

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

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

*Référentiel
pour votre pratique*

Version 2

Remerciements :

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et l'Opérateur de compétences (OPCO) Santé tiennent à témoigner de leur reconnaissance aux professionnels qui ont accepté de participer avec enthousiasme à l'expérimentation-test qui a permis l'aboutissement de ce travail collectif.

CAMPS APS St-Étienne, Loire
EHPAD Le Parc, Ternay, Rhône
EHPAD Vilanova, Corbas, Rhône
ESAT ITHAC, St-Étienne, Loire
ESAT les Ateliers GIER, La Grand-Croix, Loire
ESAT Pepith, Saint Jean Bonnefonds, Loire
IME de Theix, Theix, Puy-de-Dôme
IME du Parc Revollier, St Etienne, Loire
ITEP Antoine Chevrier, Lyon, Rhône
ITEP Institut Elise River, Lyon, Rhône

ITEP La Bergerie, Ouroux, Rhône
ITEP La Pavière, Mornant, Rhône
ITEP Les Eaux vives, Grigny, Rhône
ITEP-SESSAD Le Phénix, Roanne, Loire
ITEP-SESSAD Rocheclaine, St-Etienne, Loire
MAS Jardins d'Asphodèles Mably, Rhône
SESSAD du Cézailler, Theix, Puy-de-Dôme
SESSAD Victor Duruy, Theix, Puy-de-Dôme
SSIAD Le parc, Lyon, Rhône

Le référentiel initial repose entièrement sur une étude complète publiée en 2016 et réalisée avec l'appui de l'expertise d'Annick Penso.

Ce référentiel actualisé a été co-piloté par l'ARS et l'OPCO Santé Auvergne-Rhône-Alpes et réalisé par ALCIMED et l'IRUP.

Charte d'utilisation

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

La version de ce référentiel testée et actualisée

contribue à la mise en œuvre des réformes et des recommandations de bonnes pratiques. Les sujets de l'inclusion, des droits des usagers et de leur pouvoir d'agir sont particulièrement renforcés dans ce document.

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

Le référentiel a pour finalité de poser des repères pour les établissements et services médico-sociaux (ESMS), les usagers, les dirigeants, les cadres, les professionnels, les organismes de formation, les formateurs, les opérateurs de compétences et tous les acteurs institutionnels.

Il a vocation à faciliter la mise en œuvre de prestations pour la qualité des accompagnements, l'articulation des interventions et l'adaptation des pratiques professionnelles.

Il est aussi un support managérial souple et ajustable pour les gestionnaires et encadrants des structures et les autorités de tarification.

Dans cette logique, il répond à plusieurs objectifs :

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

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

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

Table des matières

CHARTRE D'UTILISATION	4
LA DÉMARCHE D'EXPÉRIMENTATION	6
SOCLE COMMUN D'ACTIVITÉS ET DE COMPÉTENCES	7
Identification des activités-socle	7
Tableaux I - Détail des activités autour du parcours de l'utilisateur	9
Compétences requises pour le socle d'activités	16
Tableaux II – Compétences pour mener les activités	18

La démarche d'expérimentation

Le référentiel « Activités et compétences autour du parcours de vie de l'usager : personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes souffrant de maladies chroniques »¹ s'inscrit dans la continuité d'une démarche d'accompagnement des pratiques professionnelles globale dans le cadre du Schéma régional de santé² (2018-2023) piloté par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

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

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

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

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

Deux cabinets conseil experts (IRUP et ALCIMED)³ ont été sélectionnés pour conduire l'expérimentation auprès de 20 structures, dont 10 Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP)⁴, dans un contexte d'évolution de ces derniers en dispositifs ITEP ; des Instituts médico-éducatifs (IME), des Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ; des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHAPD)...

La démarche proposée aux établissements volontaires comportait deux dimensions.

La première relevait d'un accompagnement des équipes de ces structures dans un objectif d'aide à l'amélioration des pratiques spécifiques à chacune. Il s'agissait à partir de ces expériences, de formaliser une méthode modélisable afin de permettre, dans un second temps, le transfert de compétences et de

pratiques auprès d'autres structures et de constituer un kit d'accompagnement.

• **La seconde dimension concernait la validation du contenu de la première version du référentiel.** Des journées d'échanges ont permis de recueillir les avis et propositions des professionnels de terrain.

