

## **« Coordinateur de parcours : la fonction pivot des dispositifs sociaux et médico-sociaux de demain. »**

(Article paru dans *Les Cahiers de l'Actif*, n°504-507, mai/août 2018)

*Le vocable de coordinateur peut-il être victime de son succès ? On pourrait le penser si l'on se base sur la somme de colloques et de formations tous azimuts proposée sur le marché. Pourtant, bien au-delà d'un engouement circonstanciel, la fonction de coordination répond aux nouvelles exigences d'une mutation d'envergure des secteurs sanitaire, social et médico-social. Loin de bricolages envisagés ici ou là pour pallier d'éventuelles insuffisances organisationnelles, la coordination s'affirme comme une fonction à part entière et un job à temps plein.*

*Encore faut-il s'extraire d'une possible confusion tant le terme est générique : que s'agit-il de coordonner ? Cet article s'intéresse quant à lui à la « coordination de parcours », celui de personnes bénéficiaires de prestations sociales, médico-sociales ou encore sanitaires. Il présente les enjeux, le positionnement, les missions et les tâches, ainsi que les compétences inhérents à cette nouvelle fonction. Il interpelle également les opérateurs comme la puissance publique (qui a jusque là soigneusement botté en touche) concernant la reconnaissance statutaire de ces nouveaux professionnels...*

**Jean-René LOUBAT**

*Docteur en sciences humaines, psychosociologue, consultant libéral en ressources humaines et ingénierie sociale auprès des opérateurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, président d'honneur du think tank Parcours & Innovations.*

### **Préliminaire : s'extraire de la confusion**

Les appellations de coordinateurs se sont multipliées depuis quelques années désignant parfois des missions fort différentes : coordinateurs d'unités ou d'équipes chargés de tâches organisationnelles, coordinateurs de réseaux, coordinateurs de projets ou de parcours, sans parler bien entendu des gestionnaires de cas, pilotes MAIA, et autres coordinateurs de PAG, de PCPE, etc. Cette diversité a engendré un risque de grande confusion, recréant une espèce de nouvelle fonction polyvalente dont les secteurs social et médico-social ont le secret... Notons que cette confusion a été entretenu tant par l'Administration que par des opérateurs, des centres de formation ou des consultants.

Cette multiplication soulève plusieurs questions et réflexions : s'agit-il de répondre au coup par coup à l'émergence de nouvelles exigences ? De soulager l'encadrement ? S'agit-il d'appeler différemment des actions qui se pratiquaient déjà (ce que l'on entend souvent) ? S'agit-il de simples missions supplémentaires ou de véritables nouvelles fonctions ? S'agit-il de fonction à temps complet nécessitant une formation spécifique complémentaire ? Dans ce cas, quels sont le genre et le niveau de compétences requis ? Enfin, quelles sont les conséquences de l'installation de cette nouvelle fonction au sein des opérateurs tant au plan du positionnement (pour qui travaille-t-il ?) qu'aux plans organisationnel et managérial ?

## **I. Un effet de la transition systémique que vivent les secteurs de l'action sanitaire et social**

En premier lieu, la coordination ne peut être considérée isolément en tant que telle car elle est la conséquence d'une transition culturelle et structurelle des secteurs d'activité qui nous intéressent : cette transition propose en effet de nouveaux paradigmes et de nouvelles organisations. Soucieuses de promouvoir l'inclusion des personnes dans la société, d'abandonner toute idée de développement séparé ou de rupture avec leur environnement, mais aussi de maîtriser des dépenses inflationnistes, les nouvelles orientations publiques privilégient les notions de parcours de vie<sup>1</sup> et d'intervention personnalisée au détriment du tout institutionnel et de dispositifs collectifs en vigueur jusque là.

*« Le coordinateur de parcours est la variable d'ajustement entre les attentes de la personne bénéficiaire et les réponses auxquelles elle peut prétendre »*

De nombreux pays européens ont amorcé cette transition dès les années 70, comme par exemple la Suède, cas évoqué dans l'ouvrage dirigé par Pascal Jacob : « Le modèle gestionnaire a été remis en cause pour des raisons très pragmatiques : le système de la vie inclusive est moins coûteux pour la collectivité et lié au droit de vivre comme tout le monde et avec tout le monde<sup>2</sup>. »

### **Une variable d'ajustement de l'offre et de la demande**

---

<sup>1</sup> Consulter sur ce point le site de la CNSA et son document : « *Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé.* »

<sup>2</sup> *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, dir. P. Jacob, dunod, 2016. Pascal Jacob est président de Handidactique et vice-résident délégué de la Fondation internationale de la recherche appliquée sur le handicap (FIRAH).

