéma III – Référentiels d'activités autour du parcours de l'utilisateur



■ Tableaux I - Détail des activités autour du parcours de l'utilisateur

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

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

Prendre connaissance du dossier de l'utilisateur, éventuellement avec la structure d'accueil précédente ou le domicile

Prendre connaissance et analyser le dossier et les besoins spécifiques de la personne (pathologie, handicap, capacité, compétences et autonomie, antécédents, projet de vie...), en pré-admission et lors de l'accueil de la personne

Recueillir des informations auprès des équipes, services, professionnels du réseau...

Rencontrer la personne seule ou avec la famille, selon son accord, pour recueillir ses attentes et ses besoins

Prendre en compte le contexte spécifique à chaque usager (situation familiale et entourage, environnement géographique, social et culturel...)

Bien identifier les points saillants de l'accompagnement souhaité afin de déduire les objectifs de soin et/ou d'accompagnement, échanger avec la personne

Communiquer avec les autres membres de l'équipe, partager l'information dans le respect du cadre réglementaire

Vérifier la cohérence des informations contenues dans le dossier, observer le comportement de la personne accompagnée lors de la phase d'accueil

Partager l'observation, l'analyse et l'évaluation avec l'ensemble de l'équipe ou des personnes dans le respect du cadre réglementaire

Repérer les aides techniques, matérielles et humaines souhaitables et nécessaires pour un accompagnement de qualité de la personne accueillie

Identifier des objectifs de projets de vie au regard des éléments recueillis auprès de la personne

Identifier les ressources et compétences de la personne sur lesquelles le projet d'accompagnement pourra s'appuyer (la période d'observation est adaptée à la personne)

Contribuer à l'élaboration du projet personnalisé

Selon l'organisation de la structure, réaliser, en tant que référent (et/ou en équipe), la rédaction et le suivi du projet personnalisé élaboré avec la personne accompagnée

Échanger avec la personne accueillie (ou ses proches lorsqu'elle ne peut pas s'exprimer elle-même) sur ses désirs, ses projets, ses capacités, et évaluer la possibilité de les mettre en œuvre en tenant compte de l'environnement de la personne, de l'organisation...

Objectiver et réaliser au mieux les souhaits de la personne, y compris en utilisant toutes les ressources de l'environnement (droit commun, partenariats extérieurs...)

Co-définir les objectifs et actions d'accompagnement et organiser leur suivi et leur évaluation

Rechercher toujours la participation et obtenir l'accord de l'intéressé et/ou de ses représentants

Prendre en compte les aspects spécifiques de l'étape du parcours de la personne selon ses ressources et ses limites : situation d'apprentissage, d'insertion professionnelle, de vie affective, de santé et/ou de handicap, de vieillissement, de fin de vie...

Prendre part à la phase d'accueil et d'insertion de la personne en établissements et services

Aider la personne à trouver ses repères dans le domicile aménagé ou dans l'organisation (locaux, personnels, autres usagers)

Faciliter et encourager les rencontres entre les personnes lorsqu'elles le souhaitent

Aider au maintien des liens, accompagner la famille ; et favoriser l'accès au droit commun

Identifier les risques de rupture sur le parcours de la personne et mettre en place des actions de prévention

Identifier dès l'accueil les points d'appui ou les obstacles potentiels pour adapter et construire le projet d'accompagnement

Évaluer les capacités de la personne à être actrice de l'accompagnement proposé, rechercher son consentement

Évaluer la capacité des familles, des proches, des aidants et des représentants à être acteurs dans le projet de la personne et à l'accompagner

Évaluer les ressources, les potentiels et les difficultés de la personne dans le choix, la mise en œuvre et l'évaluation des accompagnements proposés

Évaluer les ressources mobilisables de l'établissement / de l'environnement (domicile) pour la mise en œuvre des accompagnements, identifier les ressources manquantes

Évaluer les ressources mobilisables en dehors de l'établissement / sur le territoire pour la mise en œuvre des accompagnements souhaités, identifier les ressources manquantes

Évaluer les ressources, les potentiels et les difficultés des proches des personnes pour l'aide apportée dans le choix, la mise en œuvre et l'évaluation des accompagnements proposés

Identifier les objectifs de soins / d'accompagnement (social, éducatif...) dans leur globalité et la charge qu'ils représentent

Intégrer les soins dans le projet global d'accompagnement

Accompagner l'utilisateur en intégrant l'ensemble des champs de la santé et de la vie sociale

Accompagner, aider la personne dans les gestes du quotidien

Assurer un accompagnement personnalisé pour favoriser ou renforcer les comportements pour garantir l'état de santé

Informier et apporter des conseils à la personne (et/ou son entourage) sur son hygiène quotidienne, la nutrition...

Selon la situation de la personne, proposer et réaliser les soins d'hygiène corporelle adaptés aux besoins de la personne, à son autonomie et ses difficultés

Réaliser les gestes de prévention liés aux positionnements, postures, déplacement, mobilisation tenant compte de l'environnement, des besoins et difficultés de la personne

Accompagner les moments du repas, en tenant compte des goûts et des besoins de la personne et de son autonomie

Assurer la surveillance nutritionnelle (éduquer la personne) pour prévenir tout risque de dégradation de l'état de santé (dénutrition, surcharge pondérale, déshydratation...)

Evaluer, mettre à disposition les équipements destinés à faciliter la mobilisation

Évaluer l'autonomie de la personne et mettre en place des actions visant l'appropriation des gestes nécessaires pour développer les acquis lorsque cela est possible ou les maintenir dans le cas contraire

Soigner l'image de la personne, sa tenue vestimentaire selon sa demande et ses goûts

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

Favoriser le maintien ou l'accès à la vie sociale (liens humains, participation aux sorties pour les démarches...)

S'appuyer sur tous les dispositifs de droits commun existants

Accompagner la personne dans ses démarches administratives, ses achats, ou ses activités culturelles, sportives, sociales, de loisirs...

Proposer et/ou animer des activités visant selon la personne, l'apprentissage, la découverte ou la redécouverte d'une activité professionnelle et/ou de loisir

Veiller à la coordination des différentes activités proposées pour leur donner du sens dans le cadre du projet personnalisé

Accompagner la personne dans son parcours de soins

Réaliser des soins (et/ou informer, conseiller) nécessités par l'état physique ou psychique de la personne

Accompagner la personne lors des visites et consultations chez des professionnels de santé, relayer les informations dans le respect du secret médical

Faire appel aux partenaires sur un territoire, ou les faire intervenir (équipes mobiles, services à domiciles, bénévoles...)

Construire des relations de collaboration avec les médecins de villes et autres professionnels de santé

Participer, contribuer à la coordination des professionnels de santé, dont le médecin libéral, le médecin coordonnateur et/ou des services sociaux intervenants auprès de la personne

Anticiper, prévenir et gérer les situations de crise

Analyser, en équipe, les crises antérieures pour dégager les facteurs annonciateurs, déclenchants ou préventifs

Repérer et signaler tout comportement inhabituel et potentiellement annonciateur de crise

Identifier les risques de passage à l'acte, les évaluer

Anticiper les risques de violence physique pour la personne elle-même et les autres personnes

Prendre les mesures nécessaires pour éviter la crise en identifiant les comportements, solutions ou pratiques professionnelles qui contribuent à éviter les crises ou ruptures, si possible les partager et en permettre l'appropriation

Participer à l'élaboration et/ou mettre en œuvre un protocole visant à éviter les facteurs déclenchants et à promouvoir les facteurs préventifs ou correctifs

Se conformer aux protocoles et décisions élaborées en équipe, contribuer à la cohérence du cadre face à la personne

Gérer la crise en fonction de sa gravité, de sa propre capacité à y faire face, et en faisant appel à d'autres professionnels lorsque c'est nécessaire

Se protéger de la violence physique ou verbale

Prendre appui sur l'équipe et toutes les ressources disponibles pour anticiper, analyser, appréhender une crise

Impliquer et accompagner la famille dans le dispositif lorsque la personne ou le représentant le souhaite

Informier régulièrement la famille des capacités et des difficultés de la personne (sur décision collective) dans le respect de la réglementation

Repérer les ressources et les compétences chez les aidants familiaux et proches

Contribuer à la formation et à l'information des aidants pour la mise en œuvre d'un accompagnement bienveillant adapté au couple aidant-aidé

Repérer les risques d'épuisement des aidants familiaux et proches, les informer des soutiens existants, selon leur demande, les mettre en liens

Repérer les situations de conflit du couple aidant-aidé, ou tout autre risque, susceptibles d'interagir avec les situations d'accompagnement, échanger en équipe, si possible contribuer à leur résolution

Anticiper les risques de situation de rupture, envisager des solutions relais ou de répit

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

Anticiper les moments charnières dans le parcours de l'utilisateur

Repérer et prévenir les moments charnières notamment ceux qui nécessiteraient d'envisager un changement dans les modalités d'accompagnement

Maintenir le lien avec l'environnement extérieur dans la mesure du possible

Réévaluer régulièrement le projet de vie avec la personne et faire évoluer l'accompagnement autant que de besoin

Accompagner et préparer la personne selon ses capacités aux étapes de son développement (adolescence, vieillissement...)

Être attentif aux événements pouvant fragiliser la personne et son entourage proche et prendre les mesures nécessaires (si possible)

Évaluer avec la personne l'opportunité d'une réorientation du projet d'accompagnement proposé

Accompagner et aider la personne à se projeter notamment pour la scolarisation, le développement de compétences selon les capacités et ressources, l'insertion en emploi...

Accompagner l'utilisateur dans un tournant de son parcours (admission, orientation, sortie, insertion scolaire ou professionnelle)

Rechercher et proposer des solutions adaptées à l'évolution des besoins et des capacités de la personne et co-construire leur mise en œuvre ainsi que leur évaluation

Proposer à l'utilisateur d'autres modalités d'accueil et d'accompagnement sur d'autres offres de services

Évaluer avec la personne et son entourage les situations d'insertion scolaire, professionnelle... l'informer de ses ressources et de ses limites

Avec l'accord de la personne, communiquer avec les structures d'accueil : scolarisation, emploi

Dans l'attente de la mise en œuvre d'un accompagnement respectueux du nouveau projet de vie de la personne, l'accompagner selon ses besoins et ses capacités en mobilisant les ressources nécessaires qui pourraient être trouvées sur place

Travailler avec les familles et les proches sur l'évolution des modalités d'accompagnement dans le parcours

Présenter l'évolution possible des modalités d'accompagnement

Travailler avec les familles sur les modalités de mise en œuvre du changement

Prévoir et mobiliser des aides extérieures si nécessaire

Assurer la continuité et se mettre en relation avec les intervenants dans les nouvelles propositions d'accompagnement (structure d'accueil, domicile...)

Prendre appui et collaborer avec les professionnels d'un secteur différent (autisme, hygiène, soins palliatifs, enseignement et éducation, psychiatrie...)

Identifier les besoins en accompagnements spécifiques, y participer selon le niveau de compétences

Communiquer avec les intervenants concernés sur le territoire avec l'objectif d'articuler les interventions

S'appuyer sur les ressources et les compétences au sein de la structure, auprès des différents partenaires sur le territoire

Contribuer à la coordination et la cohérence en équipe, dans et « hors les murs » pour l'accompagnement

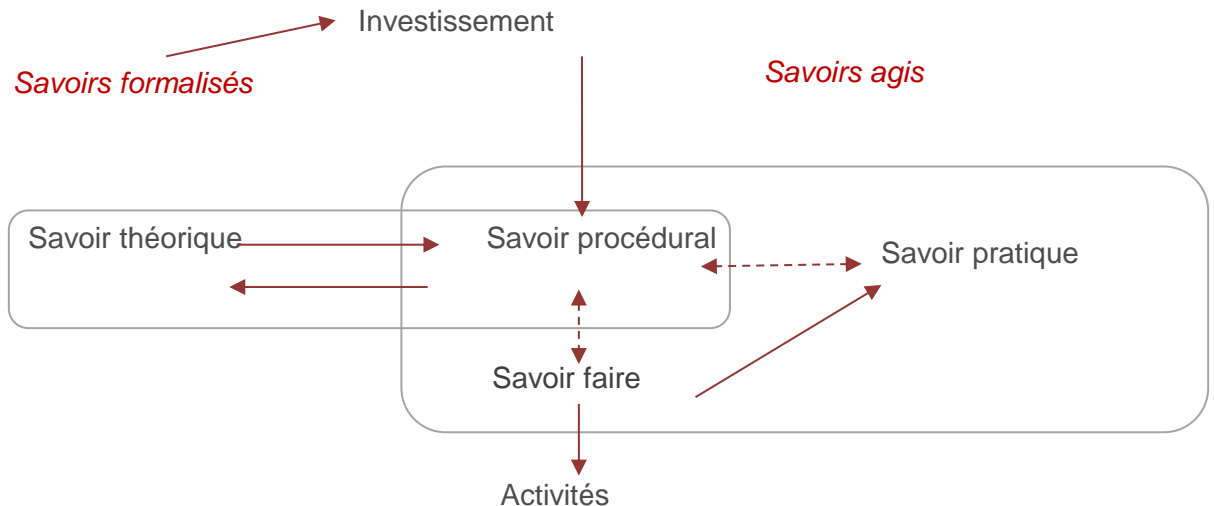
Intégrer l'ensemble des disciplines et des dimensions de l'accompagnement dans le projet personnalisé sur le parcours en faisant appel aux professionnels experts

S'informer de l'évolution des connaissances et des spécificités concernant les pathologies, les technologies et les bonnes pratiques (...) auprès des professionnels compétents et experts

Etre garant de la continuité des accompagnements et faciliter le travail des partenaires et autres professionnels intervenant, ponctuellement ou dans la durée, auprès de la personne

■ Compétences requises pour le socle d'activités

Comme l'illustre le schéma ci-dessous, les savoirs sont en dynamique, en tension. Ils évoluent, se nourrissent mutuellement et se transforment. Ainsi, le jeu de la formalisation permet-il de transformer un savoir-faire 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.