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

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

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

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

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

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

² SRS 2018-2023, p.62 à 64

³ IRUP est un organisme de formation et ALCIMED un cabinet de conseil.

⁴ Cf liste en début de document avec remerciements

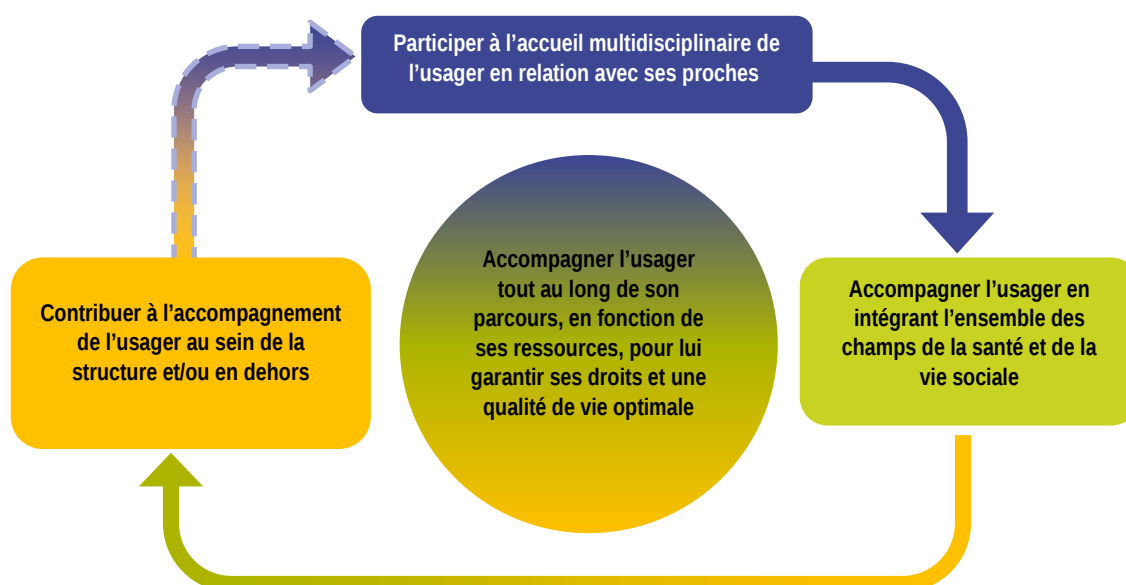
Socle commun d'activités et de compétences

IDENTIFICATION DES ACTIVITÉS-SOCLE

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

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

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



● « Participer à l'accueil multidisciplinaire de l'utilisateur en relation avec ses proches » relève, dans le parcours de l'étape, de l'accueil (premier contact) et de prestations en vue de faciliter l'adaptation à un nouvel environnement et/ou à une nouvelle situation de vie. **À cette phase, l'analyse de la situation de l'utilisateur et des objectifs co-décidés**, pour la mise en œuvre du projet de vie, conditionnent souvent la qualité et le climat relationnel des suites dans le parcours d'une personne âgée ou d'une personne handicapée. Cette étape n'est pas limitée dans le temps et requiert souvent des périodes d'observation, de réajustement et de prise de contact plus ou moins longues.