Ces orientations inclusives créent à leur tour une nouvelle complexité et la nécessité d'assurer la cohérence et la continuité de diverses interventions dans le milieu même de la personne. Le parcours témoigne en effet d'une vision dynamique de l'existence (qui ne saurait se confondre avec un cursus institutionnel tracé par avance) et est constitué, comme pour chacun d'entre nous, d'aléas, d'événements improbables, favorables ou défavorables, de désagréments ou d'heureuses surprises, d'allers et retours ; bref, la vie n'est pas une autoroute ! Par conséquent, accompagner un parcours sous-entend la nécessité d'en suivre les sinuosités et les péripéties... En outre, le parcours de vie peut être décomposé en sous-parcours : parcours de santé, parcours scolaire, parcours professionnel, parcours relationnel, etc.

Cette complexité et cette diversité amènent à repenser la notion même d'établissement – voire à l'abandonner – pour opérer davantage en réseau, en partenariat avec de multiples équipes et services, ce qui pose la nécessité d'une *coordination* au sein de véritables plateformes de services<sup>3</sup> capables de proposer une palette diversifiée et modulable de prestations. Dès lors, la référence d'une personne bénéficiaire n'est plus à proprement parler un établissement, mais un coordinateur de parcours qui assure l'ajustement entre, d'une part, les besoins et la situation de cette personne et, d'autre part, les services qui lui sont proposés, ainsi que la liaison opérante entre les divers intervenants impliqués dans le temps (parcours) et dans l'espace (territoire).

Certes, les MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées) remplissent une part de cette coordination car il entre dans leurs prérogatives d'exercer « une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leurs familles [...] de mettre en place et d'organiser le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et de désigner la personne référente [...] d'assurer à la personne handicapée l'aide nécessaire à la formulation de son projet de vie, l'aide nécessaire à la mise en œuvre des décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, l'accompagnement et les médiations que cette mise en œuvre peut requérir » (art. 64 de la loi du 11 février 2005), mais l'on sait aussi que les MDPH ne sont pas en mesure de remplir l'ensemble de ces missions... Aussi, les coordinateurs de parcours ne font nullement doublon avec les MDPH mais doivent travailler en concertation avec elles et dans la continuité de leur action.

Bref, à une culture historique des murs et une logique d'établissement, issues de « l'hospitalisme », qui s'exprimaient notamment par l'équation : une personne égale une place, égale une structure, se substituent une culture de la personne et une logique de service personnalisé, qui s'expriment en termes de *projet de vie* et de *parcours personnalisé de promotion* : dès lors, une même personne doit pouvoir bénéficier des prestations de plusieurs services, agencés en fonction de ses besoins

---

<sup>3</sup> *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, J.-R. Loubat, J.-P. Hardy, M.-A. Bloch, Dunod, 2016.

spécifiques, car le recentrage sur la personne et son parcours singulier entraînent une diversification naturelle des structures offrant des prestations. L'intervention sociale et médico-sociale devra de facto s'orienter progressivement vers une forme de *coaching social personnalisé*, plus apte à répondre aux besoins et aux situations concrètes de la vie des personnes bénéficiaires et à leur parcours de vie. Par conséquent, de nouveaux cadres d'exercice professionnel et de nouvelles formations se dessinent.

Pour nous résumer, la coordination de parcours s'impose pour sept raisons fondamentales :

- la multiplication et la diversification des intervenants induites par une spécialisation accrue ;
- l'intrication des champs des besoins et donc des secteurs de réponses (soin, scolarisation, accès à l'emploi, accompagnement social, etc.) ;
- la désinstitutionnalisation et le recours grandissant aux services de droit commun (*mainstreaming*) ;
- le progrès de l'inclusion et l'évolution des attentes des personnes (vers l'*independent living*) ;
- la pertinence à cibler les réponses et à « faire du sur mesure » ;
- la variabilité et l'instabilité des parcours (les allers et retours, notamment concernant des populations présentant des troubles) ;
- la nécessité de réduire les surcoûts imposés par des « packages de prestations » parfois supérieurs aux attentes réelles des bénéficiaires et par les frais de fonctionnement des établissements traditionnels (le « juste ce qu'il faut »).

## **Une nouvelle expertise inspirée du *case management***

Une nouvelle expertise se fait donc jour du fait même de l'évolution considérable des secteurs de l'action sociale et médico-sociale et de leur technicisation, des attentes de plus en plus précises de leurs bénéficiaires (passant du rôle d'utilisateur captif à celui de client actif), de la diversification des situations et des parcours, de l'exigence croissante de performance de la part des commanditaires et financeurs comme nous venons de l'évoquer. Cette complexité structurelle nouvelle entraîne obligatoirement le besoin d'une interface, d'un pivot, d'un pilote, d'un fil rouge, bref, d'un coordinateur capable de gérer la continuité dans le temps et la cohérence dans l'espace d'un accompagnement devenu singulier. C'est cette expertise qui est en train d'émerger fortement et qui ne peut se dissoudre dans le rôle d'éducateur référent traditionnel.

