

Partenariats et parcours coordonnés

par **Marcel JAEGER**,

Titulaire de la chaire de Travail social et d'intervention sociale
du Conservatoire National des Arts et Métiers

RÉSUMÉ

Partenariat, coopération, coordination : on peut probablement dire qu'il s'agit d'alliances, même si Marcel Jaeger n'utilise pas ce terme.

Les lois de juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et de janvier 2016 sur la modernisation du système de santé insistent sur les coopérations à établir entre les institutions sanitaires et les institutions médico-sociales pour suivre le parcours des personnes : il s'agit là d'un changement de perspective.

Accompagner le parcours implique en effet de rompre avec les logiques institutionnelles et d'obliger les différents acteurs à coopérer puis à se coordonner. Mais la multiplicité des textes législatifs et réglementaires et des rapports autour de ces questions ne fait que refléter la complexité de la mise en œuvre de ces orientations.

Le parcours se conjugue habituellement avec le projet de la personne, qui marque qu'elle est « sujet de droit ». Marcel Jaeger se montre critique vis-à-vis de la notion de projet, notamment le « projet de vie », qui fait partie des documents demandés par la Maison départementale des personnes handicapées. En effet, l'élaboration du projet, et sa réalisation se heurtent aux difficultés et aux ruptures de la vie. L'accompagnement du parcours permet au contraire d'intégrer ces aléas. Il y a là deux types de positionnement professionnel.

Les partenariats et les différentes formes de coopération relèvent aujourd'hui, semble-t-il, de l'évidence. Leur nécessité est en rapport direct avec le niveau de complexité d'un paysage institutionnel dont les professionnels n'ont pas toujours la maîtrise et qui laisse souvent démunies les personnes directement concernées.

La juxtaposition d'organisations, d'actions déclinées en dispositifs, mesures ou prestations, de formations, a conduit à l'édification de systèmes complexes qui rendent très problématique l'articulation entre les intervenants multiples, de cultures différentes, dans un contexte institutionnel et financier qui ne facilite pas leur travail en commun.

Historiquement, des cloisonnements se sont enkystés avec l'intention, pour une grande partie illusoire, d'apporter les réponses les plus adéquates à des cibles de plus en plus petites, à la fois en termes de satisfaction de demandes et de besoins et en termes de performance économique. Mais ils ont aussi produit des doublons : des professionnels s'épuisent à refaire ou à reprendre ce que d'autres ont déjà fait. Les politiques eux-mêmes finissent par se plaindre d'une complexité contre-productive. Enfin, les incohérences entraînent des inégalités de traitement au moment même où sont affichés les principes d'égalité des chances, de citoyenneté, de droits des usagers.

Ces questions ne sont pas nouvelles. Elles ont atteint un paroxysme aux frontières du secteur sanitaire d'une part, du secteur social et médico-social d'autre part.

Nouer et renouer les liens entre santé et action sociale

La thématique du décroisement et, parmi ses déclinaisons, celle de l'articulation du sanitaire et du social datent¹. Même si elles ont évolué au fur et à mesure de l'évolution des textes législatifs, elles continuent de poser problème. Des obstacles subsistent : le poids des mots (« patient » pour les uns, « usager » pour les autres, malgré les multiples incitations à abandonner ces termes à connotation négative), des représentations, des catégorisations administratives, des identités et des cultures professionnelles souvent figées, des clivages législatifs et réglementaires (code de l'action sociale et des familles versus code de la santé publique). Il n'y a que des bonnes raisons à cet état de fait... Heureusement, la capacité d'innovation des différents acteurs concernés, ainsi que les évolutions des politiques publiques ouvrent de nouveaux horizons.

Déjà, la loi dite HPST « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » du 21 juillet 2009 avait appelé à la continuité entre les soins et l'accompagnement social. Ce principe généreux avait connu un « loupé » : son article 51 disposait que les professionnels de santé pouvaient s'engager dans une démarche de coopération. Cependant, les protocoles prévus ne concernaient pas les travailleurs sociaux. Pour autant, cette loi a modifié en profondeur le paysage institutionnel et entraîne des transformations plus ou moins directes dans les rapports entre la psychiatrie et les institutions sociales et médico-sociales.