À propos des savoirs

Gérard Malglaive²⁰ décrit quatre catégories de savoir : le savoir théorique, le savoir procédural, le savoir pratique et le savoir-faire. Les trois premiers donnent les éléments de connaissance du réel :

Le savoir théorique (*ou connaissances*) : c'est le socle constitué par les connaissances, ou encore le « savoir proprement dit » ; il (...) donne à connaître les lois d'existence, de constitution, de fonctionnement du réel (...). Le savoir théorique est donc le fondement indispensable de l'efficacité des savoirs qui règlent l'action : les savoirs procéduraux.

Le savoir procédural (*ou procédures, techniques, méthodes*) : c'est aussi le savoir méthodologique, l'ensemble des procédures qui gouvernent et permettent l'action : le savoir procédural (...) est souvent confondu avec le savoir-faire, dans la mesure où il gouverne la pratique et que tout « faire » suppose des procédures.

Le savoir pratique (*ou expérience*) : c'est un savoir non formalisé, acquis par la pratique, et revendiqué dans les années 1960, lors de la « révolte des OS », sous le nom de « savoir ouvrier » : ce savoir pratique est beaucoup moins structuré et codifié que ne l'est le savoir théorique, ou même que ne le sont les savoirs procéduraux, même s'il peut lui arriver d'atteindre la rationalité dans la mesure où il reflète l'efficacité de l'action sur un réel qui n'est pas un cahot incohérent (...). Il comble en quelque sorte les interstices (...) et, sans être indicible, il dit le plus souvent, de manière à vrai dire parfois approximative, ce que théories et procédures codifiées ne peuvent pas dire.

Le savoir-faire quant à lui s'investit dans l'action : c'est sans doute la notion la plus familière, la plus observable ; il s'agit souvent d'un savoir procédural automatisé : le savoir-faire peut désigner les gestes singuliers d'une pratique, ce que les Anglo-saxons appellent des « skills », terme souvent traduit par « habiletés », des comportements, ce

²⁰ Enseignant-chercheur en Sciences de l'éducation, auteur de publications sur la formation des adultes.

qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique mais encore de le faire avec dextérité et adresse.

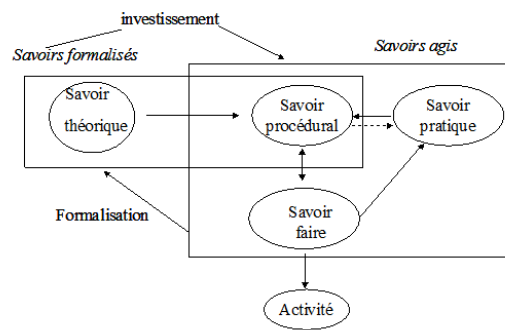
De la compétence au talent

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 ses capacités, de son expérience ou de sa créativité. Ces talents sont une ressource précieuse dans les équipes et dans les structures. Les résultats de cette étude s'inscrivent dans un contexte et un environnement. Le référentiel qui en découle propose des activités et compétences pluridisciplinaires. Il n'est pas exhaustif et laisse toute possibilité aux professionnels de proposer des pratiques spécifiques, complémentaires et innovantes.

■ Tableaux II – Compétences pour mener les activités

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

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
Les troubles psychiques et psychiatriques, les handicaps mentaux... : <i>TED, autisme, schizophrénie, troubles bi-polaires, maladie d'Alzheimer...</i>	L'agrément, la mission, la typologie du public accompagné	Les premiers liens, l'observation du comportement de la personne
Pathologies du vieillissement, les maladies neuro-dégénératives, les handicaps... : <i>étiologie, clinique, évolution, traitements...</i>	La procédure de pré-admission, d'admission, de consultation	L'implication de l'utilisateur dans son projet de vie en tant qu'acteur
Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique	La procédure ou la démarche d'accueil, de rencontre, d'insertion	La position de la famille, son acceptation, sa participation au projet
Les grandes orientations des politiques publiques et les liens avec les missions, les projets d'établissement, associatifs...	Le projet d'autonomie personnalisé intégré de chaque usager (<i>éducatif, social et soins</i>) et ses orientations concrètes	Les risques de conflit ou de rejet de l'institution par l'utilisateur ou par la famille
Les compensations financières (personnes âgées et handicapées)	Le dossier de l'utilisateur (<i>dans le respect du secret médical, professionnel</i>)	Les contraintes organisationnelles
Les grandes thématiques liées au développement de l'utilisateur : <i>puberté, sexualité, scolarité, insertion professionnelle, vieillissement, fin de vie...</i>	Les protocoles pour le recueil du consentement de la personne	La communication non-verbale
Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...)	L'organisation du service, de la structure	La communication dans et avec l'équipe
L'impact du vieillissement des personnes handicapées	Les rôles et fonctions des professionnels	Les domaines de compétences des différents professionnels
La réglementation des professions de santé et leurs limites de compétences	Les différents outils de données et de transmission dont les outils dématérialisés	Le consentement de l'utilisateur, la douleur, le plaisir...
Les concepts relatifs à l'accompagnement des personnes à partir des ressources et les compétences : <i>théories sur la réhabilitation...</i>	L'entretien avec la personne seule, selon son statut et son âge	Premières observations sur les signes cliniques en lien avec la pathologie, les ressources cognitives, les risques de rupture...
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.	Le recueil des informations auprès de la personne : lieu d'hébergement, souhaits, centres d'intérêt, refus...	Les premiers repères sur les ressources et compétences, les limites de la personne
Le droit des usagers et des familles	L'entretien avec les proches avec le consentement de la personne	Les ressources et liens sociaux autour de la personne accompagnée : proches, aidant, référent, tuteur...
L'offre sur le territoire : les partenaires, le droit commun, les associations, l'éducation nationale, l'emploi...	Les ressources en partenaires autour de la personne accompagnée	...
...	Les bilans pour le repérage des besoins en équipement, outils divers et matériel	...
...	Les modalités d'intervention des professionnels et des partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles ... (conventions)...	...
...

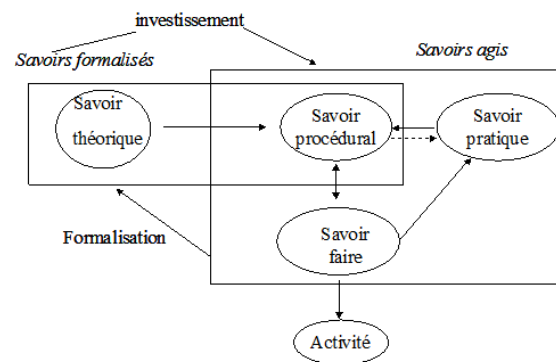


Savoir-faire

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 (<i>éducatif, social et soins</i>)
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, les modes et les outils de communication à mobiliser avec l'utilisateur
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 structure...
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...
Informé, 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 l'utilisateur tout au long de son parcours dans la structure, en intégrant l'ensemble des champs de la santé et de la vie sociale

Connaissances	Savoirs procéduraux	Expériences
Les troubles psychiques et psychiatriques, les handicaps mentaux : <i>TED, autisme, schizophrénie, troubles bi-polaires, maladie d'Alzheimer...</i>	Les missions et le projet de la structure	Le vécu des familles, leur ressenti
Pathologies du vieillissement, les maladies neuro-dégénératives, les handicaps : <i>étiologie, clinique, évolution, traitements...</i>	La prévention des troubles liés à l'immobilisation prolongée et au handicap physique	La communication non-verbale
Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique	Les protocoles de soins et de surveillance spécifiques : <i>respiratoire, chutes, risques de complications spécifiques</i>	L'interprétation et le recueil des comportements de l'utilisateur
Les grandes orientations des politiques publiques et les liens les missions, les projets (<i>établissements, associatifs...</i>)	Les différents types de rééducation et leurs indications : <i>orthophonie, ergothérapie, psychomotricité, kinésithérapie</i>	L'interprétation collective des comportements de l'utilisateur
Les compensations financières (personnes âgées et handicapées)	Le projet d'autonomie personnalisé intégré de chaque usager (<i>éducatif, social et soin</i>) et ses orientations concrètes	Le repérage collectif des comportements à favoriser de la part de l'équipe
Les grandes thématiques liées au développement de l'utilisateur : <i>puberté, sexualité, scolarité, insertion professionnelle, vieillesse, fin de vie...</i>	Les postures, les gestes d'urgence (<i>dont Manœuvre de Heimlich</i>)	Les centres d'intérêts de l'utilisateur pendant les soins et activités
Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...)	Les procédures d'alerte	Le niveau de satisfaction de l'utilisateur par rapport à l'activité proposée, l'adhésion
L'impact du vieillissement des personnes handicapées	Les protocoles de surveillance nutritionnelle	L'évolution de l'utilisateur dans les activités proposées
La réglementation des professions de santé et leurs limites de compétences	Le dossier de l'utilisateur (<i>dans le respect du secret médical, professionnel</i>)	Les ressources observées et "captées" chez la personne accompagnée ou ses limites
Les concepts relatifs à l'accompagnement des personnes à partir des ressources et les compétences : théories sur la réhabilitation...	Les modalités d'intervention des professionnels et des partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles... (<i>conventions</i>)	Les signes annonciateurs (prodromiques) de la crise
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.	Les différentes situations de recours aux ressources : équipes mobiles, soins palliatifs, psychiatrie, droit commun...	Les affinités entre usagers, ou les risques de conflit
Le droit des usagers et des familles	Les différents outils d'évaluation et de bilan	L'évolution dans son autonomie (pogression ou perte)
L'offre sur le territoire : les partenaires, le droit commun, les associations, l'éducation nationale, l'emploi...	Les règles d'hygiène, les protocoles qualité	Le consentement de l'utilisateur, la douleur, le plaisir...
	Les projets d'accompagnement, étapes, objectifs, suivi et évaluation	Les signes cliniques en lien avec la pathologie



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'utilisateur et le faire participer aux gestes de la vie quotidienne, aux soins...

Intégrer, dans le respect de ses souhaits et désirs, l'utilisateur 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'utilisateur (aller prendre un café, courses...)

Élaborer un projet d'activités collectives, déterminer ses objectifs thérapeutiques et son budget

Coordonner les activités proposées à l'utilisateur : 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'utilisateur 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'utilisateur

Gérer l'inconnu et l'incertitude face à la personne, s'appuyer sur l'équipe

Accroître le champ des possibles pour l'utilisateur : identifier les points d'appui et de ressources pour le maintien dans le milieu,
dans l'environnement, la scolarisation, l'exercice d'un métier...

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...

Contribuer à la continuité de la prise en charge de l'utilisateur 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, l'éducation nationale, le secteur et les acteurs clés de l'emploi...

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

Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...) : accompagnement, parcours, 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

...

Savoirs procéduraux

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

Le dossier de l'utilisateur (*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...)

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'utilisateur 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'utilisateur

La fonction de professionnel de référent ou de personne ressource

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

...

Savoir-faire

Mener des entretiens, entrer en relation adaptée avec la personne

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

Participer à la co-construction avec l'utilisateur 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'utilisateur, 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'utilisateur 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...

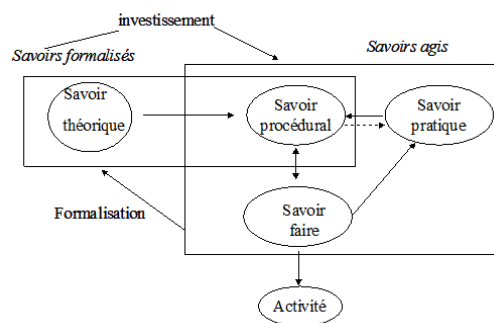
Participer à l'accompagnement de la personne dans une étape de son parcours selon sa situation, son âge, sa pathologie

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

...





Synthèse et perspectives

La richesse des données recueillies permet de proposer des pistes de réflexion, voire des leviers d'apprentissage, en vue d'un accompagnement au changement des pratiques.

Le croisement des discours de l'ensemble des professionnels et l'analyse comparative des dispositifs organisationnels ont permis de mettre en évidence des problématiques, des expériences et des pratiques pour l'accompagnement des personnes dans leur parcours de santé et de vie. Sont également proposées des expériences relatives au management et à la conduite des équipes.

■ Du recueil de besoin en formation au besoin d'accompagnement des pratiques

Au total, cette étude, qui avait pour objectif la construction d'un référentiel d'activités et de compétences, au regard de l'évolution des publics accueillis, a permis de recueillir des informations au-delà du recueil de besoins en compétences et en formation face aux spécificités des pathologies rencontrées au sein des ESMS.

