



**Carole PEINTRE**

Déléguée Fédérale

[Carole.peintre@ancreai.org](mailto:Carole.peintre@ancreai.org)

[www.ancreai.org](http://www.ancreai.org)

# Des réformes aux projets personnalisés

*Jeudi 6 juin 2019 - Carcassonne*

# Une mise en mouvement du secteur médico-social qui s'accélère !



# Une avalanche de textes réglementaires, outils, informations...



**Un manque de visibilité qui produit de la confusion, perte de sens, de ligne directrice...**



# Nous sommes dans une période de transition !



## PERIODE DE TRANSITION

- **Passer de la « révolution législative »** des années 2000 et 2010 : lois 2002, 2005, 2009 (HPST), 2015 (adaptation de la société au vieillissement, 2016 (loi santé) à la « révolution organisationnelle ».
- **Le virage inclusif** : forte volonté politique de cabinet du Secrétariat d'Etat aux personnes handicapées (école inclusive, habitat inclusif, emploi accompagné, etc.).
- **Dans un contexte budgétaire contraint** : nombreux arbitrages (qui passent par l'objectivation des ressources utilisées au regard des effets / résultats).

# Des changements sur plusieurs plans !

**Evolution des  
concepts  
fondamentaux**

**Des politiques sociales, sanitaires et médico-  
sociales qui ont des orientations communes**

**Une transformation médico-sociale**

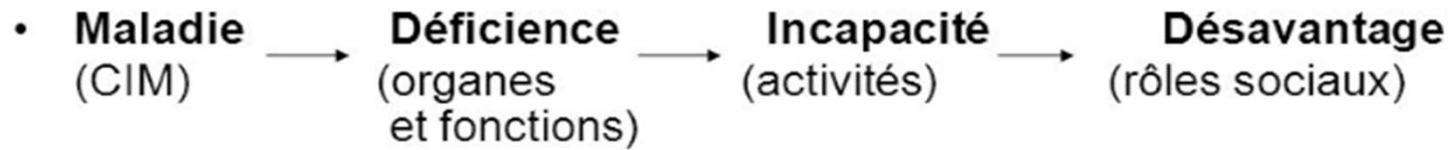
**Des pratiques professionnelles en mutation**

# ① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** ..... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social.
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap .... à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne .... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir**.

