

Parcours: coordination et territoire

COMOP/ MATEO



Introduction

La notion de parcours désigne l'ensemble des évènements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît:

- son bien-être physique, mental et social,
- sa capacité à prendre des décisions de vie,
- ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale. »

Dans une approche écologique (travaux Cynthia Fleury / M Montchamp)

Le parcours dans ses dimensions :

- spatiales (**organiser cet accompagnement sur un territoire**, dans la proximité de son domicile)
- temporelles (les différentes dimensions seront amenées à évoluer et nécessiteront un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées des acteurs).

Depuis les années 2000, l'action sociale et médico-sociale est marquée par l'émergence de l'idée de parcours (parcours de soin, parcours de santé, parcours de formation, parcours de vie...).

Le rapport de Denis Piveteau, « Zéro sans solution » (2014), appuie cette notion. Il est souligné la mise en œuvre « des parcours de vie et de santé inclusifs, évolutifs, adaptés et coordonnés », décrets dispositifs intégrés.

2 seules références au handicap dans la loi santé

Une nouvelle façon de penser l'intervention auprès des personnes et parents concernés et les orientations inclusives s'affirment au sein de toutes les sociétés ouvertes, développées

Accompagner un parcours requiert d'en suivre les aléas, sinuosités et péripéties...

Cette nouvelle approche conduit à repenser la notion historique d'établissement issu de la Loi de 75 pour opérer davantage en réseau, en partenariat avec de multiples acteurs, sur un territoire, chaque fois que cela est possible appartenant au droit commun.

Les enjeux prioritaires

Les objectifs

Les moyens

Mieux répondre aux besoins et
aux attentes des personnes

Dans une logique
de parcours

Et dans un horizon inclusif

La transformation de l'offre

Le renversement de Paradigme

La transformation de l'institution et la réorganisation des structures



DE L'ADAPTATION DE LA PERSONNE AUX EXIGENCES SOCIALES
institutionnalisées par les différents établissements et services habilités à cette fonction



Au service des parcours et d'un projet inclusif personnalisé des PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ou en FRAGILITE SOCIALE :

- en les accompagnant dans leurs CAPACITES DE CITOYENNETE et de PARTICIPATION SOCIALE
- en levant, y compris par le biais de l'aide au développement personnel, les OBSTACLES d'ACCESSIBILITE à leur « PROJET DE VIE »

Les parcours

Aux yeux du Conseil de la CNSA, l'**expression « parcours de vie »** est préférable aux termes «parcours de soins» (limités aux impacts pour le secteur sanitaire) ou «parcours de santé» (qui risque d'être interprété de façon restrictive aux seuls secteurs sanitaire et médico-social) : c'est en effet l'ensemble des dimensions de la situation des personnes (y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle...) qui doivent être prises en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement.

LES PARCOURS

- ❑ **Les parcours de santé** : La Haute Autorité de Santé (HAS) définit les parcours de santé comme suit « Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s’organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels ».
- ❑ **Les parcours de soins** : ils sont la réponse aux besoins sanitaires. Ils intègrent donc les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premiers recours et hospitalisation, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, unités de soins de longue durée...). Ce sont donc les parcours de soins articulés avec d’une part les actions de prévention et d’autre part l’accompagnement médico- social et social, et le retour à domicile des personnes (établissements médico-sociaux, structures d’hébergement temporaire et de répit, services à domicile...).