Tout d'abord, elle a effacé pour partie le clivage institué entre le Code de la santé publique et le Code de l'action sociale et des familles. Les deux codes continuent d'exister avec leur cohérence propre, mais la loi HPST oblige à penser l'organisation en fonction de missions conjointes plutôt qu'en termes de dispositifs nettement séparés. Deux dispositions ont illustré cette nouveauté :

- son article 1 mentionne, parmi les missions de service public exercées « en tout ou partie » par les établissements de santé, « la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétences en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination » ;
- par ailleurs, son article 118 modifie le code de la santé publique en indiquant que les agences régionales de santé réalisent à la fois les « objectifs de la politique de santé » et les « principes de l'action sociale et médico-sociale ».

Cette fois, le législateur ne s'est pas contenté d'opérer des croisements entre la politique de santé et la politique sociale en termes d'orientations générales et de transversalités. Le changement le plus notable est que la loi HPST a déplacé les lignes de partage traditionnelles entre les dispositifs sociaux et médico-sociaux d'une part, sanitaires d'autre part.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 s'inscrit dans le même mouvement. Mais elle opère un double renversement : plutôt que de se polariser sur les dispositifs, elle incite à partir des personnes et à se préoccuper de leurs parcours. Cela implique d'inscrire les actions dans la durée et à ne pas se limiter à des interventions ponctuelles, techniques. En clair, sortir d'une logique de réparation et de « prise en charge », pour aller vers des formes d'accompagnement diversifiées, appuyées sur les ressources des personnes elles-mêmes.

¹ Conseil Supérieur du Travail Social, *Le décroisement et l'articulation du sanitaire et du social*, Editions de l'ENSP, 2007 ; Marcel Jaeger, *L'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 3^e éd., 2012.

Parcours individuels et coopérations

Dans tous les cas, la notion de parcours suppose l'inscription dans la durée ; elle est liée à la place croissante des maladies chroniques dans l'état de santé des citoyens, mais aussi à l'idée qu'une personne bénéficiant de soins aigus, de courte durée, s'inscrit également dans un parcours de vie et pas seulement dans un parcours de soins. Ce principe vaut aussi bien pour la personne concernée par une maladie chronique que pour un individu n'ayant pas de problèmes de santé particulier. De ce fait, la question de la coordination des actions thérapeutiques, parfois très ponctuelles, renvoie à l'idée que d'autres actions que les soins demandent tout autant une coopération des acteurs et leur coordination, mais que, surtout, tout ce qui peut être mis en place en faveur de la personne avec un plateau technique élargi à d'autres intervenants que les soignants, doit, de la même façon, être pensé en lien avec l'ensemble du parcours de vie des personnes.

La notion de projet renforce l'idée d'une continuité dans les parcours d'une personne ; elle souligne qu'en dépit de toutes les apparences, nul ne doit être privé de son avenir ; elle permet d'insister sur la dimension dynamique, au sens où il est dit qu'il n'est d'humanité qu'en mouvement. Donc, si une personne en grande difficulté, voire en situation de dépendance majeure, peut être dite « sujet de droit », cela suppose de créer les conditions de possibilité à la fois de son appartenance à une histoire et de l'expression, autant que faire se peut, d'une volonté personnelle. L'idée de projet est d'emblée à la fois optimiste et rationaliste.

Or, chacun sait que les écarts entre un projet et sa réalisation peuvent être considérables, qu'ils interrogent alors les compétences, les conditions organisationnelles ; c'est d'ailleurs le principal enjeu de l'évaluation de l'activité. Pour beaucoup de personnes, l'idée de projet est même difficile à penser si, au-delà d'un projet d'ampleur limitée (tel projet de soins, projet de déplacement, de rencontre...) doit prendre la dimension d'un « projet de vie », ce qui est pourtant le nom du document attendu par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour décider d'une orientation à cinq ans... D'autre part, la notion de projet rend plus difficile la prise en compte de la complexité des fonctionnements humains, le droit à l'erreur, le droit au retour en arrière, les aléas...

Les parcours, par définition, sont souvent jalonnés d'obstacles. Parmi ceux-ci, certains semblent insurmontables, en particulier lorsque la continuité espérée des parcours se heurte à des clivages institutionnels, dont l'un des plus anciens et des plus problématiques concerne ce qu'il a été convenu d'appeler le sanitaire et le social. De nombreux rapports d'experts ont été consacrés à cette question, étant entendu que les clivages sont la règle : ils concernent tout autant les politiques de l'éducation, de la justice, du travail... Ainsi, le législateur n'a cessé, depuis plusieurs années, d'appeler à ne pas se contenter d'élaborer des projets dont la réalisation était systématiquement compromise par l'existence de fractures structurelles. Comment en effet permettre des parcours bénéfiques aux personnes si la juxtaposition des politiques les contraint à une temporalité courte, dans des dispositifs spécialisés mais aux frontières rigides ? Il est donc apparu nécessaire de compléter la construction de projets à la fois par une atténuation des discontinuités institutionnelles et par l'idée d'un accompagnement de parcours individualisés. C'est ainsi qu'a pris naissance une approche juridique, formelle, normative de la notion de « parcours de soins coordonnés », dont les limites sont apparues très vite évidentes : un parcours dans le seul mode de la prise en charge thérapeutique, dans l'espace à peine élargi d'un « plateau technique ».