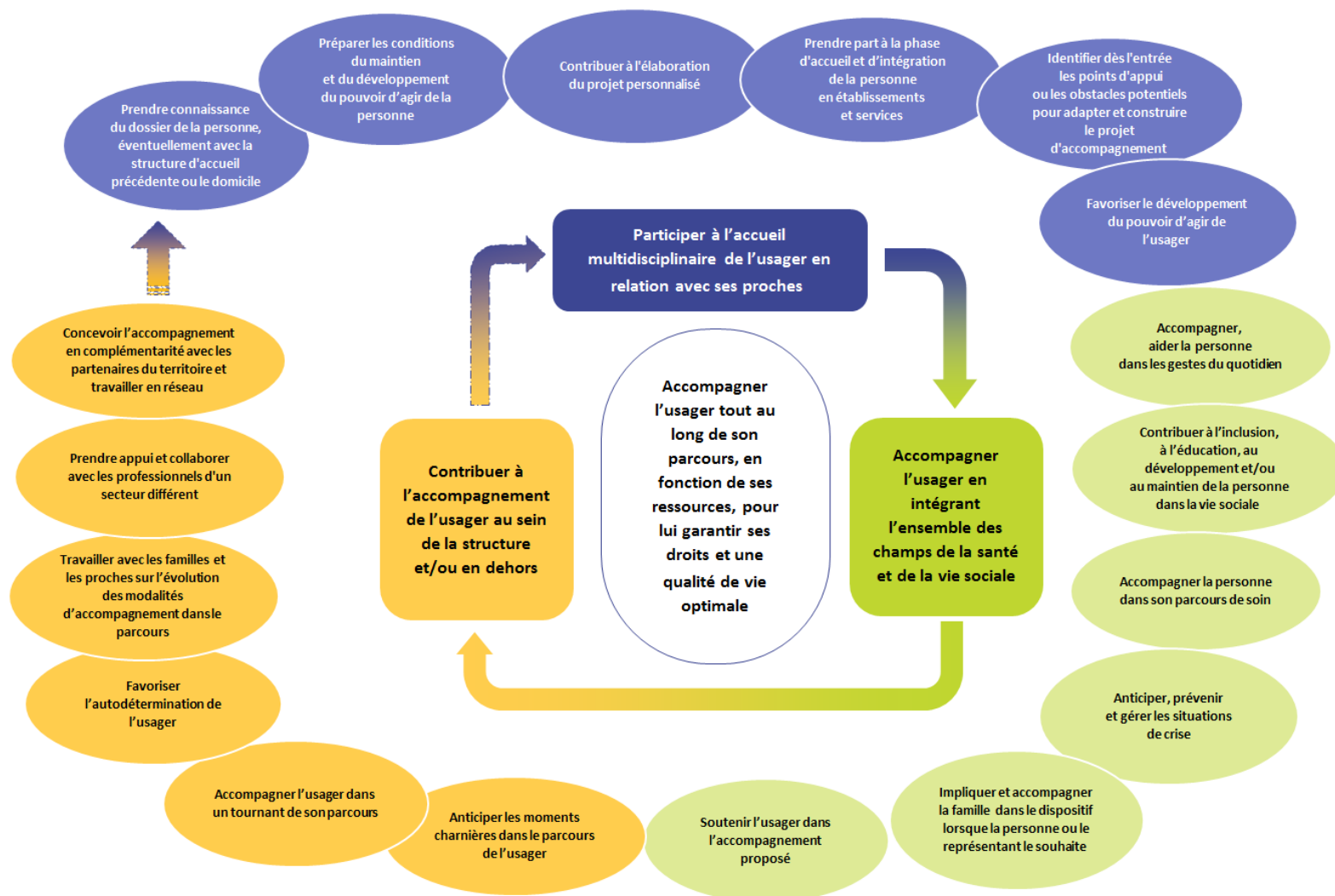
● « Accompagner l'utilisateur en intégrant l'ensemble des champs de la santé et de la vie sociale » : ce domaine d'activités est constitué des prestations d'accompagnement quotidiennes considérant les besoins de la personne. Cette partie n'est pas exhaustive. Elle rassemble les activités et associe les proches. Elle présente également un focus sur la gestion des situations de crise souvent source de problématiques.

● « 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 : scolarisation, éducation pour la santé, 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.

Référentiels d'activités autour du parcours de l'utilisateur

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

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



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

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

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

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

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

4. Vérifier la cohérence des informations contenues dans le dossier

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

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

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

7. Échanger avec la personne accueillie (ou ses proches lorsqu'elle ne peut pas s'exprimer elle-même) sur ses désirs, ses projets, ses capacités

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

9. Évaluer les capacités de la personne à être acteur de l'accompagnement proposé

10. 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

Contribuer à l'élaboration du projet personnalisé

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

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

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

14. Concevoir la mise en œuvre du projet de vie en prenant en compte les contraintes organisationnelles et institutionnelles et promouvoir l'approche par les besoins et les réponses diversifiées et modulaires.

15. Intégrer les spécificités de l'étape du parcours en fonction des ressources et limites de la personne : situation d'apprentissage, d'insertion professionnelle, de vie affective, de santé et/ou de handicap, de vieillissement, de fin de vie...