Généralement, tous les acteurs peuvent identifier clairement des besoins en formations relatifs aux troubles psychiques et psychiatriques (schizophrénie, troubles bipolaires...), aux handicaps, aux troubles envahissants du développement, aux maladies neurodégénératives. Les formations plus spécifiques concernant les gestes d'urgence, le désencombrement des voies respiratoires, l'accompagnement de la fin de vie, les soins palliatifs et la douleur sont également mentionnées. Bon nombre de ces thématiques figurent dans les catalogues de formation et sont programmés dans les plans de formation.



En revanche, l'évolution d'un modèle d'accompagnement de l'utilisateur est soit peu évoquée lors des entretiens, soit incompris ou préoccupant. Les politiques de maintien ou d'inclusion en milieu ordinaire, de désinstitutionnalisation répondent aux attentes et aux besoins des personnes accompagnées qui revendiquent leur droit à la citoyenneté, à l'autonomie et à un accompagnement autour de leur parcours de vie et de santé. **Très peu de professionnels se sont approprié le cadre des réformes actuelles laissant ainsi penser qu'un accompagnement des équipes et des pratiques professionnelles doit être pensé et construit.**

La construction de la méthode, fondée sur une approche systémique et transversale, a permis de mettre en miroir les descriptions des différents professionnels, encadrants et dirigeants. Elle a ainsi facilité l'émergence des pratiques d'accompagnement cumulées et proposées dans ce référentiel.

L'analyse a permis de dégager un socle d'activités et de compétences partagées par l'ensemble des professionnels autour de l'accompagnement de l'utilisateur. Ce socle témoigne de la mise en œuvre d'un dispositif pluridisciplinaire transversal garant de la qualité des prestations d'accompagnement, de la coordination et de la cohérence autour du parcours de l'utilisateur.

Une hypothèse conclusive de ces travaux est que la mise en œuvre de ce socle interdisciplinaire, selon la spécificité de la structure, pourrait constituer la base d'un fonctionnement organisationnel décloisonné, efficient et tourné vers la personne accompagnée.

■ La gestion des crises sur les parcours des usagers

La notion même de parcours émerge au fil des entretiens en fonction des étapes de vie, des différents aléas de la pathologie. L'anticipation et la prévention sont des préoccupations partagées par l'ensemble des acteurs.

Le parcours sans difficulté

Schématiquement, et prenant appui sur le discours des professionnels, les parcours peuvent être identifiés en fonction des profils des usagers accueillis. Les usagers dans les structures visitées sont parfois dans la première étape de leur parcours, qui peut également être la dernière, dans une continuité sereine. C'est le cas de certains publics présentant des handicaps de tous types acquis à l'âge adulte et fixés, pour lesquels il n'y a ni évolution prévisible, ni possibilité d'insertion. Pour ceux-là, l'accompagnement s'organise sur un temps long, avec des interventions ritualisées et quotidiennes.

Certains publics présentent des handicaps évolutifs dont l'issue est inéluctable, mais pourront, également, rester jusqu'à la fin de leur vie dans le même établissement. Pour d'autres, dont le handicap peut être de naissance, évolutif ou non, le parcours est plus mouvementé et peut inclure plusieurs institutions, avec éventuellement des retours au domicile.

Quant aux personnes âgées, elles rentrent très tardivement en institution, le plus souvent jusqu'à la fin de leur vie.

Si ces différentes situations sont relativement faciles à gérer, parce que sans rupture potentielle, d'autres sont nettement plus heurtées, en raison de l'évolution d'une pathologie, ou tout simplement du développement de l'individu, quand il est question des plus jeunes.

La gestion de la crise

Il serait réducteur d'écrire que l'émergence d'une crise est liée à une évolution mal gérée de la pathologie ou de la personne accueillie. Certaines crises surviennent simplement parce qu'elles sont structurelles et inévitables, selon certains professionnels. Elles peuvent également être le symptôme d'un état (pathologique ou non), ou d'une nouvelle maladie non diagnostiquée. Elles peuvent enfin être le reflet d'une interprétation insuffisante et/ou erronée du comportement ou des attentes de la personne par un ou plusieurs professionnels.



La crise est presque toujours multifactorielle, et souvent anxiogène. Elle est revenue comme un leitmotiv dans les discours de l'ensemble des professionnels, des administratifs, des soignants, des éducatifs et des dirigeants. Elle est souvent complexe à définir.

Pour certains professionnels psychologues et psychomotriciens, la crise peut participer au développement de la personne, en particulier chez les enfants et les adolescents. Pour un psychiatre rencontré, la crise est le fait d'un « sujet en rupture qui a perdu le fil de sa propre histoire ».

Parmi les événements donnant lieu à des crises, la question de la sexualité est particulièrement sensible, à tout âge, chez les personnes âgées comme chez les personnes handicapées. Les professionnels expriment souvent leurs difficultés à accompagner les personnes dans cette étape de vie. Dans les établissements accueillant

des adolescents, ils disent être peu armés pour faire face à cette évolution caractéristique de la puberté et générant des comportements instables et pathologiques.

En plus du besoin en formation, se pose la question de l'organisation, la répartition des rôles et la gestion de l'après-crise qui pourrait permettre la capitalisation de l'expérience et le développement de comportements collectifs anticipateurs et / ou protecteurs²¹.

Le partage de l'information sur la pathologie, la formation pluridisciplinaire et l'implication de l'ensemble des équipes autour de l'accompagnement de la personne est un levier important d'anticipation et de cohérence.

■ La pluridisciplinarité et la posture professionnelle

Dans certains établissements, la présence simultanée dans les équipes de personnels soignants et éducatifs ne se fait pas sans difficultés. L'évolution du public accueilli, et en particulier l'allongement de la durée de vie de personnes lourdement handicapées, modifie en partie le contenu des prestations d'accompagnement. Les besoins en soins augmentent et impactent les parcours de vie. La séparation des activités entre les différentes catégories de professionnels est souvent un sujet de préoccupation. Les besoins en prestations (« soins », « accompagnement », « éducatif », « thérapeutique », « pédagogique ») fluctuent, au cas par cas et globalement au sein des structures dans et « hors les murs ». Ce contexte complexifie la tâche des encadrants qui doivent repenser l'organisation et les dispositifs internes, rassurer les équipes. Les positionnements de chaque professionnel doivent s'adapter aux nouveaux publics et au cadre institutionnel en pleine mouvance.



Comme le soulignent certains directeurs et encadrants, il faut adapter les activités et les compétences aux spécificités des publics accueillis face à des effectifs et des catégories professionnelles stables. Les métiers ne changent pas en soi. En revanche le contexte et l'environnement évoluent et cela nécessite que chaque professionnel repense sa posture professionnelle pour répondre aux besoins des usagers et identifier la part commune d'activités et la part relevant d'interventions spécialisées faisant appel aux expertises, autour de missions convergentes.

Plus spécifiquement, dans le secteur du handicap, certains éducateurs trouvent dans les activités relevant de l'hygiène quotidienne auprès des personnes une occasion d'évaluation et d'accompagnement éducatif, d'autres craignent de perdre leur place de professionnels de l'accompagnement. Pour le public des personnes âgées, confronté à une médicalisation de plus en plus élevée, les animateurs peinent parfois à faire valoir le cadre et les objectifs du projet de vie.

Les besoins en soins augmentent pour les accompagnements des personnes handicapées et certains soignants évoquent des difficultés à communiquer sur les critères de qualité des soins et se sentent parfois exclues des projets de vie.

Sur le secteur des personnes âgées, les prestations de soins peuvent être ressenties comme dominantes du fait de l'augmentation de la perte d'autonomie (dépendance). La formation initiale des infirmiers et aides-soignants « technique et hospitalocentrée », laisse, selon certains professionnels, peu d'espace à l'adoption d'une posture d'accompagnant. En revanche, certains encadrants de proximité regrettent cette conception dichotomique des métiers du soin en contre-argumentant par des exemples de pratiques.

Cette situation peut être source de conflits idéologiques et corporatistes difficile à gérer pour les encadrants et dirigeants qui doivent faire face aux conflits de valeurs générés

²¹ Se référer au référentiel *Activités et compétences - encadrants de proximité dans le médico-social* publié sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

ressentis par certains professionnels comme une perte d'identité ou de sens. La problématique peut être accentuée par les organisations mises en place : répartition des disciplines en pôles (nommés selon les structures : thérapeutique, médical ou soins, éducatif ou pédagogique...), qui segmentent les prestations et les interventions et peut nuire à l'accompagnement de l'utilisateur dans sa globalité.



Le rôle des professionnels est donc parfois ressenti comme décalé par rapport à leur formation initiale et par rapport aux représentations qu'ils en ont. Pour autant, tout professionnel devrait être préparé à développer des nouvelles pratiques et compétences dès sa prise de poste et tout au long de la vie.

Il est clair que l'évolution des publics accueillis modifie les besoins en prestations face à un contenu de formation initiale inévitablement généraliste. Les structures doivent permettre aux professionnels de développer et d'adapter des compétences selon le contexte et les publics accueillis. La définition du profil du poste en découle.

L'approche pluridisciplinaire pourrait se définir comme la capacité à construire et analyser des prestations, selon sa discipline, son métier, à partir d'un collectif d'activités et de prestations nécessaires pour répondre aux objectifs d'accompagnement des personnes dans leur parcours de vie, de santé.

Recentrer les missions sur les droits des usagers et les besoins en prestations constitue une étape de construction de sens partagé pour faire évoluer les compétences et répondre aux attentes des usagers.

Les observations et analyses des entretiens ne mettent pas en évidence une organisation idéale-type. En revanche, la manière dont les équipes sont managées et accompagnées, dans le cadre d'un projet d'établissement, contribue grandement à atténuer, voire transformer en valeur ajoutée les différences de culture professionnelle.

■ La réflexivité et les pratiques professionnelles

Les observations et analyses des discours ont fait émerger des conceptions et pratiques « d'analyse de la pratique » très courantes. Organisées individuellement ou collectivement, au sein d'espaces d'échanges, elles prennent souvent des orientations d'entretien(s) psychothérapeutique(s). Les séances d'analyse de la pratique décrites ne sont pas toujours utilisées comme un outil ou lieu de compréhension et de construction de la connaissance et de savoir-faire. Elles portent le plus souvent sur les relations « interpersonnelles », du professionnel avec la personne accompagnée, « ce qui est de moi et ce qui est de l'autre », écartant souvent les repères théoriques et scientifique. Certains professionnels en charge des usagers ne sont pas informés de la pathologie, des antécédents et du dossier en général de crainte que cela « conditionne et perturbe leur relation » à la personne accompagnée.

Ces constats questionnent les compétences des professionnels en charge de l'analyse de la pratique tout comme les objectifs fixés dans le cadre du projet d'établissement et du plan de formation.



L'HAS et l'ANESM²² le publient dans les recommandations de bonnes pratiques, la contextualisation théorique et clinique participe du processus de professionnalisation et de développement de compétences. La connaissance vient enrichir l'analyse réflexive des pratiques et aide à prendre du recul. Elle contribue à l'adaptation des pratiques.

Positionner « l'analyse de la pratique » comme un outil de compréhension ne peut être efficient que s'il s'appuie sur un contexte à la fois réglementaire, déontologique, éthique, théorique, clinique (...) avec une approche scientifique. Une démarche de questionnement et d'analyse de la pratique est avant tout une opportunité d'apprentissage et d'acquisition de savoir-faire pour renforcer la posture des professionnels, leurs ressources et contribuer à leur qualité de vie au travail.

■ Leviers d'actions pour l'accompagnement des pratiques professionnelles

Au sein des structures, le socle d'activités partagées est plus ou moins formalisé dans le cadre d'une stratégie de l'équipe de direction. Il répond nécessairement à une logique de contextualisation au regard des profils de la population accueillie et inévitablement de la restructuration de l'offre sur le territoire.

Pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles, cette étude révèle l'importance de mobiliser des leviers d'actions multiples et complémentaires dans une approche systémique impliquant l'ensemble des partenaires.

Pour ce faire, des équipes de directions se sont emparés de la question pour mieux se centrer sur l'utilisateur, s'appuyer sur ses compétences, ses ressources et ses limites afin de mener des interventions efficaces et adaptées. L'accompagnement des équipes pour l'évolution des pratiques professionnelles s'appuie concrètement sur une définition de la stratégie dans le projet d'établissement et la mise en œuvre d'un dispositif organisationnel, lui aussi porteur de sens, autour du parcours de l'utilisateur.

Il ressort que chaque structure met en œuvre une démarche éminemment contingente. Face à l'évolution des besoins, les réponses à mettre en place s'appuient sur l'histoire et les valeurs de la structure, ses catégories professionnelles et son implantation territoriale.

L'enquête de terrain a permis de dégager des invariants et de proposer un modèle pour une démarche opérationnelle d'accompagnement des pratiques professionnelles. Au-delà des spécificités de chaque établissement, la réussite des projets repose sur la mobilisation simultanée de plusieurs leviers organisationnels.