Par ailleurs, les notions de partenariat, d'alliance, de travail en réseau sont d'autant plus essentielles lorsqu'est prise en compte la complexité des fonctionnements humains, le droit à l'erreur, le droit au retour en arrière, les aléas...

En l'occurrence, loin d'être des accidents ponctuels, ces aléas, qui viennent des personnes elles-mêmes et des situations dans lesquelles elles se trouvent, sont souvent la règle plus que l'exception². C'est d'ailleurs un des aspects de la définition de la précarité, qui concerne les personnes confrontées à des difficultés sociales et économiques, mais que nous retrouvons aussi dans les fluctuations caractéristiques des parcours de vie perturbés par des pathologies. En témoigne l'importance qui avait été accordée par le *Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*, présenté dans l'instruction DGS-DGOS-DGCS du 20 mars 2012, à quatre types de ruptures justifiant quatre axes de prévention et d'action :

- les ruptures dans le cours de l'existence suite à des événements personnels (maladie, accident...) ou familiaux (séparation...),
- les ruptures avec le monde ordinaire caractéristiques de publics exclus ou de territoires négligés,
- les ruptures entre les institutions ou les professionnels et l'environnement social qui n'en perçoit pas toujours la légitimité,
- enfin les ruptures entre les savoirs savants et les savoirs profanes qui interrogent la prétention à élaborer des projets cohérents et crédibles.

C'est pourquoi la notion de parcours paraît plus ouverte, plus proche des réalités des personnes et des environnements, moins ambitieuse certes, donnant lieu à des approches plus pragmatiques, mais autorisant des mises en perspective sur une durée plus longue et une meilleure prise en considération de l'historicité des individus, même de ceux qui paraissent perdus pour l'humanité.

La même idée se retrouve dans chacun des cinq rapports issus des Etats Généraux du travail social remis en février 2015. Au demeurant, c'est elle qui leur donne une cohérence, si tant est que le rapport aux personnes accompagnées en constitue le fil rouge, à l'exception du rapport sur la formation initiale et la formation continue qui traite uniquement des parcours de professionnalisation, comme s'il était possible d'en faire une question distincte, déconnectée de celle des publics de l'action sociale et médico-sociale...

En premier lieu, le rapport sur La place des usagers, dans la même perspective que le rapport du Conseil supérieur du travail social, Refonder le rapport aux personnes, « Merci de ne plus nous appeler usagers », introduit l'idée d'un changement dans le rapport au temps : « Les travailleurs sociaux ne doivent pas être réduits à activer dans l'urgence des dispositifs administratifs et financiers, mais doivent pouvoir mettre en œuvre des stratégies prenant en compte les parcours individuels ». Cela implique, indique ce rapport, « de passer d'une logique de dispositifs à une logique de parcours ; de penser et d'organiser la globalité et la coordination des accompagnements à partir du parcours des personnes, avec la désignation d'un référent au sein du réseau des intervenants sociaux concernés ; d'œuvrer à la simplification des parcours ; d'identifier un

² J'ai développé ce point est développé dans « Une nouvelle temporalité dans l'action sociale et médico-sociale », *Vie sociale*, CEDIAS, Erès, n° 18, pp. 45-56, 2017.

interlocuteur principal pour la personne concernée et envisager le plus souvent possible un dossier unique ; d'organiser le partage d'informations et l'évaluation conjointe sur les situations complexes, avec le respect de la vie personnelle des personnes et du secret professionnel ; de renforcer l'articulation entre professionnels de santé et travailleurs sociaux afin d'inscrire les démarches de santé au cœur du projet de la personne ; de repenser la contractualisation au cœur de la relation entre le travailleur social et la personne aidée ; de redéfinir la notion de contrat réciproque ; de prendre en compte la notion du temps, du droit à l'erreur, de la contribution de la personne ».