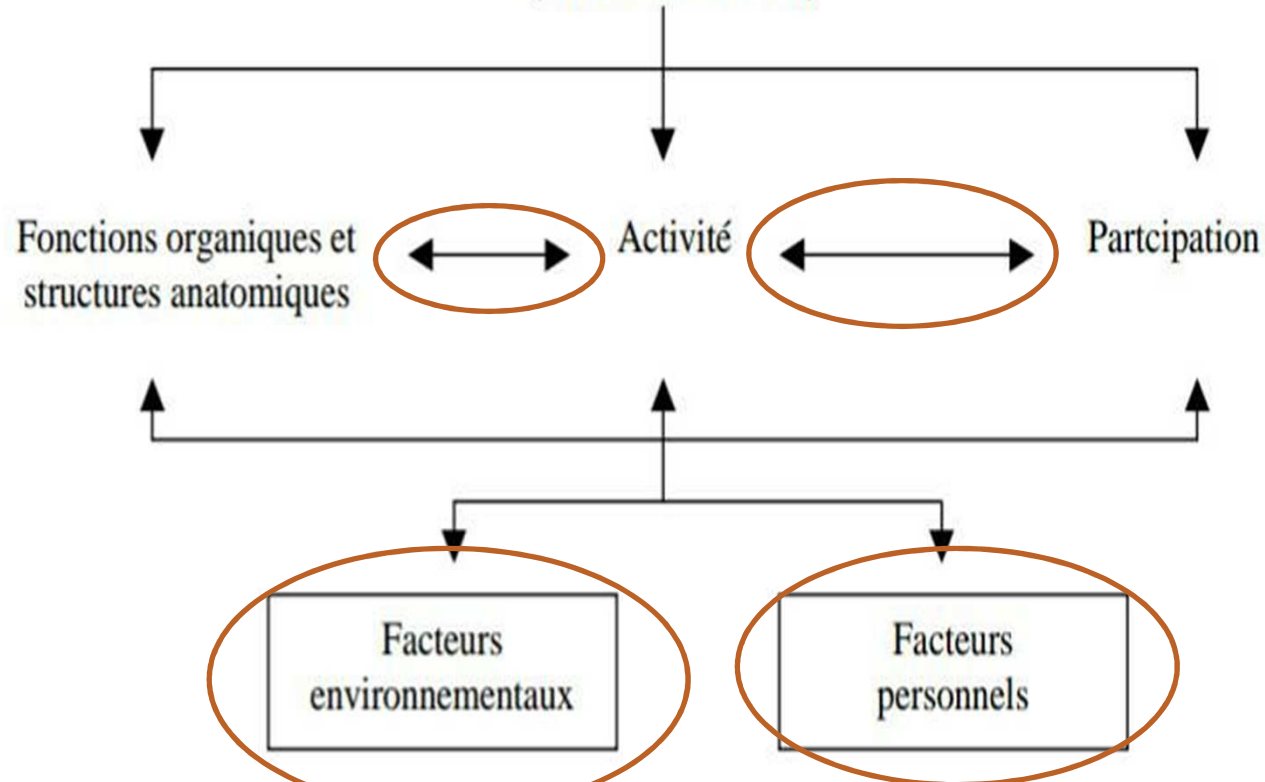


## Classification Internationale des Handicaps (OMS, 1980)



### Problème de santé

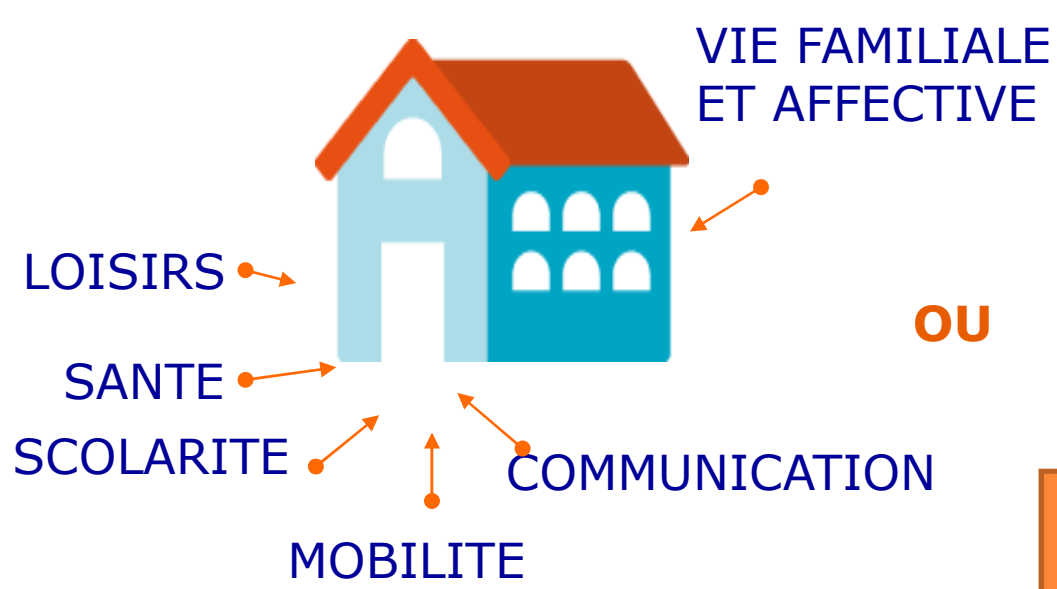
(trouble ou maladie)



**Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS, 2001)**

# ① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** .... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (*« responsabilité populationnelle partagée »*).
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap .... à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne .... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir**.



OU



*« Chacun est indispensable et insuffisant »*

ANCREAI - 06/06/2019

# ① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** .... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. **De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.**
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap .... à **l'inclusion** sociétale ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne .... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir.**