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

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

16. Observer le comportement de la personne accompagnée lors de la phase d'accueil

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

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

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

20. 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

21. Identifier les ressources et compétences de l'utilisateur sur lesquelles les projets d'accompagnement pourront s'appuyer

22. Évaluer les ressources mobilisables en dehors de l'établissement dans la mise en œuvre des accompagnements souhaités, identifier les ressources manquantes

23. Rechercher toujours la participation de l'utilisateur et/ou de ses représentants

24. Identifier les points saillants de l'accompagnement souhaité afin de déduire les objectifs de soin et/ou d'accompagnement, échanger avec l'utilisateur

25. 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 l'utilisateur

Favoriser le développement du pouvoir d'agir de l'utilisateur

26. Aider à repérer et définir l'obstacle qui empêche l'utilisateur de réaliser ce qu'il estime être une priorité

27. Chercher avec l'utilisateur les acteurs qui ont à voir avec ces obstacles

28. Se mettre d'accord sur ce qui peut être tenté ici et maintenant (le premier pas proximal)

29. Permettre à l'utilisateur de conscientiser les résultats obtenus (ce qui est différent de dire ce qu'il a été capable de faire)

30. Renforcer autant que possible l'autonomisation des usagers

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

31. Proposer et réaliser les soins d'hygiène corporelle adaptés aux besoins de la personne, à son autonomie et ses difficultés

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

33. Accompagner la prise du repas, en tenant compte des besoins de la personne et de son autonomie

34. Assurer la surveillance nutritionnelle pour prévenir tout risque de santé (dénutrition, surcharge pondérale, déshydratation...)

35. 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

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

37. S'appuyer sur tous les dispositifs de droits commun existants

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

39. 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

40. 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

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

42. Accompagner la personne dans des visites / consultations chez des professionnels de santé ainsi qu'aux examens nécessaires et transmettre les informations dans le respect du secret médical

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

44. Construire des relations de collaboration avec les médecins traitants et autres professionnels de santé

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

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

Anticiper, prévenir et gérer les situations de crise

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

47. Repérer et signaler tout comportement inhabituel et potentiellement annonciateur de crise

48. 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

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

50. 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

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

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

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

53. Contribuer à la formation (éducation thérapeutique) et à l'information des aidants pour la mise en œuvre d'un accompagnement adapté au couple aidant-aidé

54. Repérer les risques d'épuisement des proches aidants familiaux et proches, les informer des soutiens existants. Selon leur demande, les mettre en lien

55. Repérer et désamorcer les risques de situations de conflit entre la famille et les professionnels sur les situations d'accompagnement

Soutenir l'utilisateur dans l'accompagnement proposé

56. Assurer un accompagnement personnalisé pour favoriser ou renforcer les comportements garantissant l'état de santé

57. Informer et apporter des conseils à la personne (et/ou son entourage)

58. Rendre capable la personne pour prévenir tout risque de dégradation de la santé

59. 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

60. Réaliser l'accompagnement en gardant une juste distance avec les parties prenantes.
Disposer de ressources : analyse de la pratique, espace de discussions, formation, changement de référent...

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

- 61. Repérer et prévenir les moments charnières, notamment ceux qui nécessiteraient d'envisager un changement dans les modalités d'accompagnement
- 62. Maintenir le lien avec l'environnement extérieur dans la mesure du possible
- 63. Être attentif aux événements pouvant fragiliser la personne et son entourage proche et prendre les mesures nécessaires
- 64. Évaluer avec la personne et son entourage les situations d'insertion scolaire, professionnelle...
- 65. Adapter le projet à l'épisode de vie de l'utilisateur : passage de l'enfance à l'adolescence, puis à l'âge adulte, vieillissement...

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

- 66. Rechercher et proposer des solutions adaptées à l'évolution des besoins et des capacités de la personne
- 67. Proposer à l'utilisateur d'autres modalités d'accueil et d'accompagnement sur d'autres offres de services
- 68. Renforcer l'information des usagers sur leurs droits et leur santé
- 69. Avec l'accord de la personne, communiquer avec les structures d'accueil : scolarisation, emploi.
- 70. 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

Favoriser l'autodétermination de l'utilisateur (capacité de choix et de décision)

- 71. Accompagner et aider la personne à se projeter selon les capacités et ressources notamment pour la scolarisation, le développement de compétences, l'insertion en emploi...
- 72. Accompagner et préparer la personne selon ses capacités aux étapes de son développement (adolescence, vieillissement...)
- 73. Réévaluer régulièrement le projet de vie avec la personne et faire évoluer l'accompagnement autant que de besoin
- 74. Évaluer avec la personne l'opportunité d'une réorientation du projet d'accompagnement proposé
- 75. Co-construire la mise en œuvre des solutions ainsi que leur évaluation

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

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

76. Présenter l'évolution possible des modalités d'accompagnement

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

78. Prévoir et mobiliser des aides extérieures si nécessaire

79. Mettre en relation avec les intervenants dans les nouvelles propositions d'accompagnement (structure d'accueil, domicile...)