« *Cette fonction de coordination de parcours s'apparente à ce que les Américains appellent case management* »

Beaucoup d'opérateurs l'ont compris et recrutent (et forment) pour cette raison des coordinateurs de parcours. Il n'est pas du tout exclu d'ailleurs qu'à terme ces techniciens supérieurs (que sont pour l'instant les coordinateurs de parcours) accèdent progressivement au niveau d'ingénieur et donc au statut de cadre expert<sup>4</sup>...

Cette fonction de coordination s'apparente à ce que les Américains appellent *case management*, vocable qui pénètre peu à peu l'Hexagone – y compris l'action médico-sociale<sup>5</sup>. Un *case* est à la fois une situation et un projet qui nécessite une période de temps définie (avec une date de début et de fin) afin d'apporter la solution à un problème, une demande, une cause, un développement quelconque ou toute autre action complexe. Il concerne généralement de multiples acteurs internes ou externes à l'opérateur considéré et implique de multiples sources documentaires, de nombreux échanges et communications.

Dans le domaine de la santé (dont le terme est issu), le *case management* concerne plus particulièrement le suivi d'un patient dont la spécificité est d'être atteint d'une maladie pour laquelle un programme particulier a été construit. Il désigne plus largement l'ensemble des fonctions assurées par un *case manager* chargé de coordonner les besoins, la stratégie, les interventions auprès des différents intervenants de santé.

Notons que cette fonction peut emprunter des noms différents selon les domaines et les contextes : *case manager*, *care manager*, *disability management coordinator*, *health coordinator*, *return to work coordinator*, *gestionnaire de ressources* (au Québec), etc. Quoi qu'il en soit, tous se retrouvent autour d'un même noyau dur : la personnalisation, la participation de la personne, une coordination de partenaires et de ressources, l'assurance d'une continuité autour de la poursuite d'objectifs définis, une co-évaluation des effets obtenus et une posture de coach.

Les principaux objectifs du *case management* sont de parvenir à un niveau supérieur en matière de qualité de service rendu aux consommateurs et de moindres risques de soumission de leur part, d'obtenir une collaboration interne plus effective, d'améliorer la productivité par de meilleurs processus et donc de réduire les coûts pour la collectivité.

---

<sup>4</sup> Le DEIS, à la destinée aujourd'hui incertaine, pourrait par exemple constituer un diplôme préparant à cette éventualité.

<sup>5</sup> Par exemple, le congrès de la FEGAPEI de 2013 abordait cette question du nouveau métier de *case manager* dans le cadre d'une réflexion prospective sur l'évolution des associations à vocation médico-sociale.

Initialement, le Case management concernait des situations qui échappaient en nature et en quantité aux processus standard<sup>6</sup> avant de se généraliser ultérieurement dans les domaines les plus divers. Notons qu'en France, la fonction de gestionnaire de cas (traduction littérale mais pas nécessairement pertinente de *case manager*) a été mise en place en 2009 dans le cadre du plan Alzheimer à l'endroit plus particulièrement de situations dites complexes. Inspirée du modèle canadien PRISMA, cette fonction a surtout intéressé les infirmières et les travailleurs sociaux mais aussi des psychologues et des ergothérapeutes. Depuis 2012, ceux qui exercent dans une MAIA doivent être titulaires d'un diplôme interuniversitaire (DU) de coordonnateur de santé en gérontologie. Les PAG (plans d'accompagnement globaux) et autres dispositifs similaires s'attaquent eux aussi à des situations dites « complexes ou critiques » dans le cadre d'une réponse accompagnée pour tous, désignent un coordinateur et suscitent un réseau d'intervenants autour de la situation, suivant en cela le même processus qu'en Amérique du nord : on commence par des situations exceptionnelles avant d'envisager la généralisation. Encore une fois ce sont toujours les situations exceptionnelles et marginales qui font progresser un système quel qu'il soit et qui oeuvrent finalement pour l'intérêt général...

#### **La recherche d'optimisation d'intérêts différents :**

- Le **case management**, comme la coordination de parcours, se caractérise par :
  - ⇒ un souci d'efficacité (objectifs précis, durée déterminée, évaluation systématique) ;
  - ⇒ une posture centrée sur la personne et une relation privilégiée (*coaching*) ;
  - ⇒ une recherche d'autonomie (*empowerment*) de la personne et de maîtrise du processus.
- **Il concilie par conséquent inéluctablement deux logiques :**
  - ⇒ celle du **client** qui vise une amélioration de sa situation personnelle centrée sur quelques objectifs intéressants pour lui ;
  - ⇒ celle de la **puissance publique** qui vise un changement de situation sociale dans le sens de moindres dysfonctionnements, d'une normalisation accrue, d'un abaissement des coûts sociaux.
- **Le case manager comme le coordinateur sont donc par essence des « diplomates », des médiateurs, des négociateurs, des facilitateurs.**

Le case management correspond en tout point à ce que l'on recherche en matière de coordination de parcours au sein des dispositifs d'action sociale et médico-sociale. On peut simplement se demander pourquoi ne pas y avoir pensé plus tôt ! Nos voisins suisses l'ont intégré à leur formation et en ont fait un véritable dispositif