Quatre domaines de thématiques sont identifiés au sein des structures rencontrées :

la gouvernance : l'intégration des politiques publiques dans le projet d'établissement avec les projets de vie et de soins intégrés, le diagnostic des besoins de la population accompagnée, l'articulation avec la démarche d'évaluation interne et externe, le plan de

22 HAS et Anesm / Service Bonnes pratiques professionnelles (HAS) et service Recommandations (Anesm) / mars 2012, p.44

« Le besoin de mise à jour des connaissances des professionnels en matière de TED s'applique à l'ensemble des professionnels intervenant auprès des enfants/adolescents avec TED, quel que soit leur mode d'exercice et leur secteur d'activité mais aussi aux professionnels exerçant en MDPH, même si les objectifs et le contenu des formations dispensées doivent être adaptés aux missions de chacun. L'effort doit être conduit dès les formations initiales et tout au long de la vie professionnelle. »

formation en phase avec les besoins et objectifs, la stratégie formalisée autour de valeurs...

le dispositif organisationnel : la définition de la coordination et de la communication internes, les réunions, les fiches de postes, la nomination de référents des personnes accompagnées, la répartition des activités et l'organisation de la pluridisciplinarité, les fiches métiers...

les ressources et outils : l'offre de services à disposition sur le territoire et/ou toute autre ressource relevant du droit commun, le dossier partagé de la personne accompagnée, les outils d'analyse et/ou d'évaluation, les supports pour la rédaction des projets personnalisés, les référentiels, les outils de communication, le partenariat avec les familles ou les aidants...

le dispositif d'accompagnement des pratiques professionnelles : les recommandations de bonnes pratiques, le contenu des connaissances théoriques, les orientations des politiques publiques, l'analyse de la pratique pour le développement de compétences professionnelles, l'entretien professionnel annuel, le management de proximité des équipes...

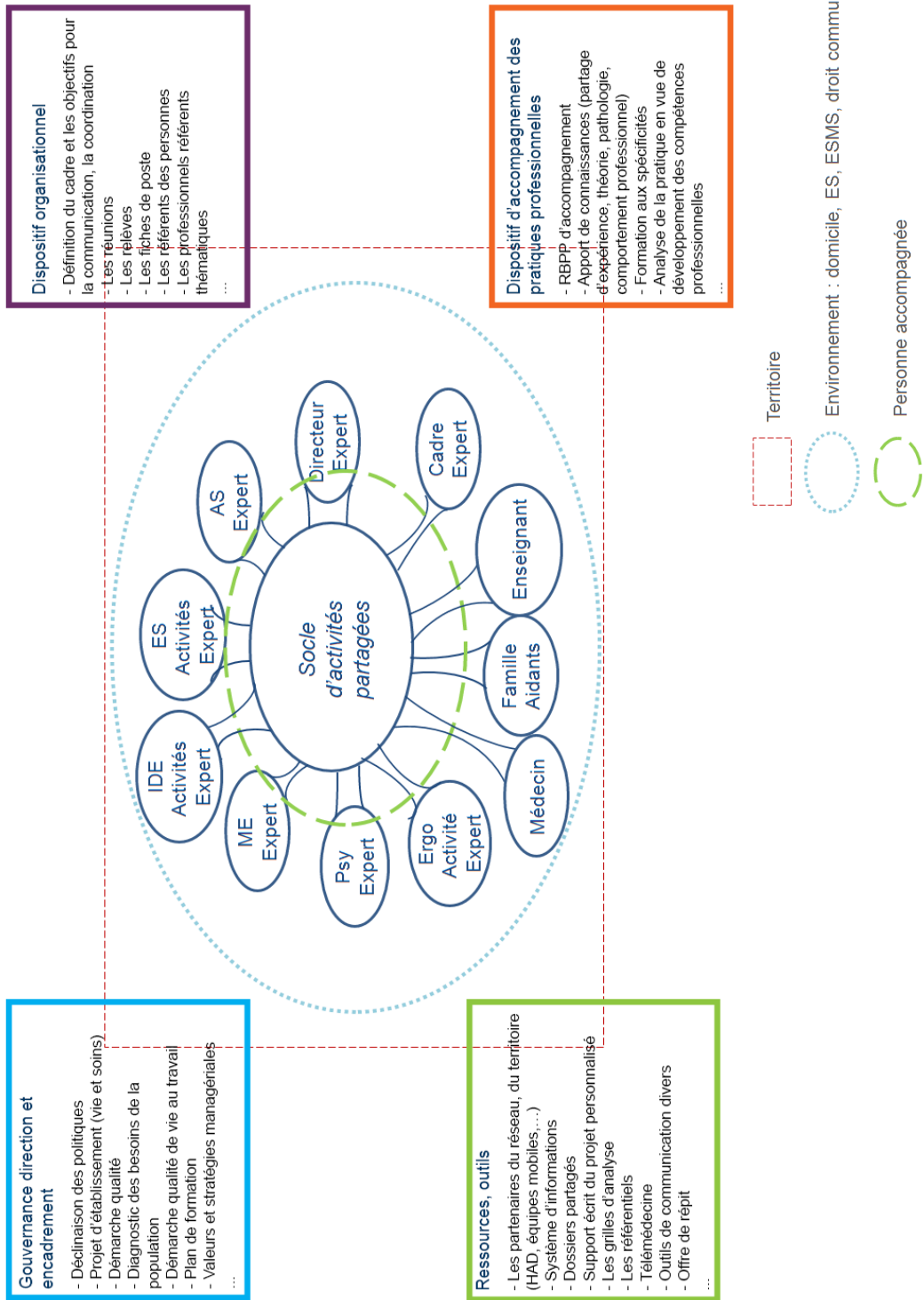
Ces quatre domaines articulés contribuent à faciliter l'accompagnement des pratiques professionnelles. Les démarches d'adaptation face à l'évolution des publics sont plus ou moins structurées, plus ou moins formalisées, plus ou moins conceptualisées. Elles émergent dans les discours des professionnels qui en véhiculent, à leur manière ou avec des éléments de langage partagés, le sens, les effets et les limites.

L'objectif de cette proposition de modèle n'est pas de prétendre avoir inventé une méthode. Il s'agit de s'emparer de réalisations et de pratiques de terrain performantes, de les reprendre et de les transférer par l'intermédiaire puis d'une palette d'outils permettant leur essaimage et leur opérationnalisation.

L'expérimentation d'une formation-action est actuellement en phase d'ingénierie en partenariat avec les acteurs de la formation, les gestionnaires et les encadrants de proximité. Cette formation-action, réalisée *in situ* est un des outils proposés pour soutenir l'accompagnement des pratiques professionnelles.

Modélisation pour une cohérence de l'activité

Modélisation systémique d'une démarche d'accompagnement des pratiques professionnelles autour du parcours de la personne accompagnée



Annexes



Annexes

Annexe I – Trame d'entretien.....	41
Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim.....	43
Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels.....	48

■ Annexe I – Trame d'entretien

Présentation des objectifs de l'enquête
Fiche d'identité de la structure
Statut / Appartenance à un groupe Type de public <ul style="list-style-type: none"> ▪ en EHPAD explorer handicap et psy vieillissant ? ▪ Handicap lourd ? ▪ Troubles du comportement ou autres problématiques Provenance des publics accueillis (origine du flux) Partenariats mis en œuvre pour la prise en charge des résidents <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réseau, équipe mobile psycho-gériatrique ▪ Conventions avec des Psy ou HP ▪ autres Nombre de places, Projet d'établissement, politique RH et plan de formation
Fiche d'identité de l'interlocuteur
Âge, ancienneté dans la structure (famille, résident, ou soignant), Qualification (soignant), Parcours et expérience antérieure Formations continues en particulier dans la structure (plan de formation) La raison du choix de la structure (tous) et du métier (soignant)
L'accompagnement des personnes
<i>Les usagers concernés dans la structure</i> Illustration de quelques situations Profil des différents types de publics accueillis correspondant à notre cible Les accompagnements des différents publics Spécialisation ou pas des professionnels vers ces publics ? <i>Vos activités auprès de ces publics</i> Que faites-vous quand vous prenez en charge ces personnes ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ comment sont répartis les rôles dans l'équipe ? ▪ rôles dédiés par catégorie de professionnel ? ▪ quel est votre rôle propre ? Décrivez quelques situations-types... Quelle différence avec les autres publics (si pertinent) Le projet de vie / projet de soin et votre part dans sa mise en œuvre : <ul style="list-style-type: none"> ▪ La prise de connaissance du parcours et du dossier de l'utilisateur avant son entrée ▪ L'organisation des soins ▪ La vie dans la structure (les animations, les repas...) ▪ Le cadre de fonctionnement avec les familles ▪ L'information donnée ▪ La réévaluation régulière du projet de soins et l'évolution des besoins ▪ La préparation et l'accompagnement de la sortie (retour domicile ou vers autre structure) Comment vous assurez-vous le suivi ? <ul style="list-style-type: none"> ▪ En particulier, comment suivez-vous la mise en œuvre des actions prévues ? ▪ Comment les évaluez-vous ? <i>Les crises</i> Êtes-vous confrontés à des situations difficiles ? À quel type de situation « de crise » avez-vous été confronté ? Anticipations possibles et mesures préventives, (préciser)
<i>Les collaborations et l'organisation</i> Votre rôle d'alerte La communication entre professionnels, les régulations et réunions formelles

Les relations familles / professionnels Les relations avec les médecins Les collaborations avec d'autres structures

Les besoins en compétences estimés

<i>Pour les professionnels</i> Les besoins de formation La zone d'autonomie Les désirs d'évolution Les compétences à développer

■ Annexe II – Schémas à partir d'un choix de verbatim

Ce recueil n'est pas exhaustif. Il s'agit d'un choix de verbatim recueillis au sein de quatre structures anonymisées.

Ces schémas permettent de mettre en évidence les interactions entre des profils de publics, les discours sur les activités, l'organisation et la coordination, les principes et les valeurs, le partenariat avec les familles, les stratégies, les relations avec le territoire...

La méthode d'entretien, semi-directive, laissait toute liberté aux personnes d'aborder la question posée comme elles le souhaitaient.

Malgré la diversité des structures, des équipes, des aspects historiques et socioculturels, il est possible de dégager une logique de fonctionnement par la mise en œuvre d'un socle d'activités décrites partagé centré sur les besoins spécifiques de la personne accompagnée, au regard de l'évolution des publics accueillis.

Schéma 1 – Personnes handicapées

« La population accueillie : polyhandicapés avec atteinte physique et cognitive. Absence de langage. Importants troubles de la déglutition et du transit. Ce sont des personnes très fragiles physiquement. Elles sont installées dans des fauteuils moulés à leur forme. Il faut les changer de position très régulièrement. L'animation est importante. Il faut mettre de la vie. Nous accueillons aussi des personnes présentant un syndrome épileptique résistant au traitement. »

« Les premiers temps, on a l'impression que l'échange est impossible et même le regard est compliqué à soutenir. La relation passe par la connaissance de la personne : des mimiques, des petits gestes, le sourire, la toux quand vous entrez dans une pièce. Ce sont des codes bouleversés. »

Partenaires territoire

« Le CPA est venu se présenter : 2 personnes sont prises en charge, ce sont des personnes autistes. On a 2 vacations de psychiatre/mois : chaque unité expose une situation et donne des pistes et le plus souvent ce sont des "façons de voir la situation plus que des solutions". C'est souvent le regard qu'on porte. L'apport du psychiatre présente une approche clinique et change le regard. Il interroge vraiment et même une personne chargée du ménage très accrochée peut participer. »

« On sollicite parfois les soins palliatifs. C'est un sujet délicat qu'il faudrait sans doute évoquer plus explicitement. Rares sont les familles pouvant s'exprimer sur ce sujet »

Familles et proches

« Les familles : Il y a aussi un travail avec les familles ; c'est avec nous que les familles se confient, c'est vers nous qu'ils déversent leurs inquiétudes, leur colère. Les façons de régler les problèmes sont différentes selon les jeunes. On peut aussi faire appel aux familles. Les parents sont importants. »

« Ce qui est important que ce soit pour une personne en crise psychiatrique ou un personne qui va mourir ce sont les partenariats avec l'équipe mobile et l'APAJH. Ils aident à prendre du recul. »

Expertise, spécificités par professionnel

ES : « Les projets personnalisés qui sont faits tous les 18 mois, on fixe des objectifs dedans ; l'éducateur est force de proposition »

IDE : « tour des gastrotomies, et l'autre fait des petits soins, collyres, percussion de vessie, etc. Méd. : on adapte les prescriptions, pansement ; Soins de trachéotomie... »

Agent de service : « Ce sont les soignants ou les parents qui gèrent la décoration de la chambre ; on ne va pas bouger un meuble ; on n'a pas notre mot à dire sur la décoration, c'est plus l'entretien. »

AS : « apporter tout le bien-être et le confort à des personnes qui sont complètement dépendantes de moi. Dès le matin, les réveiller et à avoir un premier échange avec eux. Échange verbal et tactile. »

ME : « En tant que ME, on n'est pas formées au matériel de transfert, aux toilettes et on n'a pas le même rythme que les AS. On se demande où est notre place. Pourtant j'y trouve mon compte... »

« À 7 h il y a un temps de relève avec l'équipe de nuit et l'équipe médicale, une IDE : c'est l'information sur le déroulement de la nuit ; puis dans chaque unité, lever progressif des résidents en fonction de leur rythme, distribution des médicaments par l'équipe pluridisciplinaire »

« Les résidents ne sont pas douchés tous les jours mais un jour sur deux »

« Le matin commence vers 7 h 30 pour finir vers 10 h 30, l'ES fait les mêmes activités que tout autre membre de l'équipe. »

« Deux départs n'étaient pas liés au décès, une externe qui est venue ici sur deux années, et qui a pu intégrer un autre établissement beaucoup plus adapté ; cela a été une grosse satisfaction de voir qu'elle allait vers un ailleurs... mais c'est l'exception qui confirme la règle. »

« Chaque infirmière a un groupe en référence, et on prépare les synthèses des différents résidents, pour la synthèse qui a lieu tous les 18 mois. »

« Je me soucie de leur santé, si je sais quelle est leur histoire tant mieux pour moi, mais je n'irais pas poser la question - mais j'aimerais bien savoir. Mais on l'entend dans les conversations. Je n'irais pas demander le dossier ; ce n'est pas mon rôle, chacun sa place. Ce qui rend le résident attachant : quand on arrive à communiquer avec eux ; on crée un petit lien avec eux »

« On mène un entretien avant l'admission avec le psychologue, la directrice, le médecin. Puis nous, l'équipe de l'unité. On a une réunion avec les parents, la chef de service leur pose des questions sur le quotidien : habitudes, craintes, ce qu'elle aime. Avec M., il y a un beau travail à faire. »

Pendant les synthèses, on fait le bilan du résident, du projet, les constats et on définit les axes futurs. L'ES écrit le projet qu'il a préparé en amont, je relis et ajoute la partie médicale. Il y a aussi lecture par la psychologue, l'ergo, l'IDE... Puis on rencontre les familles. On se pose toujours la question de l'adulte et souvent c'est difficile à accepter : comment les aider à entrer dans cette position d'adulte ?