Le rapport *Coordination institutionnelle des acteurs* en tire les conséquences en recommandant la mise en place de référents de parcours, non pour renforcer les dispositifs existant, mais au contraire pour valoriser, dans l'accompagnement des parcours des personnes, la coopération entre les acteurs à travers « des logiques de solidarités d'engagement ». Un autre enjeu est souligné : la fluidité, pour éviter à la fois une stagnation des personnes accompagnées dans un statut figé qui renforcerait leur exclusion ou des fluctuations excessives faisant tourner cette fluidité « à vide ». Un double écueil se profilerait ainsi : une cristallisation des situations ou au contraire une liquéfaction des personnes à travers leur instabilité. Par contre, ce que semblent ne pas avoir vu les auteurs du rapport, c'est que finaliser les parcours par des objectifs de cohérence et d'adéquation aux projets relève au mieux de l'illusion, au pire d'une restriction des espaces de liberté des personnes. D'ailleurs, pour les mêmes raisons, la conception de l'accompagnement des parcours des personnes en difficulté justifiant l'organisation de dispositifs en plates-formes pose de sérieux problèmes.

Il existe en effet un écart entre deux conceptions du parcours : d'une part le parcours vécu par les personnes, constaté par les professionnels ; d'autre part le parcours anticipé par les professionnels, avec l'objectif d'accentuer la réactivité et la justesse des réponses, mais sans s'appuyer nécessairement sur les attentes des personnes concernées.

En tous cas, concernant le référent de parcours, le rapport *Coordination institutionnelle des acteurs* pose une série de questions à propos desquelles le groupe de travail admet qu'il n'est pas parvenu à un consensus : qui choisit le référent ? La personne directement concernée elle-même, comme cela s'est fait en Isère ? La famille ? Mais l'une ou l'autre a-t-elle la compétence pour apprécier si le travailleur social choisi est apte à devenir référent ? Faut-il se fier à une « délibération collective » ? Or, s'il faut faire un choix de référent pour un nombre important de personnes, la formule risque d'être coûteuse en temps. Comme le dit le rapport, ce n'est plus une question de compétences, mais de capacités, dans un contexte de limitation de moyens en personnels. Il faut aussi imaginer que les choix puissent, heureusement pour les personnes, ne pas être définitifs, ne serait-ce qu'en raison de la mobilité des professionnels qui sont, eux aussi, en droit d'avoir des parcours plus ou moins complexes et aléatoires.

La coopération et son prix : la coordination

En rendant obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en donne une définition de ce projet assez nouvelle : dans son article 12, elle indique qu'il doit expliciter les objectifs de l'établissement ou du service, « notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement ».

Ce n'est pas l'article le mieux écrit de la loi. Du point de vue de l'ordre des mots, il eût été plus logique de parler d'abord de coopération, puis de coordination. Car c'est là un des problèmes majeurs. Si la coopération est depuis longtemps un impératif qui se décline dans et entre les institutions et les dispositifs, elle laisse entière la question du pilotage, donc de la coordination.

Autrement dit, les deux termes ne sont pas sur le même plan : la coordination est une obligation fonctionnelle liée à des enjeux de pouvoir ; elle résulte de l'obligation morale et politique de la coopération. Cette dernière a certes, elle aussi, une dimension fonctionnelle, mais elle répond en tout premier lieu à une demande de prise en compte de la complexité et de la pluralité des besoins des personnes en difficulté. D'autre part, la coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs, sachant qu'il n'est guère possible, pour y parvenir, d'échapper à une formalisation des procédures.

La suite du message de la loi du 2 janvier 2002 en est l'illustration, puisqu'elle comporte une section intitulée « coordination des interventions » et expose plusieurs modalités possibles. La liste sera complétée dans un second temps par les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) créés par la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». On atteint là un certain degré de sophistication dans des montages qui ont, au demeurant, l'intérêt de rendre concret le principe général du partenariat. Mais c'est aussi dans la mise en place effective de ces GCSMS que l'on peut se confronter à des croisements parfois délicats entre la rationalisation des dispositifs et les avantages qu'en tirent les usagers, sans oublier les difficultés à surmonter dès lors où il s'agit de mettre en commun des moyens et de gérer un personnel à temps partagé.