---

<sup>6</sup> Il s'est notamment développé aux États-Unis, en 1940, à la suite du nombre très important de soldats qui revenaient des fronts gravement traumatisés qui débordaient les services de santé et grevaient économiquement l'effort de guerre. Il a été utilisé comme alternative à l'institutionnalisation.

d'accompagnement qui concerne aussi bien le travail social que sanitaire, l'intervention socio-éducative que la réinsertion professionnelle. Voici d'ailleurs la définition qu'en donnent certains de leurs auteurs :

« un dispositif intégratif de prise en charge orienté sur un objectif d'intérêt général, recourant à un accompagnement personnalisé, cohérent et continu, coordonné par une personne unique, appelée à renforcer l'autonomie de la personne usagère par une participation active de celle-ci, ainsi que par la mobilisation de ses ressources<sup>7</sup>. »

En somme, la fonction de coordinateur de parcours possède un réel avenir du fait même de l'augmentation et de la diversification du partenariat. Elle ressemblera sans doute progressivement à une forme de coaching social personnalisé. Elle pourrait d'ailleurs, à terme, s'exercer hors établissement, soit de manière libérale pour le compte direct de bénéficiaires, soit plus probablement au sein d'organisations de services à la personne, soit pour le compte des MDPH ou encore au service d'ONG, d'associations de défense des consommateurs ou représentatives des bénéficiaires. De probables débats auront lieu afin de savoir si ces coordinateurs doivent demeurer au sein des opérateurs ou s'ils doivent leur devenir extérieurs, afin d'être plus « neutres ».

*« On ne peut être véritablement conseillé dans certains domaines que par une personne paradoxalement distanciée »*

## **II. Radiographie succincte de la fonction**

### **Qui sont les coordinateurs de parcours ?**

La première question soulevée est celle de savoir si la coordination de parcours nécessite une fonction à temps partiel ou à temps plein. Pour notre part, nous défendons depuis longtemps qu'il s'agit d'une fonction à part entière et à temps plein, non par principe dogmatique mais suivant des arguments précis fondés sur de nombreuses expériences au sein des ESSMS. La difficulté de concilier deux postures aux vocations très différentes est d'ailleurs régulièrement abordée par les professionnels : par exemple, dans un ESAT, dans lequel les moniteurs d'atelier peuvent se trouver à la fois en position de coordinateurs de parcours professionnels et de quasi-contremaîtres dans leurs ateliers de production ; mais encore dans n'importe quel foyer pour adolescents ou adultes. Comment « changer de casquette », se trouver dans une position de proximité ou d'autorité morale, réaliser

---

<sup>7</sup> Cf. l'ouvrage qu'ont publié en 2012 les éditions de l'École d'études sociales et pédagogiques de Lausanne dans leur collection « Les cahiers de l'EESP », *Le Case management en contexte*, par Pierre Gobet, Deborah Galster, Marion Repetti, Fabienne Scherer, Estelle Constantin.

une toilette, aider à la prise d'un repas, animer une activité et, à un autre moment, se trouver dans une posture totalement différente ?

On ne peut être véritablement conseillé dans certains domaines que par une personne paradoxalement distanciée à laquelle on pourra précisément confier des choses intimes et importantes, en dehors d'enjeux affectifs et de leurs inévitables redevances. Les médecins, les psychothérapeutes, les avocats, les coachs, les experts-comptables, les prêtres, etc., bref, tous les professionnels auxquels nous confions nos situations les plus personnelles sont tous des personnes qui ne connaissent en rien notre vie quotidienne et cela ne leur fait surtout pas défaut... L'idée selon laquelle il faudrait côtoyer quotidiennement une personne pour coordonner son parcours et ses projets ne tient pas... C'est exactement l'inverse qui se vérifie. Nous avons en tête l'exemple de cette éducatrice exerçant dans une maison d'enfants à caractère social (MECS) qui avait accepté la proposition de coordinatrice de parcours à temps plein : elle s'était immédiatement rendu compte que les jeunes accueillis dans l'établissement avaient intégré rapidement sa nouvelle posture et que sa relation avec eux avait radicalement changé (« ils ne me disent plus bonjour de la même façon... ils ont plus vite compris mon rôle que mes collègues », nous avait-elle alors confié).

La seconde question est de savoir quelles sont les compétences requises pour occuper cette fonction et à quel genre de formation elle peut renvoyer (les compétences les plus couramment identifiées sont résumées dans le tableau ci-après). La question de la formation nécessaire s'avère délicate car cette fonction de coordinateur emprunte à la fois à plusieurs formations initiales classiques comme celles d'éducateur spécialisé, d'assistante sociale, de CESF, de psychologue, d'ergothérapeute (et pourquoi pas d'autres encore présentant d'autres cursus) mais ne se superpose pourtant à aucune en particulier. Certes, la formation d'assistante sociale semble a priori celle qui prédisposerait le plus à cette fonction de par la formation aux diverses techniques d'entretien, la connaissance des droits et des dispositifs, la capacité à s'auto-organiser en quasi libéral. Mais de fait, la fonction de coordinateur ou de case manager requiert une posture singulière et de pouvoir se détacher des habitudes acquise lors de formations et d'exercices professionnels antécédents...