« un résident qui mange beaucoup : c'est un comportement qui pose problème, on cherche à comprendre le sens. Pour M. S., on s'est aperçu qu'il y avait beaucoup de changements à domicile, dans sa vie, dans sa chambre. Il faut se demander ce qui fait repère : des objets à lui et il faut le signifier, parler avec lui de tous ces changements. »

Directeur

« Le suivi des gastrotomies ne pose pas de problème ; la trachéo est plus difficile car il n'y a pas d'IDE de nuit ; les AS peuvent éventuellement aspirer, mais ne pourraient pas accueillir une personne trachéotomisée de plus. »

« La difficulté, c'est qu'il y a beaucoup de nursing et les éducateurs en ont assez, ils veulent en sortir. »

« Le coordinateur essaie de coordonner les projets des unités, le médecin, le chef de service... »

« On ne peut focaliser la prise en charge uniquement sur le soin, ou sur l'éducateur ; la mixité est très intéressante. »

Psychologue

« Une réunion toutes les 5 semaines, à la demande de l'équipe sur un problème. Ce n'est pas de l'APP, c'est un travail sur la situation dans le concret afin d'apporter une aide au travail et proposer des outils en face. »

Cadre de santé

« Les équipes sont formées et habituées et s'appuient sur des protocoles personnalisés. Elles ont une vraie expérience sur l'épilepsie. Elles sont tellement habituées qu'elles voient la crise arriver et parfois, cela peut même l'enrayer. »

« Il y a une IDE référente par unité. Elles vont informer les personnels et sont en relation permanente avec les équipes. Elles sont chargées de la formation des AS et des AMP : il faut remettre du soin dans les compétences éducatives ! Les IDE forment sur les techniques : alimentation entérale. Tout le monde est formé aux soins palliatifs. »

« Il existe des protocoles précis et des formations sont mises en place. C'est la même chose pour les trachéotomies. »

« Je recherche l'information pendant les temps de réunion avec toutes les équipes (lingerie, ménage...) »

« Actuellement, je travaille sur le projet d'établissement et la rédaction de fiches de poste. Je travaille aussi sur les compétences des éducateurs. »

« Il y a actuellement moins de distance entre éducateur et soins. Si un cadre n'est pas dans le quotidien, il passe à côté ! »

Citations d'un même professionnel

Socle partagé

Schéma 2 – Jeunes handicapés

« Accueillent des jeunes de 12 à 18 ans, mixité, troubles du comportement et de la conduite et troubles de l'apprentissage. La majorité des personnes arrivent ici à 12 ans. Ce sont des jeunes qui sont en phobie scolaire, déscolarisés. Beaucoup ont été renvoyés de tous les établissements scolaires. L'éducation nationale est inadaptée aux jeunes *borderline*. »

« Des déficiences intellectuelles non repérées d'étiologie sociale 10 % ; limites de la pensée et troubles du développement cognitif. Et on a de plus en plus de jeunes gens qui ont des pathologies multiples : diabète, sous pompe à insuline, une myélite récente, entraînant un handicap très lourd. »

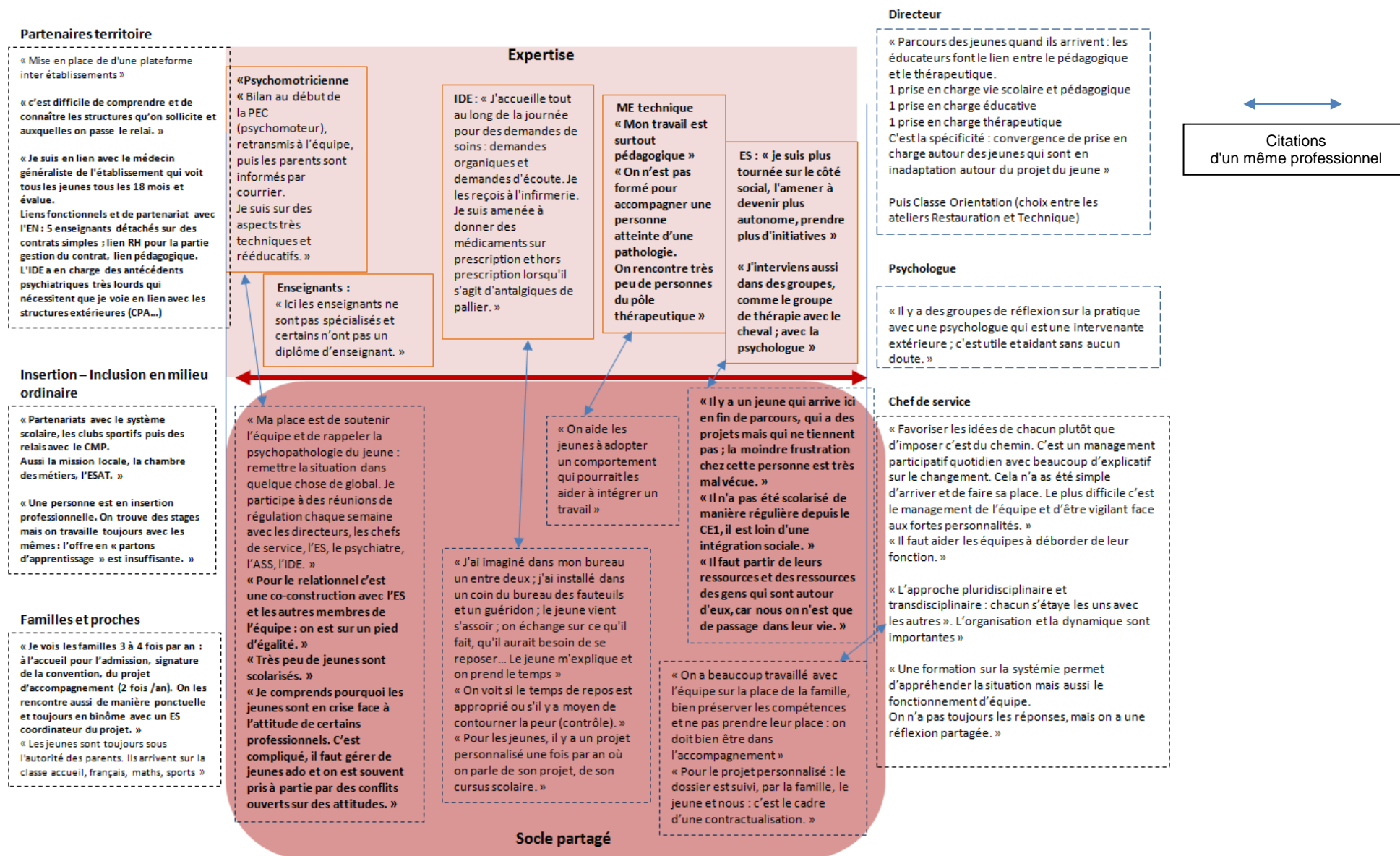


Schéma 3 – Personnes âgées

« Population accueillie : maladies Alzheimer et apparentées (syndrome frontal et autres troubles démentiels) : minimum 50 %. Les troubles cognitifs nécessitent une compétence pour pouvoir les repérer, car certains arrivent à les masquer, alors que la souffrance s'installe. Les maladies de Parkinson et ce que cela implique. Les maladies neurodégénératives pour les plus jeunes : sclérose en plaque (SEP), sclérose latérale amyotrophique (SLA) (3 à 4 de manière récurrente, qu'on accompagne jusqu'au bout). Plus rarement des handicapés moteurs. Le handicap lourd : on cible les maladies neurodégénératives évolutives : SLA, c'est un handicap qui va devenir très vite lourd, la SEP qui évolue par poussée. Ce sont des personnes dont les soins et les durées vont devoir s'adapter au fur et à mesure. On a aussi des cancers avec des tumeurs cérébrales. »

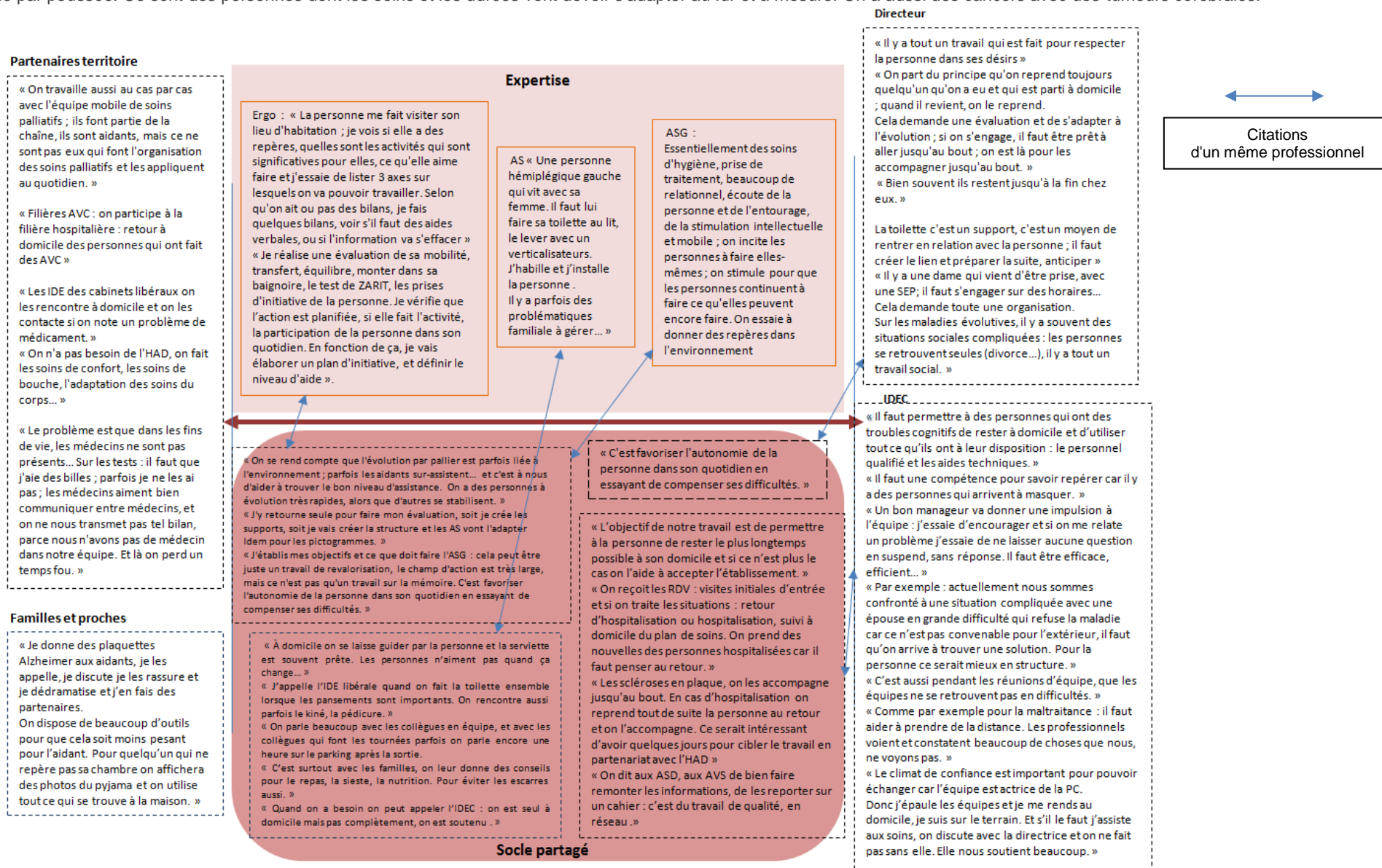
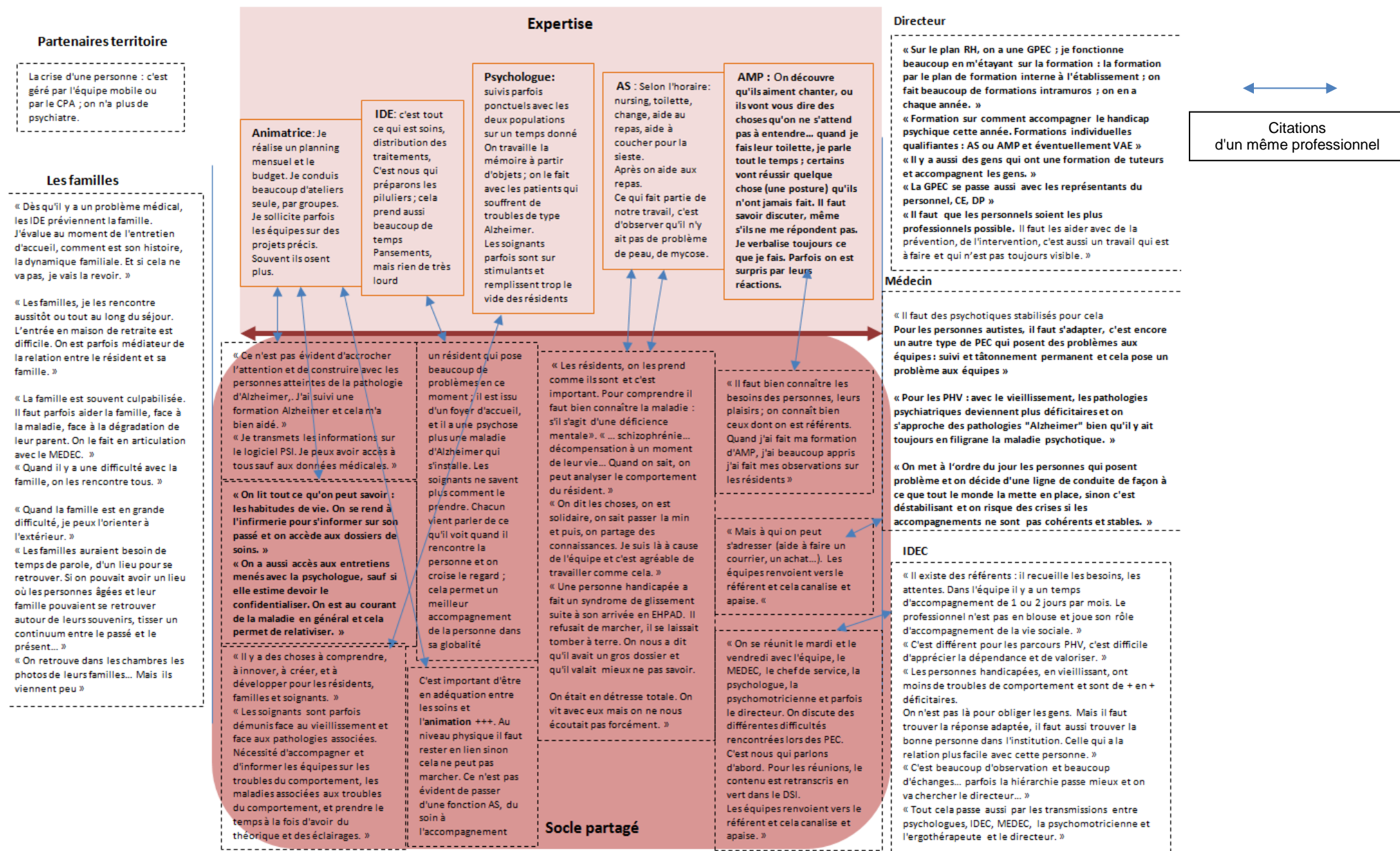