Pour ce qui est des personnes accompagnées, le lien est de plus en plus fortement établi entre l'idée d'un référent unique et la « bientraitance », thème particulièrement mis en avant par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM). La coopération et la coordination sont au cœur de plusieurs de ses recommandations. Par exemple, celle relative à la mission du responsable de service et au rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile (2009) demande que les coordinations entre les professionnels du service et les autres intervenants chez l'utilisateur – y compris les bénévoles – soient formalisées, organisées et périodiquement vérifiées. Un référent doit être identifié au sein du service pour que chaque usager ou intervenant extérieur au service sache à qui s'adresser pour obtenir des informations. Des échanges réguliers sont également préconisés pour créer une réelle complémentarité entre les services apportés à l'utilisateur. Ceci permet de restreindre l'impact des relations interpersonnelles et des conflits personnels éventuels dans la manière dont les professionnels organisent ensemble leurs actions et de limiter les risques d'omission ou de contradiction entre les approches adoptées.

Pour autant, tout ceci ne règle pas la question de la segmentation des politiques et des dispositifs. Nous en avons une première idée avec les recommandations de l'ANESM qui traitent de la coordination et de la coopération à la fois dans des textes à portée générale (sur la bientraitance, sur le projet personnalisé) et dans des recommandations sectorielles qui montrent notamment comment ces questions sont plus ou moins prioritaires, selon les secteurs d'intervention. Et on ne s'étonnera pas que les services d'aide à domicile soient en bonne place quant à la nécessité de mieux réguler une pluralité d'intervenants.

Former à la coopération, coordonner les formations

En dépit de quelques formules transversales aux différents domaines de l'action sociale et médico-sociale, les modalités de la coopération et de la coordination continuent donc de se construire dans des champs séparés. Plusieurs initiatives récentes ont en commun de se réclamer de la recherche de cohérence, mais ne tiennent pas compte de ce qu'une même personne puisse relever simultanément ou successivement de dispositifs spécifiques.

Les établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes « n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » ont également leurs propres obligations en matière de définition des missions d'un référent pour chaque personne, avec des modalités particulières de désignation, ainsi que pour la mise en place, par une équipe pluridisciplinaire, d'une « coordination des différents professionnels entre eux et avec les partenaires extérieurs »³. Mais il ne s'agit là que d'orientations internes à l'établissement ou au service, devant être énoncées dans le projet institutionnel et pour cette seule catégorie de structures.

Dans cette logique, les coopérations supposent que les différents professionnels de chacune des filières (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants spécialisés...) se connaissent, apprennent à travailler ensemble, coordonnent leur action autour de projets communs.

Le législateur s'est prononcé sur ce point : l'article 15 de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale indique que « les prestations délivrées par les établissements et services (...) sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées ». Son message est double : pas d'intervention sans mise en synergie de professionnels issus de champs disciplinaires différents et pas de synergie en l'absence de qualification des intervenants. Sur ce point, la qualification issue d'une formation n'est pas seulement une garantie quant à l'acquisition de compétences pouvant concourir à une intervention de qualité ; elle doit, bien entendu, intégrer l'appropriation d'une culture de la coopération et de la coordination.

Mais s'il faut un cadre juridique pour pérenniser les collaborations et dépasser les seules empathies entre différents intervenants, il importe surtout que soit pensée la question de la coordination des actions, que les niveaux de travail en commun soient définis, que la rencontre soit aussi celle de cultures différentes, donc que des formations transversales soient mises en place. Cela suppose d'inciter aux collaborations qui, dans certains cas, vont au-delà de la convention simple et conduisent à des regroupements entre instituts de formation.

Des initiatives ont déjà été engagées pour des actions de formation continue pluriprofessionnelles, transprofessionnelles, transsectorielles..., par exemple dans le cadre du volet formation de la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998. Dans le même esprit, le Conseil supérieur du travail social a régulièrement insisté sur la nécessité de formations adaptées aux problématiques des personnes concernées par l'exclusion ou par les difficultés psychologiques, en souhaitant des formations croisées entre les différentes catégories d'intervenants.

³ Décret n° 2009-322 du 20 mars 2009.

Des injonctions plus pressantes ont vu le jour avec la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit ainsi, dans son article 25, deux dispositions dont il conviendrait de s'inspirer :

1. L'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux, les travailleurs sociaux, les magistrats, les personnels enseignants, les personnels d'animation sportive, culturelle et de loisirs doivent recevoir une formation initiale et continue, en partie commune aux différentes professions et institutions dans le domaine de la protection de l'enfance en danger.
2. Les cadres territoriaux doivent avoir suivi une formation adaptée à l'exercice de leurs missions, formation qui doit être en partie commune aux différentes professions et institutions concernées par la protection de l'enfance.