Nous pouvons simplement observer que les coordinateurs en poste actuellement au sein de divers opérateurs sont fréquemment des éducateurs spécialisés de formation, plus rarement des assistantes sociales ou des CESF, plus rarement encore des psychologues, des chargés d'insertion, des ergothérapeutes, voire exceptionnellement des professionnels en provenance d'autres secteurs d'activité (vente, informatique).

Nous n'insisterons jamais assez pour affirmer que cette fonction de coordinateur de parcours se manifeste en premier lieu par une nouvelle posture et une nouvelle relation. Le coordinateur n'est pas (ou plus) un éducateur, un thérapeute, un

assistant social, mais une nouvelle variété de professionnel au service de la personne comme pourrait l'être une profession libérale à l'endroit de son client. Il ne lui dicte pas son destin, n'interprète pas ses attentes, ne produit pas davantage de pronostic péremptoire, mais l'accompagne dans la réalisation de son projet de vie et de son parcours. Il se situe en permanence dans la responsabilisation de son interlocuteur : dans le faire s'exprimer, le faire décider, le faire produire, le faire agir. Il suit en cela les principes du *mouvement pour l'indépendant living*<sup>8</sup> : reconnaissance de l'expertise et de l'autodétermination de la personne.

Il s'agit donc de situer résolument cette fonction dans une logique de développement personnel qui vise la réalisation du projet de vie de la personne, à savoir l'atteinte de ses propres objectifs et non de ceux d'une institution, qui permet à une personne de s'extraire d'une situation et non de l'y maintenir, de voir son parcours prendre des virages et non de rester éternellement sur une aire de repos.

Pour nous résumer, à l'instar du case manager, le coordinateur de parcours synthétise quatre rôles essentiels :

⇒ **Gatekeeper** (portier) : il permet l'accès à un programme ou un dispositif ;

⇒ **Broker** (courtier) : il recherche les meilleurs partenaires et solutions dans l'environnement de la personne bénéficiaire ;

⇒ **Advocacy** (défenseur) : il relaie les souhaits et défend la cause de la personne bénéficiaire et fait valoir ses droits ;

⇒ **Coach** (accompagnateur-conseil) : il soutient activement, conseille, remobilise la personne bénéficiaire.

Notons que pour l'instant dans le cas français qui nous intéresse, les coordinateurs de parcours en poste ne remplissent pas cette fonction de « portier » (c'est la MDPH qui l'occupe).

*« Voir son parcours prendre des virages et non rester éternellement sur une aire de repos »*

**Les compétences requises par la coordination de parcours sont les suivantes :**

- savoir consulter et négocier (ce sont pour nous les plus importantes car c'est l'essence même de cette fonction tournée vers l'*advocacy*) ;
- posséder un sens des relations humaines : savoir s'adapter à son interlocuteur et le mettre à l'aise, établir un climat de confiance, faire preuve d'empathie ;
- maîtriser les techniques d'entretien avec des interlocuteurs variés présentant parfois des difficultés d'expression ou de compréhension ;

---

<sup>8</sup> Cf. l'*Independent Living Movement* né aux Etats-Unis en 1960 et actuellement en Europe : l'*European Network for Independent Living*.

- savoir communiquer en public, exposer une situation de manière synthétique, savoir se montrer convaincant et assertif ;
- savoir animer des rencontres ;
- être capable de prendre des initiatives ;
- savoir gérer et développer un réseau partenarial ;
- être formé à la méthodologie de projet, pouvoir assurer la gestion globale d'un plan d'accompagnement personnalisé et d'un parcours d'inclusion ou de participation sociale ;
- maîtriser suffisamment l'expression écrite (syntaxe, synthèse, présentation) et avoir des capacités rédactionnelles ;
- maîtriser la gestion informatisée de fichiers et dossiers ;
- maîtriser les techniques d'évaluation et d'enquête de satisfaction ;
- posséder une bonne connaissance du secteur médico-social (des différents dispositifs existants et des populations accueillies, de la situation de handicap, des textes essentiels balisant ce secteur, des principales instances) ;
- savoir s'auto-organiser, planifier ses actions, gérer son capital temps et ses déplacements.