Schéma 4 – Personnes âgées

« Services accueillant des personnes handicapées vieillissantes et un deuxième accueillant des personnes âgées "classiques". Mais le nombre de personnes handicapées vieillissantes est élevé. Pour la déficience intellectuelle, il s'agit de troubles cognitifs, de mémoire, d'absence d'acquisition du langage sans qu'il y ait toujours présence de troubles du comportement. »



■ Annexe III – Compte rendu des travaux menés pour la mise en œuvre des référentiels



La direction de l'Autonomie

— Affaire suivie par :
— Christine MARTIN
— Direction de l'Autonomie
— Pôle planification de l'offre médico-sociale
— christine.martin.ars69@ars.sante.fr
— 04 27 86 57 84
—

Groupe TEST Référentiels d'activités et compétences 2016

Compte rendu des échanges

Les référentiels :

" Activités et compétences autour du parcours de vie de l'utilisateur : personnes handicapées et vieillissantes "

" Activités et compétences : encadrants de proximité dans le médico-social "

Personnes présentes (cf. groupe de relecteurs et participants au test)

Introduction de la séance : M.H. Lecenne, directrice de l'Autonomie :

Le comité consultatif RH du 10 février partage et valide le contenu des référentiel et a émis un certain nombre de remarques : l'adaptation aux besoins des usagers, les modalités de mise en œuvre et la duplicabilité sur d'autres types d'établissements, sachant que le matériau a été construit à partir d'une enquête menée sur un département. Cette réunion a pour objectif d'apporter des réponses.

Ces référentiels doivent servir aux opérateurs de la formation, initiale et continue, mais aussi aux employeurs et aux professionnels. Ils ont vocation à porter une évolution des compétences dont on aura besoin compte tenu de l'évolution de l'offre et aussi dans le cadre du prochain projet régional de santé.

Animation d'un débat autour de 4 questions

- 1- Pourquoi et comment les référentiels sont-ils une valeur ajoutée, notamment pour la formation ?
- 2- Pourquoi et comment les référentiels peuvent-ils être un levier de changement des pratiques ?
- 3- La logique promue par les référentiels correspond-elle bien aux attentes des usagers
- 4- Les référentiels sont-ils duplicables sur d'autres territoires ?

Unanimentement, les référentiels sont identifiés comme étant un levier pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

❖ **La valeur ajoutée des référentiels pour la formation est reconnue par l'ensemble des acteurs de la formation, les employeurs et les professionnels.**

La question de la transférabilité est débattue. Les représentants d'usagers soulèvent la problématique de fonctionnement en « tuyaux d'orgue », d'articulation des formations et de coordination des compétences. Le groupe s'accorde sur la nécessité de prendre appui sur les formations existantes et de ne pas tout reconstruire.

❖ **Les référentiels représentent un levier de changement pour les pratiques.**

Les référentiels doivent être un support au pilotage. La formation des encadrants est prioritaire : c'est le levier cible. Les référentiels doivent anticiper l'évolution du rôle des encadrants qui deviendront les futurs gestionnaires de cas.

Pour la mise en œuvre des référentiels, des formations-actions systémiques expérimentées *in situ*, impliquant l'ensemble des professionnels et encadrants, sont proposées. Ce type de formation pourra être modélisé et devenir un levier d'accompagnement des pratiques à partir de l'existant et selon la spécificité propre à chaque ESMS.

Une formation-action est en phase de modélisation avec le soutien d'UNIFAF.

❖ **La logique des référentiels correspond aux attentes des besoins des usagers dans cette définition des activités et compétences autour des parcours.**

Une séance de relecture par un groupe composé des usagers et des professionnels de proximité experts a permis de faire évoluer le contenu du référentiel.

❖ **Le document est duplicable sur d'autres territoires.**

Le groupe estime que le référentiel doit surtout aborder la question de la duplicabilité dans d'autres fonctions (hors les murs), notamment par l'identification des compétences « nomades » car les professionnels seront amenés à se déplacer de plus en plus auprès de l'utilisateur et des aidants.

Le contenu du référentiel a également évolué en repensant plus particulièrement le maintien et l'inclusion en milieu ordinaire, la désinstitutionnalisation, dans une vision prospective. Le référentiel a été testé par 2 professionnels d'équipe mobile gériatrique et d'accompagnement pour adulte.



Bibliographie

Fadéla Amara, Danièle Jourdain-Menninger, Myriam Mesclon-Ravaud, Gilles Lecoq (Mission IGAS), *La prise en charge du handicap psychique*, Rapport, Tome II, 2011.

Sandrine Amare, *La coopération entre les enseignants et les éducateurs spécialisés : une culture en commun pour la scolarisation des enfants en situation de handicap*, Thèse de doctorat, 2014.

Jean-Pierre Aquino, Patrick Gohet, Céline Mounier, *Anticiper pour une autonomie préservée*, Rapport, 2013.

Chris Argyers, *Savoir pour agir : Surmonter les obstacles à l'apprentissage organisationnel*, Dunod, 2003.

Annie Bartoli, Olivier Keramidas, Fabrine Larat, Bachir Mazouz, *Vers un management public éthique et performant*, in *Revue française d'administration publique*, vol. 140, n° 4, p. 629, 2011.

Brigitte Bourguignon, *Reconnaître et valoriser le travail social*, mission de concertation aux états généraux du travail social, rapport, 2015.

Vincent Cristallini, *L'habileté managériale, réalisme du courage en management*, EMS, 2009.

Marie-France Custos-Lucidi, *Les métiers du lien à l'épreuve des mutations du lien social : l'exemple de la mise en œuvre de la démarche qualité*, De Boeck Supérieur, *Pensée plurielle*, n° 18, p. 93 - 93, 2008.

Éric Delavallée, *Le métier de manager : de l'expérience à la compétence*, *L'expansion Management Review*, n° 138, p.120 - 130, 2010.

Alain Depaulis, *Travailler ensemble, un défi pour le médicosocial, Complexité et altérité*, Collection Empan, ERES, 2013.

Marie-Sophie Desaulle, *Une réponse accompagnée pour tous*, Feuille de route, décembre 2014.
<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/handicap-une-reponse-accompagnee-pour-tous/les-plans-d-actions/>

Chantal De Singly, *Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé*, Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS), Rapport, 2014.

Amina Ettorchi-Tardy, Marie Levif, Philippe Michel, *Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé*, in *Pratiques et Organisation des Soins*, vol.42, p.35-36, 2011.

Marie-Josée Fleury, Guy Grenier, *Parcours en milieu ordinaire de jeunes avec un handicap mental ou psychique*, in S.F.S.P, *Santé Publique*, Vol. 25, p. 453-463, 2013.

Pascal Jacob, Adrien Jousserandot, *Un droit citoyen pour la personne handicapée, Un parcours de soins et de santé sans rupture d'accompagnement*, Rapport, 2013.

Guy Le Boterf, *Développer les compétences des professionnels – Construire des parcours de navigation professionnelle*, Éditions d'Organisation, 4^e édition, 2003.

Guy Le Boterf, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Éditions d'Organisation, 2004.

Gérard Malglaive, *Enseigner à des adultes*, Éducation et Formation, PUF, 2005.

Francis Minet, *L'analyse de l'activité et la formation des compétences*, Éducation et formation, L'Harmattan, 1995.

Henry Mintzberg, *Structures et dynamique des organisations*, Éditions d'Organisation, 1982.

Denis Piveteau, *Zéro sans solution : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches*, rapport, 2014.

Bruno Morchetti, *La pédagogie au service du management*, Le monde économique, le journal des décideurs, 29 janvier 2016.

Philippe Perrenoud, *La Pratique réflexive au développement de l'Habitus*, Revue Recherche et formation, n° 36, p. 131-162, 2000.

Pascale Roussel, Gaëlle Giordano, Marie Cuenot, *De la difficulté d'estimer le handicap psychique dans une enquête en population générale, l'exemple de l'enquête "Handicap-Santé"*, Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 11, 15 avril 2014.

ALCIMED, *Adaptation des organisations médico-sociales aux enjeux des troubles de comportement sévères*, Document préparé pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 2012.