LES PARCOURS

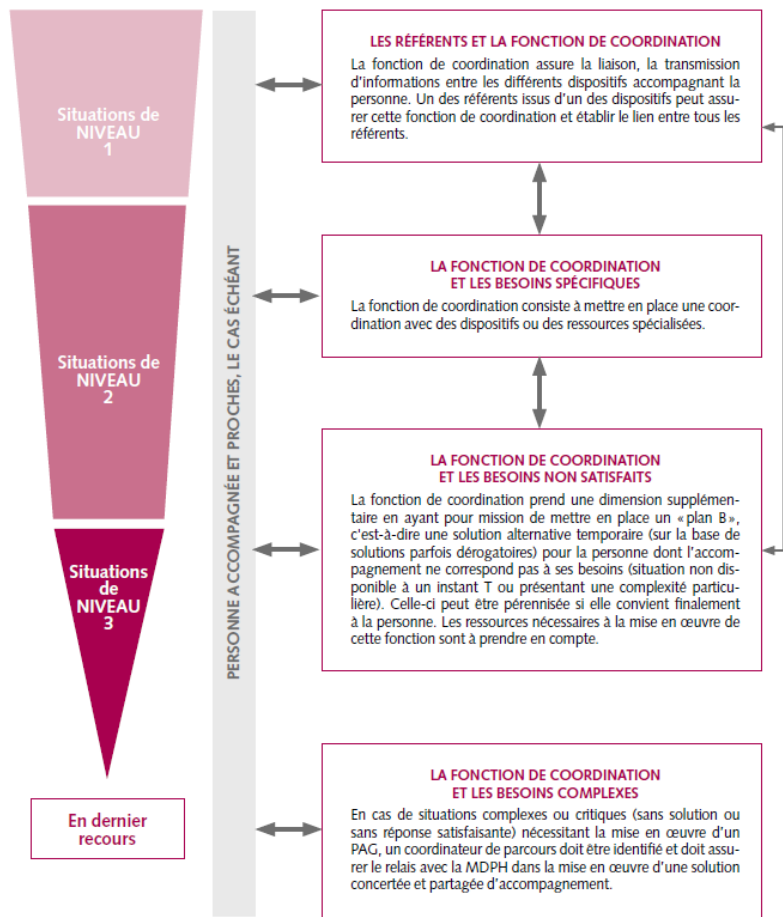
- **Les parcours de vie** : ils envisagent la personne dans son environnement; famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) a présenté dans un rapport intitulé « promouvoir la continuité des parcours de vie », publié en 2012 une définition du parcours de vie : « La notion de parcours de vie recouvre le cheminement individuel de dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne. Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant autant dans le bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage ».

« Pratiques de coordination-Parcours-ANESM »

Pratiques de coordination / de parcours

- La notion de parcours devenant essentielle, elle demande UN PILOTE.
- La coordination à mettre en place dépend de la situation de la personne.
- Cette coordination doit être renforcée en cas d'identification de facteurs de risque, notamment lors de transitions. Il est nécessaire de s'organiser en interne pour être en mesure de mobiliser les partenaires institutionnels pour les situations le nécessitant. (recommandation HAS)

Les niveaux de coordination selon les situations (ANESM)



Cadrage coordination

Le travail avec les proches.

Les proches rencontrent des difficultés pour se projeter dans le parcours de la personne. La coordination doit les intégrer comme acteur

La coordination intégrant l'ensemble des acteurs et des secteurs.

Assurer un accompagnement (parcours de vie) et construire un projet personnalisé de qualité, une coordination, une cohérence et une continuité sont à rechercher avec l'ensemble des acteurs, aussi bien en interne qu'avec ceux du territoire (du même secteur et de secteurs différents).

L'évolution des pratiques professionnelles

Il s'agit de définir le rôle et les missions de l'ESSMS dans le parcours de vie de la personne (gestionnaire de cas, coordonnateur, référents d'usagers dans le projet de vie, sentinelle dans les projets territoriaux...).

Décentrer le « cœur » de de l'intervention

La coordination

Elle est identifiée selon :

- les besoins et attentes de la personne accompagnée ;
- son domaine d'expertise, sa disponibilité et sa situation géographique.

Elle peut être un acteur en relation régulière avec la personne accompagnée,

- une personne de son entourage, une personne d'un dispositif qui fait de la coordination, etc.

Elle doit être identifiée par l'ensemble des acteurs accompagnant la personne.

Ses missions sont :

- d'avoir une visibilité de l'ensemble des interlocuteurs et de leurs missions ;
- d'assurer le suivi, la cohérence de l'accompagnement et la transmission des informations.

La coordination représente une approche globale visant à organiser et fluidifier l'ensemble des interventions autour d'une personne en situation de vulnérabilité.

Coordination : organiser l'action entre acteurs/ pouvoir d'agir

La coordination est un travail transversal entre plusieurs intervenants pour assurer la cohérence du parcours.

- fluidifier les interventions, éviter les ruptures, harmoniser les pratiques.
- anticiper les transitions (entrée en établissement, retour à domicile...).
- Logique — gestion collective du parcours.

Cette démarche dépasse le simple accompagnement pour créer une véritable synergie entre les différents professionnels, impliqués dans le secteur social et médico-social et territoire de vie.

elle garantit la continuité des interventions dans le temps.

elle adapte les réponses aux besoins évolutifs de la personne accompagnée.