## Que font les coordinateurs de parcours ?

La fonction peut se décliner en une série de missions qui s'enchaînent de manière cohérente et qui sont toutes centrées sur le suivi du parcours de la personne bénéficiaire et ses péripéties, la réalisation de son projet de vie et du plan d'accompagnement personnalisé<sup>9</sup> qui en découle. La personnalisation de l'accompagnement suppose une recherche d'adéquation entre les attentes singulières de la personne bénéficiaire et les réponses qu'on peut lui proposer – à ce titre, les nomenclatures SERAFIN-PH représentent (enfin) un langage commun et un outil précieux. Cette adéquation passe par l'élaboration d'un plan d'action destiné précisément à définir les modalités particulières de délivrance des prestations directes en réponse aux attentes. En outre, cet accompagnement personnalisé doit être en mesure de s'adapter dans le temps aux variations de situations que connaît la personne bénéficiaire et qui constituent son parcours de vie.

L'exercice du case management a l'habitude de se décliner en 5 ou 6 étapes essentielles :

---

<sup>9</sup> Récemment, nous avons choisi personnellement de réserver le terme de *projet* au seul projet de vie émanant de la personne elle-même (peut-on raisonnablement penser un « projet » à la place de quelqu'un ?) et d'utiliser désormais l'appellation de *plan* pour désigner l'ensemble des réponses qu'un opérateur peut proposer à un bénéficiaire pour répondre à ces attentes et besoins.

- ⇒ l'accueil de la personne bénéficiaire dans le dispositif ou le programme (*intake*) ;
- ⇒ l'appréciation de sa situation (*assessment*) : attentes, compétences, ressources ;
- ⇒ la planification et la mise en réseau des réponses et des intervenants (*linking*) ;
- ⇒ la mise en œuvre et le suivi continu (*monitoring*) ;
- ⇒ L'évaluation des effets (*reassessment*) ;
- ⇒ La sortie du dispositif ou du programme.

Sans entrer ici dans le détail de ces diverses étapes<sup>10</sup>, la fonction de coordinateur de parcours consiste en premier lieu à recueillir les attentes d'une personne, à l'aider à structurer sa pensée et son expression, à hiérarchiser des priorités, en passant d'attentes globales ou idéales à des objectifs de plus en plus précis ; bref, à élaborer un projet de vie. Par exemple, une personne désire améliorer son état de santé, mais est-elle prête à perdre du poids, à avoir une meilleure hygiène de vie, à faire du sport, à être moins dépendante de tel traitement ? Une autre souhaite vivre dans un logement indépendant mais a-t-elle songé qu'elle devra accepter de vivre avec d'autres personnes ou bien supporter la solitude ? Qu'elle devra faire face à toute une série d'exigences mais qu'elle pourra également bénéficier d'aides diverses ?

Ensuite, le coordinateur va s'efforcer de solliciter diverses évaluations quant à la situation de la personne : quelles sont les compétences de celle-ci et les ressources de son environnement sur lesquelles il va être possible de s'appuyer (quels sont par exemple les aides humaines et techniques et les modes de compensation disponibles). Il va contacter les professionnels en mesure de fournir des réponses aux attentes de la personne bénéficiaire, que ceux-ci soient internes ou externe au dispositif. Il va s'enquérir de la mise en œuvre des réponses, planifiées au sein du plan d'accompagnement personnalisé et co-évaluer avec la personne bénéficiaire les effets obtenus, puis en tirer avec elle des conclusions pour l'avenir.

### ***Procédure opérationnelle de coordination de parcours et de plan personnalisés<sup>11</sup> :***

© Jean-René LOUBAT

<b><i>Nature des actes</i></b>	<b><i>Acteurs réalisant ces actes (leurs fonctions)</i></b>	<b><i>Temps passé (en minutes)</i></b>
◆ <b>Relation avec la MDPH</b>		

<sup>10</sup> Pour davantage de détail, nous renvoyons à notre ouvrage : *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Dunod, 2017.

<sup>11</sup> Tableau extrait de J.-R. Loubat, *opus cit.*

<b>T0 Réception d'informations :</b>		
- Information concernant la personne en situation de handicap (GEVA, plan personnalisé de compensation du handicap, projet de vie, PPS, notification vers l'ESMS)		<b>30'à 60'</b> <i>(exemple)</i>
<b>◆ Entrée dans l'ESMS</b>		
<b>T1 Premier contact avec l'ESMS :</b>		
- Accueil, communication sur la situation et le parcours de la personne bénéficiaire, information sur l'ESMS, éventuellement conseil aux démarches		<b>30'à 60'</b>
<b>T2 Accueil :</b>		
- Présentation de la personne bénéficiaire, présentation du service (éventuellement du rôle de CPP)		<b>20'à 40'</b>
- Aide à l'élaboration du <i>projet de vie</i> (si non élaboré avec la MDPH)		<b>40'à 70'</b>
<b>T3 Évaluation de la situation de la personne :</b>		
- Recueil approfondi des <i>attentes</i> de la personne ou de ses proches ou aidants et translation dans la nomenclature des besoins SERAFIN-PH		<b>40'à 120'</b>
- Recueil des <i>évaluations de compétences</i> (fonctionnelles, sensorielles, cognitives, psychologiques, sociales) réalisées par divers professionnels		<b>15'à 30'</b>
- Recueil des <i>préconisations</i> éventuelles des professionnels ayant mené les évaluations de compétences		<b>15'à 30'</b>
- Évaluation des <i>ressources et des appuis</i> disponibles dans l'environnement de la personne bénéficiaire par une assistante sociale (ou un autre professionnel selon les cas)		<b>20'à 40'</b>
<b>T4 Élaboration d'un plan d'accompagnement personnalisé :</b>		
- Définition d'un <i>plan d'action</i> (objectifs, moyens, modalités, délais, acteurs) par une réunion de professionnels concernés par les attentes et besoins de la personne bénéficiaire (ou par prise de contact par le CPP s'il en existe un) et translation dans la		<b>60'à 90'</b>