L'ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques :*

- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées*, 2008
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, 2010
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile*, 2014
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé*, 2008
- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes*, 2015
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1), L'expression, la communication, la participation, et la citoyenneté*, 2013
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3), Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement*, 2014
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée*, 2013,
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement*, 2014
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*, 2011
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4) - L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*, 2012
- *L'accompagnement des personnes atteinte d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement*, 2009

ANESM–HAS

- *Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent*, 2012
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement*, 2010

HAS

- Plan personnalisé de santé (PPS) PAERPA, 2015

Plan d'action interministériel en faveur du Travail Social et du développement social, site du Ministère des affaires sociales et de la santé, <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/travail-social/article/plan-d-action-interministeriel-en-faveur-du-travail-social-et-du-developpement>

Dispositif PAERPA, site du Ministère des affaires sociales et de la santé, <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Faciliter le parcours des personnes âgées : les projets-pilotes PAERPA (enjeux et objectifs) 2014, http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf

Outils : La coordination entre professionnels autour de la personne âgée; Les systèmes d'information autour de la personne âgée ; La formation labellisée

Plan d'actions ressources humaines 2014-2017 - Développement de l'attractivité des métiers de l'autonomie, site de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes, http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_hand_grand_age/Rapport_attractivite_des_emplois_perte_autonomie_2014/20150630_plan_d_action_RH_final.pdf



Comité consultatif : plan d'actions ressources humaines (2014-2017)

Prénom et nom	Institutions représentées
Marie-Hélène Lecenne	ARS
Catherine Gini	ARS
Christine Martin	ARS
Françoise Tholly	ARS
Fabienne Chambe	ARS
Nelly Sansberro	ARS
Karyn Lecomte	ARS
Isabelle Jourdan-Campigli	DIRECCTE
Astrid Lesbros-Alquier	DRJSCS
Nelly Jousset-Antiphon	DGCS
Catherine Gorce	CRRA
Claire Lamy	PRAO
Isabelle Carru-Rouch	PRAO
Boris François	PRAO
Chantal Cornier	UNAFORIS
Arlette Durual	UNAFORIS
Bernard Lemaignan	UNAFORIS
Marie-Dominique Leroy	ARAFDES
Charles Dadon	FHF
Yvan Gillet	FHF
Philippe Mortel	OVE
Jean-Claude Soubra	Représentant des usagers
Jacques Marescaux	Président de la Coordination Santé Mentale France
Karine Vahramian	CEFIEC
Marie-France Huguet	CEFIEC
Sandrine Colpo	OMERIS
Patricia Arnaud	OMERIS
Kostas Grigouras	ACPPA

Cécile Fouillet	ADAPEI Loire
Stéphanie Herblot	ACTALIANS
Gilles Domitile	SYNERPA
Olivier Debruyne	SYNERPA
Laurence Baray	SYNERPA
Daniel Rossi	UNIFAF
Christiane Large	UNIFAF
Nelly Kong	UNIFAF
François Charmetant	UNIFAF
Bernard Cache	UNIFAF
Laure Odille	CNFPT
Marie-Noëlle Bougère	ANFH
Elodie Villain	ANFH
Evelyne Desbrosses	ANFH



Relecteurs et participants au test

Brun Christian (CRSA, président de la commission des droits des usagers vice-président de la CRSA Rhône-Alpes)

Burlat Philippe (ARS, médecin inspecteur)

Chambert Elisabeth (Présidente de la CRSA, représentant des usagers,)

Cornier Chantal (UNAFORIS, directrice IRTS)

Dadol Jean-Claude (CRSA, directeur général ACPA)

Font Valérie (ARS, inspecteur des affaires sanitaires et sociales, chargée du handicap)

Franck Nicolas (Psychiatre, PU-PH, centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive)

Labbe Mélanie (UGECAM, responsable ressources humaines)

Lecenne Marie-Hélène (ARS, directrice de l'autonomie)

Leroy Marie-Véronique (ARAFDES, directrice du développement)

Mazard Delphine (Equipe mobile gériatrique, IDE)

Mortel Philippe (Fondation OVE, directeur général adjoint)

Roquel Betty (ARS, médecin gériatre)

Sérillon Christelle (CRSA, animatrice)

Storm Valérie (Equipe mobile accompagnement adultes autistes, éducatrice spécialisée)

Vahramian Karine (CEFIEC, directrice d'IFSI et d'IFAS)

Ynesta Sylvie (ARS, médecin inspecteur, référente santé mentale)



Glossaire

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

AS : Aide-soignant

CNSA : Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie

CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ES : Éducateur spécialisé

ESA : Équipe spécialisée Alzheimer

ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'État

IEM : Institut d'éducation motrice

IME : Institut médico-éducatif

ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique

MAS : Maison d'accueil spécialisée

ME : Moniteur éducateur

OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour personnes adultes handicapées

SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile

SSIAD : Services de soins infirmiers à domicile

Facile à lire et à comprendre (FALC)

Les pages suivantes ont été rédigées par un ESAT avec l'appui de l'Union régionale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales (URAPEI).





Comment utiliser ce référentiel ?

Ce référentiel réunit des activités et des compétences. Il a été écrit à partir des résultats d'une enquête réalisée auprès de professionnels d'établissements et services du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il réunit les compétences que les professionnels doivent posséder pour bien accompagner les personnes à chaque étape de leur vie.

Ce référentiel donne des repères à tous ceux qui interviennent dans l'accompagnement des personnes, comme :

- les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les dirigeants ;
- les cadres ;
- les professionnels ;
- les organismes de formation ;
- les formateurs ;
- les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA) qui financent les formations ;
- les acteurs institutionnels, qui sont des services de l'État.

Ce référentiel a pour objectif de faciliter la mise en place d'actions pour :

- la qualité des services ;
- le lien entre les interventions ;
- l'évolution des pratiques professionnelles.

Il participe à la mise en place des conseils de :

- l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ;
- la Haute autorité de santé (HAS).

Ce référentiel est aussi un outil pour les gestionnaires d'établissements et les autorités qui fixent les tarifs des prestations.

Il répond donc à plusieurs objectifs :

- faire le bilan de l'évolution des activités de soins et d'accompagnement pour connaître les besoins en compétences des professionnels ;
- connaître l'évolution des publics accueillis et leurs besoins ;
- aider à évaluer les activités et les compétences nécessaires pour adapter les formations continues et permettre aux professionnels de s'adapter ;
- aider les professionnels à associer leurs différentes compétences ;
- participer à l'accompagnement des professionnels face aux changements des pratiques professionnelles ;
- mettre en valeur les métiers du secteur de la perte d'autonomie, du social et médico-social ;
- donner du sens aux actions mises en place dans le cadre des politiques publiques.

Ce référentiel doit être transmis à tous car il a pour objectif d'être une aide pour adapter les activités et les compétences pour bien accompagner les personnes.

En revanche, il ne remplace pas les plans de formations des établissements qui correspondent aux besoins des personnes accueillies. Il est complémentaire. Les professionnels des établissements et les formateurs peuvent utiliser ce référentiel et y ajouter leurs connaissances pour l'adapter à leur secteur d'activité.

Quelques explications pour commencer...

Dans son projet régional de santé 2012-2017, l'Agence régionale de santé (ARS) explique les actions qu'elle va mettre en place pour adapter les établissements et les pratiques professionnelles à l'évolution des publics accompagnés. Les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées changent et il est nécessaire de s'adapter.

Ce référentiel correspond aux changements pour « l'adaptation de la société au vieillissement » et la « modernisation de notre système de santé » autour des parcours de santé et de vie des personnes.

Ce référentiel a aussi pour objectif de faciliter la mise en œuvre :

- du projet mené par Marie-Sophie Desaulle pour « une réponse accompagnée pour tous » ;
- des plans nationaux, comme les plans Alzheimer, autisme, santé mentale, maladies neurodégénératives, etc. ;
- des recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les professionnels ont demandé cette étude. L'objectif de celle-ci est de mieux connaître l'évolution des publics accompagnés pour permettre aux professionnels de s'adapter et d'acquérir les compétences nécessaires pour bien accompagner ces personnes.

Pour répondre aux questions posées dans le cahier des charges, une équipe de 6 professionnels expérimentés de différents domaines a mené une enquête dans le département de l'Ain.

L'enquête a concerné le travail décrit par les personnes et les organisations mises en place en miroir.

L'équipe de 6 professionnels a rassemblé des témoignages et des expériences de dirigeants, d'encadrants et des équipes de professionnels qui donnent des informations sur :

- les activités ;
- les organisations ;
- les pratiques sur le terrain.

L'enquête a été réalisée auprès de différents établissements et services médico-sociaux et auprès de professionnels de toutes les catégories qui sont représentatifs du domaine médico-social en Rhône-Alpes. Ils ont ainsi une vision générale de ce qui se fait dans la région.

Ces informations ont permis d'écrire 2 référentiels :

- le référentiel d'activités et de compétences partagées autour du parcours de santé et de vie de la personne ;
- le référentiel qui présente le profil de l'encadrant dans le secteur médico-social.

Au total, l'enquête a été réalisée :

- dans 16 établissements du secteur des personnes âgées et des personnes handicapées ;
- auprès de 102 professionnels de toutes les catégories et auprès de personnes accompagnées.

Ces personnes ont répondu à des questions sur :

- leur travail au quotidien ;
- la formation ;
- la connaissance et les pratiques professionnelles sur les handicaps psychiques et lourds ;

- l'organisation du travail ;
- leur vision de la crise, leur gestion et le suivi de la situation de crise.

Ce référentiel a été relu par :

- des représentants des personnes accompagnées ;
- des experts de la formation ;
- des professionnels ;
- des représentants de la commission spécialisée médico-social de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).

Le contenu des activités et compétences a évolué grâce :

- au groupe de personnes chargées de suivre le développement du plan d'actions ressources humaines 2014-2017 ;
- au groupe de travail composé de professionnels de différents domaines qui testent la mise en œuvre de ce référentiel.

Vous trouverez un compte rendu des travaux avec ce référentiel.

Le référentiel est le résultat d'une analyse qui a comparé :

- les représentations que chaque professionnel a de son travail ;
- les pratiques des professionnels ;
- et l'organisation des activités dans les établissements et à l'extérieur.

La liste des activités proposées concerne les activités réussies et efficaces qui répondent de façon adaptée aux besoins des personnes accompagnées. Il s'agit de montrer ce qui peut être fait. C'est un repère qui peut permettre aux établissements de s'améliorer.

L'équipe d'experts a choisi de présenter quelques sujets :

- qui permettent de mieux comprendre le contexte ;
- qui apportent des idées pour faire évoluer les pratiques professionnelles.

La première partie de ce document rappelle les enjeux du secteur et la deuxième partie donne des précisions sur le déroulement de l'enquête. Les 2 dernières parties présentent :

- les résultats de l'enquête, ce qui donne des informations sur les problématiques qui existent ;
- le référentiel d'activités et de compétences.

Socle commun d'activités et de compétences : Comment reconnaître les activités-socle ?

Les pages qui suivent donnent les résultats de l'enquête sur les activités. On trouve 3 grands domaines d'activités qui montrent les spécificités des services du secteur médico-social. Les 3 domaines d'activités sont présentés sous forme de carte et sont ensuite détaillés dans des tableaux.

Chaque grand domaine est composé d'un socle d'activités et sous-activités. Tous les accompagnements proposés dans les établissements et sur le territoire se trouvent dans ce socle d'activités et sous-activités.

Ces accompagnements sont réalisés par des professionnels qualifiés en fonction des besoins des personnes accompagnées.

Les grands domaines d'activités autour du parcours de la personne accompagnée :

L'objectif principal des professionnels est d'accompagner la personne tout au long de son parcours dans l'établissement en fonction de ses capacités, pour lui garantir ses droits et une bonne qualité de vie.

Les 3 grands domaines d'activités sont :

1. Participer à l'accueil de la personne, en relation avec ses proches

Cette étape de l'accueil est importante. Il s'agit de proposer un accompagnement adapté pour permettre à la personne de trouver sa place dans ce nouvel établissement. Pour proposer un accompagnement de qualité, les professionnels doivent bien connaître la situation personnelle de la personne et proposer des objectifs adaptés. Cette étape n'est pas limitée dans le temps. Les professionnels doivent prendre le temps nécessaire pour observer, adapter, découvrir...

2. Participer à la continuité de la prise en charge de la personne dans l'établissement et en dehors pour éviter les coupures dans son parcours de vie

Des activités sont mises en place pour préparer les différentes étapes du parcours de vie de la personne, par exemple : insertion scolaire, sortie de l'établissement, entrée dans un autre établissement, fin de vie... Ces activités permettent à la personne d'avoir peut-être un travail plus tard et permettent aussi d'éviter une coupure dans son parcours de vie.

3. Accompagner la personne en prenant en compte les domaines de la santé et de la vie sociale

Cela regroupe toutes les prestations d'accompagnement qui correspondent aux besoins de la personne. Les proches ont un rôle important dans cet accompagnement lié à la santé et à la vie sociale. Cette partie présente aussi la gestion des situations de crise qui peuvent apporter beaucoup de difficultés.

Voici le détail de ces 3 grands domaines d'activités :

1. *Participer à l'accueil de la personne, en relation avec ses proches*

Prendre connaissance de la personne et de son dossier, avec l'aide de la structure d'accueil précédente ou avec l'aide de la famille :

- Prendre connaissance du dossier et des besoins de la personne, c'est-à-dire connaître sa maladie, son handicap, ses capacités, son niveau d'autonomie, son passé, son projet de vie...
- Récolter des informations auprès des équipes, des services et des professionnels qui ont accompagné la personne dans le passé ou qui accompagnent encore la personne.
- Rencontrer la personne seule ou avec sa famille, si elle est d'accord, pour connaître ses besoins et ses attentes.
- Prendre en compte la situation de la personne, c'est-à-dire sa situation familiale et son entourage, son lieu de vie, son environnement social et culturel...
- Bien comprendre le type d'accompagnement que la personne souhaite et qui correspond à ses besoins pour connaître les objectifs de soin ou d'accompagnement.
- Pendant la période d'accueil de la personne, s'assurer que son dossier corresponde bien à la réalité.
- Partager avec les autres professionnels de l'équipe ce qui a été observé, remarqué et évalué, dans le respect des obligations de la loi santé du 26 mai 2016, sur le partage de l'information médicale
- Repérer les aides souhaitables et nécessaires pour bien accompagner la personne. Ces aides peuvent être des aides techniques, matérielles et humaines.
- Réfléchir aux objectifs du projet de vie de la personne en fonction de ce qu'elle souhaite et de ses capacités.
- Connaître les capacités de la personne pour proposer un projet d'accompagnement adapté.

Participer à la préparation du projet personnalisé :

- En tant que référent, prendre en charge l'écriture et le suivi du projet personnalisé qui a été préparé avec la personne accompagnée.
- Parler avec la personne ou ses proches de ses souhaits, ses projets, ses capacités et réfléchir à comment les mettre en œuvre ; pour cela, il faut prendre en compte les contraintes de l'établissement.
- Vérifier que les souhaits de la personne sont réalisables et aider la personne à réussir ces projets ; pour cela, il peut être intéressant de faire appel à des partenaires extérieurs.
- Travailler avec l'ensemble des professionnels pour organiser l'accompagnement au mieux et organiser le suivi et l'évaluation de l'accompagnement.