80. Faire évoluer les modalités d'accompagnement du parcours en fonction des changements constatés

Prendre appui et collaborer avec les professionnels d'un secteur différent

81. Identifier les besoins en accompagnement spécifiques, y participer selon le niveau de compétences

82. S'appuyer sur les ressources et les compétences de la structure

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

84. Contribuer à la coordination et la cohérence en équipe pour l'accompagnement

85. Assurer la continuité de l'accompagnement et faciliter le travail des intervenants

Concevoir l'accompagnement en complémentarité avec les partenaires du territoire et travailler en réseau (enseignement et éducation, emploi, formation et loisirs, soins palliatifs, psychiatrie, autisme ...)

86. 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 (équipes mobiles, centre de références...)

87. S'appuyer sur les ressources et les compétences auprès des différents partenaires sur le territoire

88. Communiquer, contribuer à la coordination des intervenants sur le territoire avec l'objectif d'articuler les interventions

89. S'assurer de la continuité des accompagnements et faciliter le travail des partenaires et autres professionnels intervenant, ponctuellement ou dans la durée, auprès des personnes

90. Mobiliser le droit commun

COMPÉTENCES REQUISES POUR LE SOCLE D'ACTIVITÉS

Le recensement des activités socles telles que décrites plus haut ont permis d'inférer les compétences mobilisées par les professionnels pour les mener à bien.

La compétence se définit comme la mobilisation pour l'action d'un ensemble stabilisé de savoirs.

Gérard Malglaive⁵ 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 fameux « 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.

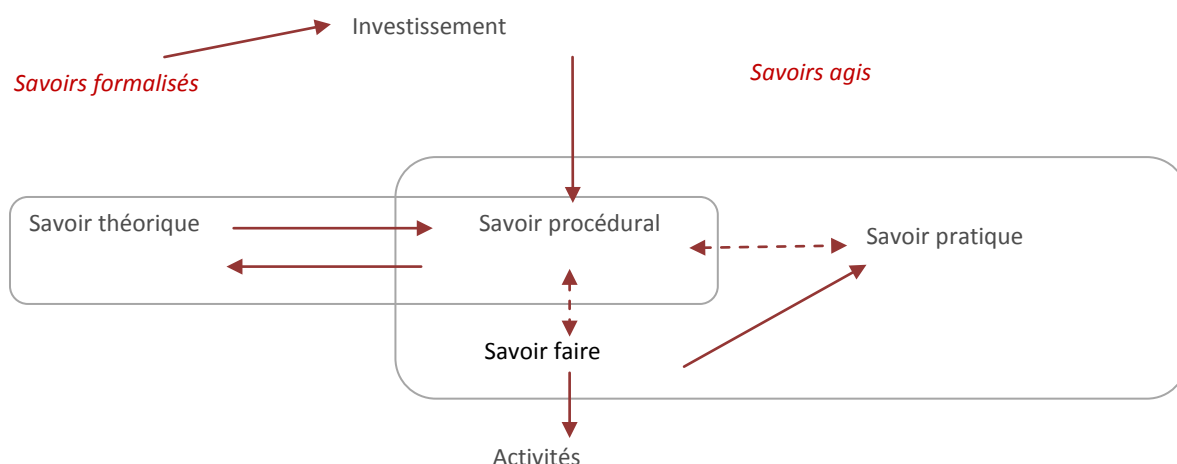
Le savoir procédural (ou procédures, techniques, méthodes) : c'est aussi le savoir méthodologique, l'ensemble des procédures qui gouvernent et permettent l'action : le savoir procédural [...] est souvent confondu avec le savoir-faire, dans la mesure où il gouverne la pratique et que tout « faire » suppose 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 », ce qui manifeste non seulement la possibilité de produire les actes de cette pratique mais encore de le faire avec adresse et dextérité.

« L'ensemble de ces savoirs forme une totalité, complexe et mouvante mais structurée, opératoire, c'est-à-dire ajustée à l'action et à ses différentes occurrences. »

⁵ Gérard Malglaive ; « Enseigner à des adultes » (2005), Chapitre IV, « Le savoir en usage, savoir de la pratique » pages 87 à 106.