Cette formule a été donnée en exemple dans le rapport 2008 de l'ONFRIH (Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap), mais sans trouver beaucoup d'écho. En fait, la formation des professionnels de l'action sociale et médico-sociale est à l'image du paysage général : de bonnes intentions, dans le meilleur des cas, et une baisse d'énergie dès qu'il s'agit de substituer aux cloisonnements institutionnels des projets articulant plusieurs dynamiques. Il y a des raisons tout à fait légitimes aux résistances : craintes fondées d'une déperdition d'identité, de sens, méfiance vis-à-vis de ce qu'il est convenu d'appeler des « usines à gaz », alors que, au contraire, l'objectif est de renforcer les liens entre les acteurs en continuité avec ce qui est par ailleurs défendu sous la forme, notamment, de l'intervention sociale d'intérêt collectif.

Enfin, la place accordée dans les formations à une approche éthique de la coopération et de la coordination doit pouvoir assurer que l'évolution des politiques publiques en la matière ne portent pas atteinte aux valeurs sans lesquelles l'intervention auprès des personnes en difficulté risque de se transformer en gestion de flux et de stocks. Enfin, comme l'expliquait une recommandation de l'ANESM relative au projet personnalisé (2009) « la désignation d'un coordinateur de projet n'exonère pas l'ensemble des professionnels qui interviennent autour de la personne de maintenir un lien attentif et respectueux avec elle. La personne est d'ailleurs susceptible de choisir un moment et un professionnel pour exprimer ses avis ou montrer satisfaction ou malaise, qui ne sont ni les moments officiels de bilan, ni le coordinateur désigné ». On se méfiera par conséquent des discours dogmatiques sur la coopération et la coordination, qui ne tiendraient pas compte de ce rappel au principe élémentaire du droit de la personne, y compris en très grande difficulté et en situation de dépendance, de ne pas s'inscrire dans la même culture que celle des professionnels chargés de l'aider.

SOMMAIRE

Traverses – La revue du CREAI Centre-Val de Loire

N°2 – 2018 – 10 €

Au sommaire de ce numéro :

- S'unir pour agir ? - *Noël LE GOFF*
- Partenariats et parcours coordonnés — *Marcel JAEGGER*
- La coopération, entre idéal de la complémentarité et régulation dans le champ professionnel segmenté du travail social - *Yvette MOLINA*
- Faire alliance autour du projet de l'utilisateur : quels préalables et quelles méthodes ?
- *Roland JANVIER*
- Le travail en réseau au service des alliances — *Thierry TOURTE*
- Faire alliance : un jeu de savoirs et de pouvoirs — *François FAUCHEUX*
- "Rondeur" de l'alliance... un mot pour un mieux ? - *Nicole LAVAL-TURPIN*
- Complémentarités et alliance — *Séverine DEMOUSTIER*
 - De la coordination à l'alliance — *Claude LAIZÉ*
- Le "Collectif Hébergement" ou comment une commande institutionnelle permet la rencontre de partenaires qui agissent pour plus de partenariat ! - *Collectif Hébergement*
- La coopération des professionnels autour de l'accompagnement de fin de vie des personnes handicapées dans l'Indre — *Julie CROMARIAS, Emmanuel DEVEAU, Elisabeth DODU, Corinne FERRET*
- Chloé : la force de vie dans un accompagnement de fin de vie : un paradoxe — *Caroline PUGET, Nathalie ODIN, Amélie MONTBARBON*
 - Maxime — *Perrine BOIN*
- L'inclusion ou l'opportunité de penser l'alliance entre médico-social et droit commun : récit d'une expérience — *Virginie DUPUY*
 - Alliance — *Anne-Cécile CHAPUIS*

BON DE COMMANDE

À retourner au CREAI Centre-Val de Loire — 35 av. de Paris — 45000 ORLEANS

Mail : creai-centre@creai-centre.asso.fr

TRAVERSES—La revue du CREAI Centre-Val de Loire—N°2 -

« Faire alliance ? »

Nom

Prénom

Fonction

Structure

Adresse

Tél.

Mail

Commande X 10 € (indiquer le nombre d'exemplaires commandés)

Règlement : par chèque à l'ordre du CREAI Centre-Val de Loire

Frais de port pour 1 exemplaire : 3 €

Aucune revue ne sera envoyée sans règlement préalable.

Merci de votre compréhension