- S'assurer que la personne accompagnée et son représentant légal sont d'accord avec tous les éléments du projet personnalisé.
- Prendre en compte les sujets qui concernent la personne accompagnée : par exemple, la capacité à apprendre et à travailler, la vie affective et sexuelle, la fin de vie...

Participer à la phase d'accueil de la personne en établissement ou service :

- Aider la personne à trouver ses repères dans l'établissement et parmi les professionnels et les autres personnes accueillies.
- Faciliter et encourager les rencontres entre les personnes, si elles en ont envie.
- Aider la personne à défendre ses droits et à avoir accès aux mêmes droits que tout le monde.
- Aider la personne à avoir un accompagnement durable et sans coupure ; pour cela, il est nécessaire de prévoir les difficultés que la personne peut avoir tout au long de son parcours de vie et de proposer des actions pour faire face à ces difficultés.

Connaître les points forts et les difficultés de la personne dès l'entrée dans l'établissement pour proposer un projet d'accompagnement le plus adapté possible

- Connaître les capacités de la personne à participer et à être d'accord avec l'accompagnement proposé.
- Connaître la capacité de la famille, des proches, des aidants et des représentants à participer au projet de la personne et à accompagner la personne dans la réussite de son projet.
- Connaître les capacités de la personne à préparer, mettre en place et évaluer les accompagnements proposés.
- Connaître les moyens de l'établissement qui permettent de répondre aux besoins des personnes et savoir de quels moyens l'établissement manque.
- Connaître les moyens qui existent en dehors de l'établissement et qui pourraient être utilisés pour l'accompagnement de la personne ; connaître les moyens manquants.
- Connaître les capacités et les difficultés des proches à aider à la préparation, la mise en place et l'évaluation des accompagnements proposés.
- Connaître les objectifs de soin et la charge que ces soins représentent.
- Ajouter les soins dans le projet d'accompagnement.

2. *Participer à la continuité de la prise en charge de la personne dans l'établissement et en dehors pour éviter les coupures dans son parcours de vie*

Prévoir les moments importants dans le parcours de vie de la personne :

- Repérer et prévenir les moments importants dans le parcours de la personne et surtout les moments qui vont avoir pour conséquence un changement dans l'accompagnement.
- Aider la personne à garder un lien avec l'extérieur, en dehors de l'établissement, si c'est possible.
- Revoir régulièrement le projet de vie avec la personne et faire des changements si besoin.
- Accompagner et préparer la personne aux différentes étapes de sa vie, comme l'adolescence, le vieillissement...
- Faire attention aux événements de la vie qui peuvent fragiliser la personne et sa famille ; agir pour aider la personne à faire face à ces difficultés.
- Réfléchir avec la personne à un nouveau projet d'accompagnement si c'est nécessaire.
- Accompagner et aider la personne à penser à son avenir ; par exemple : être scolarisée, se former en fonction de ses capacités, trouver un travail...

Accompagner la personne dans les moments importants de son parcours, comme une entrée en établissement, un nouveau travail :

- Rechercher et proposer des solutions adaptées à l'évolution des besoins et des capacités de la personne et participer à la mise en place et à l'évaluation de ces solutions.
- Proposer à la personne d'autres types d'accueil et d'accompagnement, dans d'autres établissements et services.
- Réfléchir avec la personne et ses proches aux situations d'insertion scolaire et professionnelle.
- Communiquer avec les structures qui accueillent la personne, comme une école, une entreprise..., si la personne est d'accord.
- Accompagner la personne en fonction de ses besoins lorsqu'elle attend la mise en place de son nouveau projet et qu'elle est dans l'attente d'un changement d'établissement, par exemple.

Travailler avec la famille et les proches de la personne sur l'évolution de l'accompagnement proposé

- Présenter les possibilités d'évolution de l'accompagnement.
- Travailler avec les familles sur la façon de changer l'accompagnement.
- Prévoir et faire appel à des aides extérieures à l'établissement, si c'est nécessaire.

- Faire le lien entre les intervenants dans les nouvelles propositions d'accompagnement, par exemple entre l'établissement et le service d'aide à domicile.

Travailler avec les professionnels d'autres domaines, comme l'autisme, l'hygiène, les soins de fin de vie, l'enseignement et l'éducation, la psychiatrie, etc.

- Connaître les besoins de la personne en accompagnements spécifiques.
- Participer à un accompagnement spécifique.
- S'appuyer sur les professionnels qui ont des compétences dans ces domaines spécifiques, dans l'établissement ou à l'extérieur.
- Communiquer avec les professionnels concernés, sur le territoire.
- Ajouter l'accompagnement de la fin de vie dans le projet personnalisé de la personne.
- Participer à la bonne organisation du travail et à la logique des interventions des professionnels les unes par rapport aux autres, pour un accompagnement de qualité.
- S'informer, auprès des professionnels spécialisés, sur les nouvelles connaissances au sujet des maladies des personnes accueillies.

3. *Accompagner la personne en prenant en compte les domaines de la santé et de la vie sociale*

Accompagner et aider la personne dans les gestes du quotidien

- Proposer et réaliser les soins d'hygiène du corps adaptés aux besoins de la personne, en fonction de son autonomie et de ses difficultés.
- Avoir les bons gestes et faire les bons mouvements pour prendre soin de la personne du mieux possible.
- Accompagner la prise du repas, en prenant en compte les besoins de la personne et son autonomie.
- Vérifier que la personne a une alimentation adaptée à ses besoins, pour éviter la dénutrition, la prise du poids, le manque d'eau...
- Aider la personne à s'habiller et se déshabiller.
- Mettre à disposition de la personne le matériel nécessaire pour l'aider à se déplacer, comme un déambulateur par exemple.
- Connaître le niveau d'autonomie de la personne et aider la personne à avoir plus d'autonomie si c'est possible ou à rester autonome.
- Soigner l'image de la personne, en fonction de sa demande.

Aider la personne à trouver sa place dans la société et à bien vivre avec les autres

- Aider la personne à avoir une vie sociale, au contact d'autres personnes.
- Aider la personne à exercer ses droits de citoyen, par exemple en allant voter.
- Accompagner la personne dans ses démarches administratives, ses achats et ses activités culturelles, sportives, sociales, de loisirs...
- Proposer et animer des activités pour permettre à la personne d'apprendre, de découvrir ou redécouvrir une activité professionnelle ou une activité de loisir, etc.
- Proposer des activités qui ont un sens les unes par rapport aux autres et qui correspondent au projet personnalisé de la personne.

Accompagner la personne dans son parcours de santé

- Réaliser les soins nécessaires pour la santé physique et mentale de la personne.
- Accompagner la personne lors des visites médicales et pendant les examens médicaux nécessaires, et informer les autres professionnels de l'établissement dans le respect du secret médical.
- Faire appel aux partenaires de santé à proximité, comme les médecins à domicile, les services d'aide à domicile, les bénévoles...
- Développer des relations avec les médecins de ville et les autres professionnels de santé.
- Participer à l'organisation et aux échanges entre les professionnels de santé et les services sociaux qui interviennent auprès de la personne.

Prévoir, essayer d'empêcher et gérer les situations de crise

- Rechercher entre professionnels les causes qui ont déclenché ou qui peuvent déclencher des crises et savoir comment gérer les crises futures.
- Mettre en place des règles à suivre pour éviter les crises.
- Repérer les comportements et les pratiques professionnelles qui aident à éviter les crises, mettre en place et utiliser ces méthodes.
- Repérer et signaler tous les comportements inhabituels qui peuvent être le signe de l'arrivée d'une crise.
- Connaître les risques de passage à l'acte.
- Prendre les mesures nécessaires pour éviter la crise.
- Respecter les règles professionnelles et les décisions prises en équipe.
- Gérer la crise en fonction de sa gravité et en fonction de la capacité du professionnel à gérer cette crise. En cas de besoin, faire appel à d'autres professionnels.

- Prévoir les risques de violence physique et verbale pour le bien-être de la personne elle-même et de toutes les autres personnes.
- Se protéger de la violence physique et verbale.

Faire participer la famille au projet d'accompagnement, si la personne ou son représentant le souhaite

- Informer la famille sur les capacités et les difficultés de la personne, en respectant la réglementation et quand tous les professionnels sont d'accord.
- Repérer les aidants familiaux qui peuvent être une aide dans l'accompagnement de la personne.
- Participer à l'information et à la formation des aidants pour accompagner la personne du mieux possible.
- Repérer les risques de grande fatigue des proches qui aident la personne et donner aux proches les informations sur les aides qui existent pour leur permettre d'avoir des temps de repos.
- Repérer les situations de conflit entre les proches de la personne et aider à trouver une solution pour le bien de la personne.
- Repérer les situations de conflit entre la famille et les professionnels au sujet de l'accompagnement de la personne.

Compétences demandées pour le socle d'activités

Selon Gérard Malglaive, enseignant-chercheur en Sciences de l'éducation, il existe 4 types de savoirs : le savoir théorique, le savoir procédural, le savoir pratique et le savoir-faire. Ces 4 savoirs évoluent, se transforment et s'enrichissent les uns les autres. Par exemple :

- un savoir-faire peut se transformer en savoir procédural ; le savoir procédural décompose une action en plusieurs étapes à respecter.
- Un savoir pratique, c'est-à-dire l'expérience que nous avons, peut se transformer en savoir procédural qui peut être transmis et expliqué à tous.

Les 3 premiers savoirs donnent les éléments de connaissance du réel :

Le savoir théorique :

Ce sont les connaissances, le « savoir ». Le savoir théorique permet de comprendre la réalité. Ce savoir est une base très importante pour les savoirs qui régissent l'action, que l'on appelle les savoirs procéduraux.

Le savoir procédural :

Ce sont les procédures, les techniques et les méthodes. Le savoir procédural regroupe l'ensemble des procédures qui permettent l'action. Le savoir procédural est un ensemble de règles qu'il faut respecter pour réaliser une action précise.

Le savoir pratique :

C'est l'expérience. C'est un savoir acquis grâce à la pratique. Avec le temps et l'expérience, une personne a un savoir pratique.

Dans les années 1960, les ouvriers spécialisés se sont révoltés et ont lutté pour une reconnaissance de leur « savoir ouvrier ». Ce savoir pratique est beaucoup moins structuré que le savoir théorique et le savoir procédural. Le savoir pratique représente l'efficacité d'une action.

Le savoir-faire concerne l'action.

C'est le savoir que nous connaissons le mieux. Il s'agit souvent d'un savoir procédural automatisé : le savoir-faire est l'ensemble des gestes d'une pratique. Les anglo-saxons appellent ces savoir-faire les « skills ». Ce mot peut être traduit par « habiletés » : cela signifie la possibilité de réaliser des actions avec précision et soin.

De la compétence au talent :

La capacité à acquérir des savoirs et à utiliser ses compétences dépend de chaque professionnel.

Cela dépend de son histoire, de son expérience et de sa créativité. Ces talents sont précieux dans les équipes et dans les structures.

Pour terminer...

Dans un contexte de grande évolution des publics accueillis, l'objectif de cette étude était de créer un référentiel d'activités et de compétences.

Ce référentiel n'est pas un simple document qui présente les besoins en compétences et en formation des professionnels face aux différentes maladies rencontrées dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

La méthode utilisée pour créer ce référentiel a permis d'étudier de plus près les pratiques professionnelles et les organisations des établissements sociaux et médico-sociaux par rapport aux publics accompagnés.

Les publics accompagnés sont aujourd'hui composés de personnes qui ont :

- des maladies et des handicaps très différents ;
- plusieurs maladies en même temps ;
- des troubles mentaux ;
- plusieurs handicaps lourds qui les empêchent de réaliser les actions de base.

Cette étude a permis de créer un socle d'activités et de compétences pour l'ensemble des professionnels qui accompagnent des personnes.

Ce document montre que les professionnels de différents domaines travaillent ensemble pour accompagner au mieux la personne tout au long de son parcours dans l'établissement.

Ce référentiel doit être un support important pour les établissements parce qu'il présente la base d'une organisation qui replace la personne accompagnée au centre de tout et qui s'appuie sur la collaboration des différents professionnels. Ce référentiel est généraliste et il faut bien sûr l'adapter en fonction du type de personnes accompagnées.

Ce référentiel est utile pour préparer le projet d'établissement et pour proposer une organisation dans laquelle la personne accompagnée est au centre.

Le modèle d'accompagnement de la personne évolue. Ce nouveau modèle est soutenu par les réformes.

Il répond aux attentes et aux besoins des personnes accompagnées qui défendent leurs droits à la citoyenneté. Elles veulent être des citoyens à part entière. L'objectif est donc de développer :

- le maintien ou l'entrée en milieu ordinaire ;
- le maintien à domicile plutôt qu'en établissement social ou médico-social.

Cette étude montre que les professionnels ont besoin d'être accompagnés pour faire face à l'évolution de leurs pratiques professionnelles. Elle montre aussi que les directeurs et les encadrants doivent adapter les activités et utiliser les compétences des professionnels même si celles-ci ne correspondent pas directement à leurs métiers. Bien sûr, cela doit être fait dans le respect de la réglementation.

L'objectif est de proposer un accompagnement efficace et adapté aux capacités et aux difficultés des personnes.



Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes
241 rue Garibaldi
69418 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 34 74 00