nomenclature des prestations SERAFIN-PH		
<b>T5 Négociation de ce plan avec l'intéressé (ses proches ou ses aidants) :</b>		
- Rencontre avec la partie bénéficiaire afin de négocier le plan d'accompagnement personnalisé établi par l'ESMS et de le valider ou de le réajuster		<b>30'à 60'</b>
<b>◆ Mise en œuvre du plan et suivi du parcours</b>		
<b>T6 Suivi du plan personnalisé :</b>		
- Co-évaluations régulières avec la personne bénéficiaire et les divers acteurs intervenants auprès d'elle ou pour son compte afin de s'assurer que les choix et les réponses contenus dans le plan personnalisé se mettent effectivement en œuvre dans de bonnes conditions et qu'ils produisent bien les effets escomptés. Réajustements éventuels du plan		<b>600'à 900'</b> <i>(étalées dans le temps)</i>
<b>T7 Suivi du parcours :</b>		
- Co-évaluations formelles cycliques (trimestrielles ou semestrielles) et révision éventuelle du parcours avec l'intéressé (et ses proches selon les cas)		<b>120'à 240'</b> <i>(par trimestre ou semestre)</i>
<b>◆ Sortie de l'ESMS</b>		
<b>T8 Passage de relais auprès d'autres acteurs ou non :</b>		
- Contacts et négociations avec la personne bénéficiaire, son entourage, la MDPH, différents partenaires afin d'envisager la <i>continuité du parcours</i>		<b>90'à 120'</b>

Si l'on considère qu'en moyenne 30 heures annuelles peuvent être ainsi consacrées à coordonner une situation et qu'un case manager gère environ une quarantaine de situations (consensus international), cela représente 1 200 heures annuelles. Un temps plein correspond à peu près à 1 500 heures. L'écart est consacré à des préparations, ajustements, réunions de service, rencontres diverses, etc.

**Conclusion : la coordination de parcours s'inscrit dans un nouveau modèle (culturel et organisationnel)**

L'apparition de case managers ou de coordinateurs de parcours s'est toujours appuyée – que ce soit aux États-Unis, au Canada ou ailleurs – sur une reconfiguration de l'action sanitaire ou sociale : le passage d'un primat institutionnel à un système en réseau. Il en va de même en France où cette fonction s'inscrit également dans une reconfiguration générale en marche (mise en place des MDPH, des CPOM, des plates-formes de services, désinstitutionnalisation, développement des réseaux, etc.). Par conséquent, la coordination se trouve être à la fois cause et conséquence d'une diversification des réponses et des acteurs. L'erreur serait de croire en l'implantation de coordinateurs de parcours sans toucher à l'existant. Ne serait-ce qu'à l'échelle d'une organisation sociale ou médico-sociale, l'installation de CP réinterroge nécessairement l'utilisation des autres professionnels, mais également les relations avec les bénéficiaires, les aidants, les autres partenaires, etc. En effet, la logique de parcours modifie pour une part les objectifs poursuivis et les interventions réalisées.

*« L'erreur serait de croire en l'implantation de coordinateurs de parcours sans toucher à l'existant »*

Le constat que nous pouvons dresser est que l'instauration de la coordination de parcours – replaçant la personne bénéficiaire au centre des attentions – réinterroge fondamentalement l'organisation historique mise en place dans notre pays au cours de l'après-deuxième guerre mondiale selon une toute autre logique. En effet, la personnalisation rime avec désinstitutionnalisation car elle devient peu compatible avec certaines formes d'organisations traditionnelles, dans lesquelles les horaires et les murs constituent les principaux cadres de l'action. Ce que conclue le rapport Vachey-Jeannet de 2012 quand il déclare que les modes de catégorisation des ESMS sont des obstacles à la continuité des prises en charge.