Comme l'illustre ce schéma, ces savoirs sont en dynamique, en tension : les savoirs évoluent, se nourrissent mutuellement ; ils 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.

DE LA COMPÉTENCE AU TALENT

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

toute possibilité aux professionnels de proposer des pratiques innovantes.

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

TABLEAUX II – COMPÉTENCES POUR MENER LES ACTIVITÉS

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

Connaissances

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

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

Savoirs procéduraux

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

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

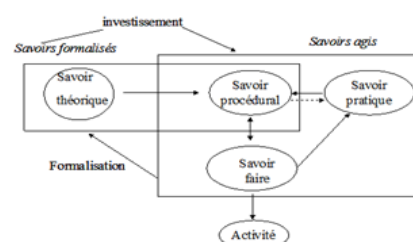
L'entretien avec les proches avec le consentement de la personne
 accompagnée
 divers et matériel
 partenaires sur le territoire, à l'hôpital, interinstitutionnelles ...

Expériences

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

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

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



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

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

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

Savoir-faire

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

Repérer les besoins de l'utilisateur pour la co-construction et/ou la poursuite d'un projet d'autonomie personnalisé intégré (éducatif, social et
 Aider la personne à entrer en contact avec les autres usagers de la structure et/ou à maintenir les contacts existants
 Identifier les risques et les potentiels en lien avec la personnalité de la personne

Identifier les aspects cliniques et les risques de complications liés à la pathologie de la personne accueillie
 S'informer auprès de la famille, d'une autre institution ou du référent sur les antécédents, les modalités d'accompagnement, les traitements,
 Recueillir l'histoire de vie de l'utilisateur, ses attentes, ses centres d'intérêt...

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

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

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

Connaissances

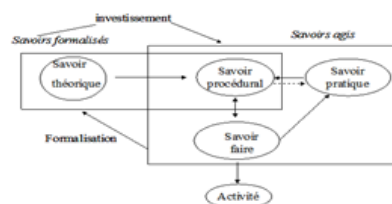
Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique
 Les grandes orientations des politiques publiques et les liens avec les missions, les projets d'établissement, associatifs...
 Les recommandations de bonnes pratiques (ANESM, HAS...)
 Les concepts relatifs à l'accompagnement des personnes à partir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

Savoirs procéduraux

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

Expériences

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



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

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

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

Savoir-faire

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

Contribuer à la continuité de l'accompagnement de 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,

Les fondamentaux des cadres réglementaire et juridique

Notions en économie de la santé et des enjeux

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

Les étapes de vie des personnes et leur choix de projet de vie : l'adolescence, l'adulte, la personne vieillissante, la fin de vie
Les réseaux, l'offre sur le parcours de vie de la personne, l'entourage de la personne
prévention des ruptures...

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

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

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

Le concept de l'autodétermination

Les logiques de coopération

Savoirs procéduraux

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

Le dossier de l'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...)

La formalisation du partenariat

Expériences

Les signes de progression ou les limites observés chez la personne

Les attentes et les désirs de la personne, ses capacités

Le potentiel de progression et les limites au quotidien

Le phénomène d'attachement relationnel

Le contact quotidien avec les familles

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

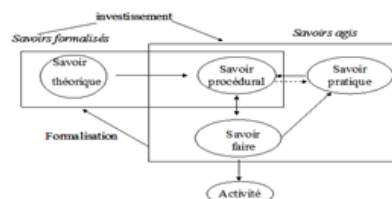
La co-construction, l'adhésion ou refus de la personne

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

La conduite du changement



NB : les différents savoirs décrits dans ce référentiel

sont à adapter :

- à la structure et à ses spécificités

- aux pathologies des usagers

- au niveau des professionnels concernés et à leur formation initiale

Ils constituent un socle de compétences qui doit être

modulé et mis en adéquation avec les besoins

Schéma de la combinaison dynamique des savoirs

d'après Gérard Malglaive

Savoir-faire

Mener des entretiens, entrer en relation adaptée avec la personne

Participer à l'analyse collective de l'évolution de l'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

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

Favoriser les coopérations entre tous les acteurs

Organiser la concertation et prévoir les outils de coopération

ARS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

241 rue Garibaldi – CS 93383 – 69418 Lyon cedex 03

04 72 34 74 00 – www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr

 [@ARS_ARA_SANTE](https://twitter.com/ARS_ARA_SANTE)