Selon le rapport de la HAS de 2023, « *La coordination des parcours constitue un levier majeur pour améliorer la qualité des accompagnements et réduire les ruptures de parcours* » .

une problématique bien réelle : **65% des personnes en situation de fragilité rencontrent des difficultés** de coordination entre les différents services, selon une étude de la DREES publiée en 2024.

- La coordination de parcours se positionne non pas du côté de l'institution mais dans un nouvel interstice situé entre la personne concernée/famille/ environnement/ institution qui se doit de coordonner
- nouveau modèle d'organisation pour agir et fluidifier les parcours dans la complexité des environnements des champs sociaux, médico-sociaux et sanitaires (aidant, facilitateur, à coté de ...)

Penser que quelque soit la taille des institutions et les choix opérationnels, chaque coordination doit être penser dans des logiques inclusives : conception de l'accompagnement dans la cité, décroïsonnement, dépassement des frontières institutionnelles, transversalité, intermodalité, co-décision...pour renforcer le pouvoir d'agir

Les principes

- Rendre la personne actrice de son projet
- Lui permettre d'exprimer son projet de vie.
- Développer sa capacité d'autodétermination.
- Co-construire avec elle et ses proches son projet et décliner des objectifs concrets atteignables.
- S'assurer régulièrement que son projet correspond à ses attentes et choix.

La place l'entourage de la personne

- les personnes composant l'entourage de la personne et la personne de confiance ;
- la perception que la personne a de son entourage ;
- les relations entre la personne et son entourage ;
- la situation de l'entourage (ressources et difficultés, caractéristiques , personnelles, de l'accès à l'information, etc...).
- Reconnaître l'expertise de l'entourage.
- Quel rôle jouera l'entourage dans la coordination et l'accompagnement ?

Définition :

« Le référent de parcours est un professionnel disposant **d'une vision globale des interventions sociales**, en accord avec la personne et en lien avec l'ensemble des intervenants qui l' accompagnent. Il assure la continuité du parcours d'insertion de la personne accompagnée et la cohérence des actions qui lui sont proposées. Il n'a pas vocation à suppléer ces intervenants mais à assurer l'échange d'informations et la coordination entre ces derniers.»

Instruction DGCS du 04 février 2019

Référence de parcours : être le repère de la personne

- La référence de parcours (ou référent de parcours) est une fonction d'accompagnement individualisé.

- Offrir un interlocuteur stable, lisible et accessible pour la personne et/ou sa famille.

accueillir, écouter, comprendre les besoins, expliquer les démarches, relation personnalisée et soutien dans le parcours.

Il s'agit bien là d'une nouvelle expertise qui est en train d'émerger fortement et qui ne peut se dissoudre dans le rôle de référent

D'un côté on entend « on le fait déjà » ou « c'est le boulot des chefs de service » c'est bien plus que cela la coordination de parcours implique un un changement de positionnement avec un recentrage avec et sur la personne et la logique de parcours