L'installation de coordinateurs de parcours suppose donc à terme une transformation des organisations sociales et médico-sociales en plateformes de service. Cette installation soulève un ensemble de questions que nous avons déjà eu l'occasion de développer dans des écrits antérieurs<sup>12</sup>. Rappelons simplement qu'outre le mille-feuille administratif (qui n'est hélas pas près de se simplifier car la simplification est antagonique avec l'existence même d'un État obèse : la complexité étant sa principale raison d'être...), les difficultés tiennent essentiellement à des facteurs humains, psychologiques et sociaux : sous-information, formations inadaptées, dépaysement, pertes de repères et d'identités, poids des corporatismes et des pré-carrés, routinisation et crainte de changements de pratiques, insuffisance des organisations, déficit des outils managériaux (conventions obsolètes, absence de

---

<sup>12</sup> Notamment concernant *Les Cahiers de l'Actif* : « Désinstitutionnalisation et personnalisation : la posture d'avenir face à la situation de handicap », n°430/431/432/433, juin 2012 ; « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », n°446/447, juillet/août 2013.

GPEC et de possibilités de promotion), manque de prospective de la part des employeurs, etc.

En effet, l'adaptation et le changement se heurtent principalement dans notre pays à un « pathos culturel » congénital... La France adore la complexité : on ne remplace pas, on ne change pas, on rajoute, on empile à l'infini ! On multiplie les exceptions, les dérogations, les particularités, à l'image de notre langue<sup>13</sup>. L'exemple des PAG et autres PCPE s'avère à mon sens exemplaire, au lieu de repenser et de poser un système général, on préfère multiplier les bricolages spécifiques pour des situations spécifiques. En matière de coordination, nous nous exposons à un risque potentiel, celui de la multiplication des coordinateurs par territoire, dispositif ou pré-carré, aucun acteur ne voulant lâcher ses prérogatives. Une personne bénéficiaire pourrait ainsi se retrouver avec un coordinateur scolaire, un coordinateur sanitaire, un coordinateur éducatif, un coordinateur pour l'insertion professionnelle, etc., accréditant la boutade prémonitoire de Patrick Gohet : « Si l'on n'y prend garde, il faudra des coordinateurs pour coordonner les coordinateurs. »

Bref, la coordination de parcours n'est pas un gadget à la mode mais procède d'un vaste changement systémique de modèle de pensée et d'action. Quelques soient les freins que nous avons évoqués, d'ordre administratif ou culturel, les raisons démographiques et économiques rendront de toutes les façons un tel changement indispensable, mais il est préférable de penser ce changement que de le subir...

Nombre d'opérateurs, de dirigeants comme de professionnels l'ont compris et débordent d'idées, innovent, mettent en place des expérimentations, sont déterminés à faire évoluer leurs propres parcours. Ce sont les entrepreneurs de l'action sociale et médico-sociale de demain.

## Bibliographie :

### OUVRAGES :

BIZARD F. (2015). *Politique de santé. Réussir le changement*, Paris, Dunod.

BLOCH M.-A., HENAUT L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris, Dunod.

GOBET P., GALSTER D., REPETTI M., SCHERER F., CONSTANTIN E. (2009). *Le Case management en contexte*, Lausanne, Éditions EESP.

GUELLIL A., GUITON-PHILIPPE S. (2014). *Construire une démarche d'expertise en intervention sociale*, Paris, ESF.

HARDY J.-P. (2014). *La marchandisation du social ; fausses peurs et réalité*, Paris, Dunod.

JACOB P. (dir.), (2016). *Il n'y a pas de citoyens inutiles*, Paris, Dunod.

---

<sup>13</sup> La psychanalyse a sans doute raison sur la question de l'homologie entre le langage et la structuration de la pensée...

LOUBAT J.-R., J.-P. Hardy, M.-A. Bloch (2016). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (2017) *Coordonner parcours et plans personnalisés en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod.

LOUBAT J.-R. (à paraître 2018). *Élaborer un projet de structure sociale et médico-sociale* (4<sup>e</sup> éd.), Paris, Dunod.

#### **ARTICLES :**

BECHTOLD M., LOUBAT J.-R., « Il faut faire vivre le projet de vie ! », *ASH* n° 2645, 5 février 2010.

BOUSQUET F., LOUBAT J.-R., « Serafin-PH : une rationalisation attendue ou redoutée » in *ASH* n° 3001, 10 mars, 2017.

LOUBAT J.-R., « Le coordinateur : piège ou cadeau », *Lien social* n° 550, 2 novembre 2000.

LOUBAT J.-R., « Pour une éthique et pragmatique de la consultation : partir des besoins d'un bénéficiaire est la base de tout projet personnalisé », *Les Cahiers de l'Actif* n° 372/373, 374/375, 2008.

LOUBAT J.-R., « Faut-il avoir peur de la désinstitutionalisation ? », in *ASH* n°2701, 18 mars 2011.

LOUBAT J.-R., « Désinstitutionalisation et personnalisation : la posture d'avenir face à la situation de handicap », *Les Cahiers de l'Actif* n°430/431/432/433, juin 2012.

LOUBAT J.-R., « Parcours et projets de vie : vers une reconfiguration de l'action médico-sociale », *Les Cahiers de l'Actif* n°446/447, juillet/août 2013.