ANCREAI - 06/06/2019

## DE LA PRISE EN CHARGE ET/OU DE LA FILIÈRE... AU PARCOURS D'ACCOMPAGNEMENT.

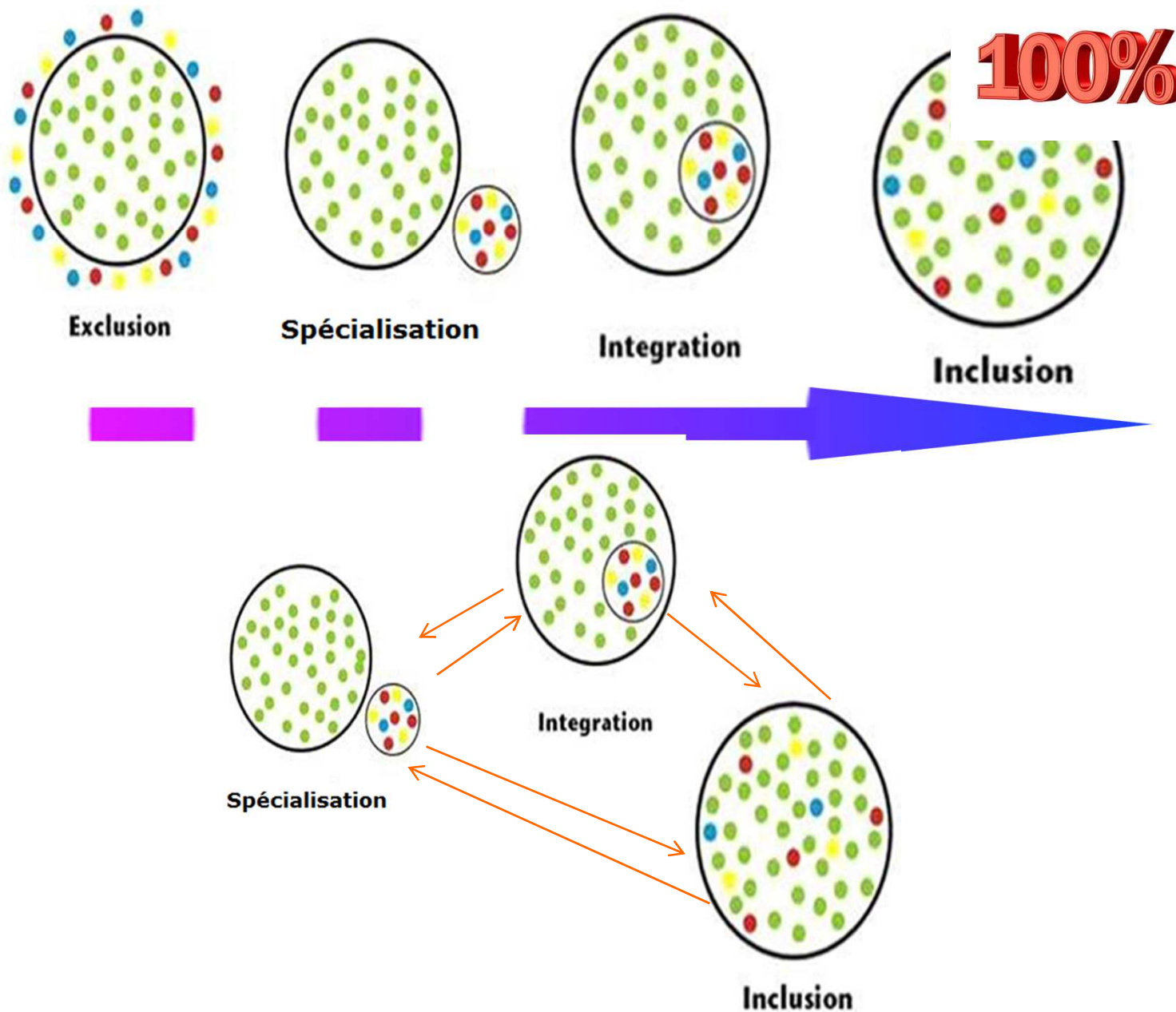
- Pas de passage automatique et prolongée d'une « prise en charge à l'autre », au sein d'une même association (« pas de bout de chaîne »).
- Des solutions **modulaires adaptées** aux besoins et attentes **tout au long du parcours de vie** (qualité de l'évaluation et de l'articulation des réponses territoriales).
- Mise en exergue **d'étapes du parcours de vie déterminants** : pour **la trajectoire de développement de la personne** (ex : précocité des accompagnements), en raison des risques de rupture plus fréquents (ex : passage à l'école élémentaire, au collège, au dispositif adulte), en lien avec l'apparition de comorbidités ou nouveaux besoins (ex : vieillissement), ou encore à des changements d'environnement (ex : projets inclusifs – scolarisation, habitat, emploi, et.)

# ① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** .... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle) ... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social (« *responsabilité populationnelle partagée* »).
3. De la prise en charge ou filière.. à une logique de parcours de vie.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap .... à **l'inclusion** sociétale (principe de subsidiarité du droit commun) ;
5. De la prise en compte de l'avis de la personne .... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir**.

ANCREAI - 06/06/2019

# Du « 100% inclusif » à la société inclusive



# ① EVOLUTION DES CONCEPTS FONDATEURS / MODÈLES

1. Du **modèle biomédical** .... à un **modèle bio-psycho-social**.
2. D'une réponse globalisante (ou sectorielle)... à une réponse articulée des **ressources territoriales** au niveau sanitaire, social et médico-social.
3. **De la prise en charge** .... au **parcours d'accompagnement**.
4. Des lieux spécifiquement adaptés aux besoins des situations de handicap..... à **l'inclusion** sociétale.
5. De la prise en compte de l'avis de la personne .... à **l'expertise expérientielle, l'autodétermination et le pouvoir d'agir**.