Il ne s'agit pas d'un simple « raccord » sémantique sur des fonctions existantes

Distinction coordinateur et référent parcours

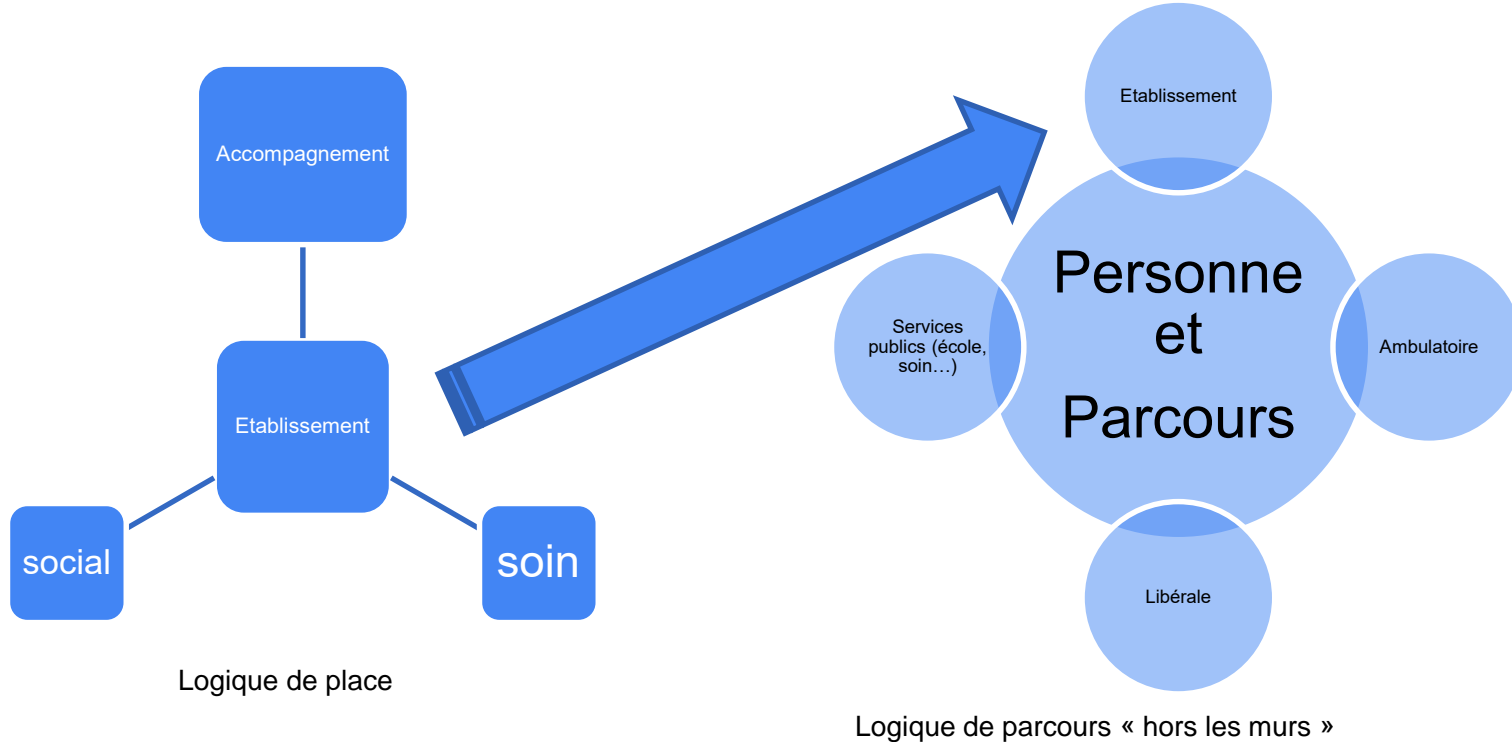
Coordination
Co construit et valide le projet

- L'utilisateur lui-même
- Un professionnel dispositif nommé
- Son représentant légal

Référent :
suivi, effectivité et mise en œuvre du projet

- Professionnel du Dispositif





Une nécessité face à la transformation du secteur
un déplacement du centre

Territoire

Le territoire

- Un espace vivant et variant

- Une **notion composite** avec un cadre global de compréhension malgré les diversités

Un espace d'identité et d'engagement

- Pas seulement administratif; espace naturel, culturel, innovant, bassin de vie

Notion multidimensionnelle:

- Un assemblage d'éléments peu homogène d'abord perçu par le prisme administratif et politique
- Zone dans laquelle les habitants construisent leur identité et leur engagement, » mon territoire »
- Tient compte **des flux de natures diverses**: flux des personnes, flux d'activités économiques, flux financiers, etc.

- **Les limites administratives**, dominées par le rôle de l'Etat, exerce une autorité , une compétence = le champ d'application du pouvoir, régions ARS, décentralisation; métropole, mairie
- **Le processus d'organisation territoriale**
régions ARS, décentralisation; métropole, mairie
- **Les acteurs qui font le territoire** = interrelations multiples qui lient ceux qui décident,

L'ESMS vise à y partager l'expertise disponible pour limiter les ruptures et réponses inadéquates dans les parcours des personnes en situation de handicap:

- **Elle permet ainsi la montée en compétence de services généralistes et préserve les capacités d'accueil des services spécialisés.**
- Elle contribue également à favoriser l'inclusion grâce à des actions d'animation, de travail en réseau et d'appui à l'évaluation ou à l'élaboration de projet individualisé dans des situations complexes.
- Elle représente un soutien pour l'entourage et des proches aidants.

Coopérations inter institutionnelles et parcours

- la mise en œuvre « des parcours de vie et de santé inclusifs, évolutifs, adaptés et coordonnés » *le dispositif permet d'éviter les ruptures de parcours »*

Partenariat territorial

Coopérations inter institutionnels et inter operateurs

Le dispositif intégré vise avant tout des solutions « modulaires et tournées vers le milieu ordinaire » avec une priorité donnée aux dispositifs de droit commun en proximité du lieu de vie et vise essentiellement « *que les enfants, adolescents et jeunes...soient scolarisés en milieu ordinaire.. »*

Coordination demande pour ceux qui la porteront :

- **Identifier les ressources et les expertises mobilisables** pour proposer des actions à d'autres acteurs du territoire et/ou développer un service à destination des aidants.
- **Recenser et cartographier les ressources** des autres établissements du territoire
- **Une maîtrise des savoirs théoriques** du champ d'expertise concerné.