# L'expertise expérientielle ou « d'usage »

L'expertise des personnes est légitime en raison d'une part de leur vécu des limitations fonctionnelles et des restrictions de participation et d'autre part, en tant qu'usager de prestations sanitaires, sociales et médico-sociales.

- ⇒ **Reconnaissance de l'expertise expérientielle dans la co-construction des projets personnalisés de soins et d'accompagnement,**
- ⇒ **Partir de ce qui fait sens pour la personne,**
- ⇒ **Associer les personnes en situation de handicap dans l'évaluation de la qualité des services rendus par les ESMS, dans les diagnostics territoriaux, etc.**

# L'auto-détermination et le pouvoir d'agir

Le principe d'autodétermination est caractérisé par la capacité d'une personne à **faire des choix** et à agir sur sa vie **pour elle-même et par elle-même**.

Développer cette capacité à faire des choix **participe à développer le pouvoir d'agir de la personne, c'est-à-dire la possibilité d'agir sur son environnement** (ex : l'accès à des biens ou services qu'elles souhaitent / bien être ; participer à la définition de règles collectives de l'espace ou du groupe social dans lequel elle évolue - citoyenneté, etc.)

↳ **C'est vraiment un changement de perspective** : envisager l'autonomie de la personne sous l'angle de la capacité à définir ce qui est bon pour elle, en tenant compte des facteurs environnementaux (qui l'entravent ou la soutiennent) et la rendre actrice de son projet, de ses activités, de la mise en œuvre de ses choix. Participer à des fonctions représentatives (CVS), etc.

# Des changements sur plusieurs plans !

**Evolution des concepts fondamentaux**

**Des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales qui ont des orientations communes**

**Une transformation médico-sociale**

**Des pratiques professionnelles en mutation**

## ② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. **Approche intersectorielle et territoriale.**
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

## APPROCHE INTERSECTORIELLE ET TERRITORIALE

- **Approche territoriale de la santé et de l'action médico-sociale.** Création des ARS. Définition de territoires de santé. Diagnostics Territoriaux Partagés (DTP) et élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) et programmation par appels d'offre (éventuellement conjoints ARS/CD). Convergence PA /PH dans des schémas départementaux « autonomie » ou création de MDA (MDPH + équipes APA).
- **CPOM** pour favoriser une approche « intersectorielle » (inter-ESMS » de l'association) et territoriale.
- **Loi 2016 de la protection de l'enfance** qui propose une approche par les besoins de l'enfant : convergence avec les besoins évalués par le GEVA (mieux répondre aux enfants à difficulté multiple. Cf. atelier 1).
- **Secteur PA** : MAIA, développement de différentes formes d'habitat inclusif, de l'EHPAD aux pôles gérontologiques.

## ② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. **Réduire les inégalités territoriales et viser le « zéro sans solution ».**
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

# La démarche « RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS »

<b>Axe 1</b>	<b>Mise en place du dispositif d'orientation permanent par les MDPH</b>
<b>Axe 2</b>	<b>Déploiement d'une réponse territorialisée</b>
<b>Axe 3</b>	<b>Création d'une dynamique d'accompagnement et de soutien par les pairs</b>
<b>Axe 4</b>	<b>Accompagnement au changement des pratiques</b>

**Elaboration du PAG**

**Développement des contrats partenariaux.**

**Renforcement de l'implication des personnes concernées et des associations dans la prise de décision.**

**SI, démarches administratives, pratiques professionnelles**

ANCREAI - 06/06/2019

## ② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. **Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.**
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.



# Un contexte budgétaire contraint

- Cette évolution favorable des politiques publiques en faveur des situations de vulnérabilité **s'inscrit dans un contexte d'enveloppes fermées.**

↳ D'où la nécessité de **maximiser l'efficacité dans l'allocation des ressources**, qui dépend :

- d'une évaluation fine des besoins des personnes en situation de handicap (dans les ESMS, mais aussi ceux restés à l'écart : placement en Belgique, domicile par défaut, etc.),
- de leurs attentes (projet de vie - inclusion et *Empowerment*),
- de l'évaluation de la quantité et de la qualité des services rendus par les ESMS,
- et de la qualité de leur articulation / complémentarité avec les ressources sanitaires, sociales et de droit commun.

## ② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées (SERAFIN-PH).
5. Définition et gestion des informations à collecter et traiter.