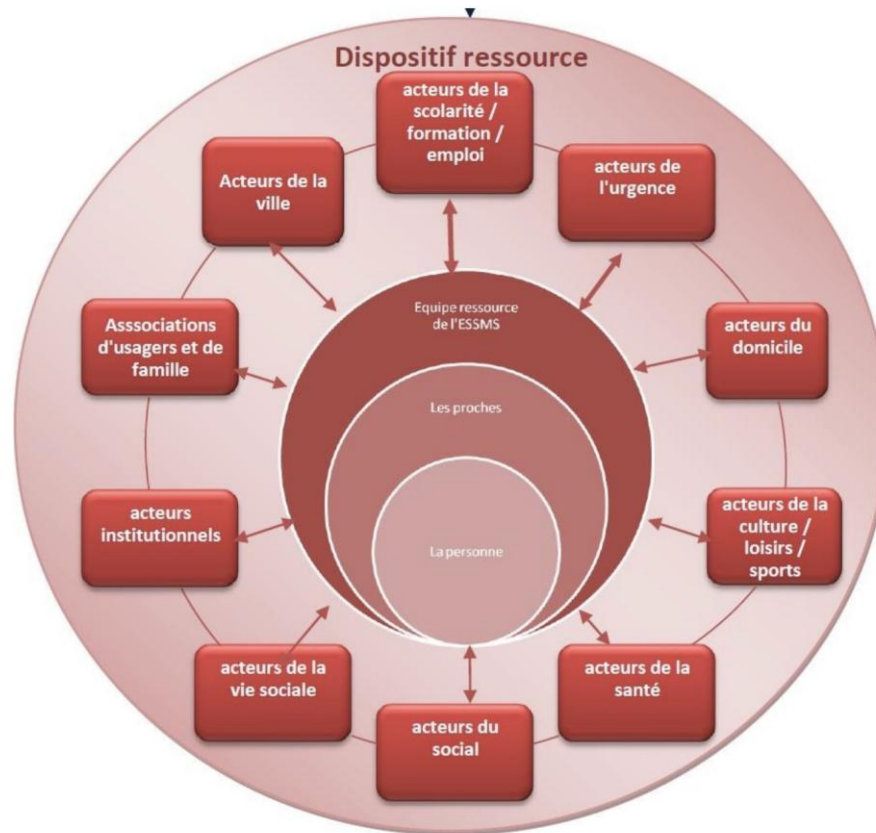
Les ressources du territoire

- Identifier sur son territoire/quartier :
 - Les acteurs de droit commun (écoles, culture, loisirs, sports, etc.) ;
 - Les structures spécialisées dans le secteur du handicap ;
 - Les dispositifs qui centralisent les informations (CREAI, centre de ressource, MDA, CCAS, etc.) ;
 - Les équipes spécialisées et reconnues comme expertes.
- Identifier également :
 - Les politiques locales, les projets en cours, etc. ;
 - Les obstacles, facilitateurs à la mise en place d'un travail de coordination ;
 - Les banques de données répertoriant les compétences territoriales.

Vers une fonction « appui ressource » sur le territoire

L'appui-ressource est une condition nécessaire (pour la réussite des parcours des jeunes accompagnés) à la « coopération apprenante » ; par le partage de l'expérience avec les autres acteurs du territoire.

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



Un pivotement radical de la relation d'accompagnement. D Piveteau

- Les professionnels sont alors au service de ce qui n'est pas autre chose que la « mise en accessibilité » de la société et de ses services de droit commun, au lieu d'être cantonnés dans la seule réponse aux besoins de « compensation du handicap » émanant de la personne elle même

Handicap : comment transformer l'offre sociale et médico-sociale pour mieux répondre aux attentes des personnes ?

JANVIER 2025
2024-017R

RAPPORT

Magali
Guegan

Yannick
Le Guillou

Franck
Le Morvan

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

Avec le concours de Juliette Berthe et Haoyue Yuan Even,
Membres du Pôle DATA de l'Igac



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

PERSONNES HANDICAPÉES

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES
PRATIQUES PROFESSIONNELLES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

SYNTHÈSE ET OUTILS

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