# REFORME SERAFIN - PH

## Objectifs initiaux (2015)

- **Un financement plus juste** : sortir d'une dotation financière « historique » → prendre en compte la nature et le niveau des besoins des personnes en situation de handicap accompagnées et de l'organisation des prestations de la structure médico-sociale.
- Un financement **favorisant des réponses plus souples** : en interne (modularité de l'accompagnement), dans le cadre d'actions partenariales (co-intervention) ou encore sur le territoire (intervention auprès de personnes en attente, expertise auprès d'ESMS non spécialisés ou d'acteurs du droit commun, etc.).

**Envisager d'autres modèles de financement du handicap en France : financement à la personne ? Financement mixte ?**

## OÙ EN EST ON DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION ?

- 1<sup>ère</sup> phase achevée : construction des **outils** permettant l'**objectivation des caractéristiques des publics accompagnés et de l'activité des ESMS**. *Mais nomenclatures pas outils.*
- 2<sup>e</sup> phase en cours : Etudier plusieurs « modèles de financement ».
- **Prochaines échéances ? Sept. 2019** : rapport remis à la secrétaire d'Etat concernant trois « scénarios » (modèles et modalités de déploiement).
- **2019/2020** : **approfondissement** des propositions de scénarios d'évolutions et les premières mesures sont attendues pour la campagne budgétaire 2021.
- **2019/2021** : **Etudes Nationales de Coûts (ENC)** pour objectiver les temps de soins et d'accompagnement mobilisés (valorisés financièrement) pour chaque personne dans un échantillon d'ESMS.

## UNE VISÉE DESCRIPTIVE DES NOMENCLATURES

- Les nomenclatures SERAFIN offre **un langage commun** (au sein de l'ESMS, avec les autorités de tarification, avec les partenaires et les familles)...
- ... car construite sur une approche civique.
- **Non réglementaires** tant que le modèle tarifaire n'est pas arrêté...
- ... MAIS déjà citées **dans les appels à projets** (dont PCPE), **les CPOM, les projets d'établissements, les projets individuels, les SI, etc.**

## ② DES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES QUI ONT EN COMMUN :

1. Approche intersectorielle et territoriale.
2. Réduire les inégalités territoriales de santé et viser le « zéro sans solution ».
3. Un contexte budgétaire contraint qui nécessite de maximiser les ressources.
4. Réforme tarifaire des ESMS qui repose sur les besoins des personnes accompagnées et les prestations réalisées.
5. **Définition et gestion des informations à collecter et traiter.**

# DÉFINITION ET GESTION DES INFORMATIONS À COLLECTER ET TRAITER.

## Une masse d'informations à collecter, partager et traiter pour :

- **L'évaluation fonctionnelle** (multidimensionnelle) et non plus seulement le diagnostic ; **faire évoluer** les projets tout au long du parcours de vie (évaluations renouvelées)
- **Co-construire les projets** avec la personne, sa famille, l'équipe pluridisciplinaire et **partager des informations** dans le cadre de solutions modulaires qui privilégient le droit commun (multiplicité des acteurs).
- **Planifier** une répartition territoriale des ressources adaptée aux besoins (DTP, CPOM, etc.)
- **Vérifier l'efficacité de l'utilisation des ressources** en fonction des prestations fournies et des besoins des personnes (tarification).

# DÉVELOPPER LES SYSTÈMES D'INFORMATION (SI)

- Mise en place du **SI MDPH**.
- Mise en place de **Via trajectoire** (suivre les orientations et identifier les listes d'attente).
- Mise en place des **SI dans les ESMS** (pb du dossier de l'utilisateur – pas de référentiel + besoin d'un financement de l'équipement mais surtout de la formation des professionnels : *réflexion nationale en cours sur un Plan numérique*).

➤ **A quand un SI rattaché au parcours de la PH ?**



# Des changements sur plusieurs plans !

**Evolution des  
concepts  
fondamentaux**

**Des politiques sociales, sanitaires et médico-  
sociales qui ont des orientations communes**

**Une transformation médico-sociale**

**Des pratiques professionnelles en mutation**

### ③ UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

1. Des établissements et services médico-sociaux ouverts sur leur environnement (*« l'inclusion = ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir »*).
2. Des ESMS qui participent au maillage territoriale et proposent une fonction d'appui-ressource au territoire.
3. Fonctionnement en dispositif, PCPE, plate-forme de service.
4. La participation à des projets inclusifs

## MAILLAGE TERRITORIAL

- Ne pas créer des dispositifs spécifiques ou partenariats entre structures pour répondre à des situations « *qui n'entrent pas dans les cases* » → **intervenir en complémentarité des autres, sur son champ d'expertise.**
- Il s'agit moins que jamais pour chaque structure de prétendre répondre à TOUS les besoins des personnes qu'elle soigne ou accompagne → l'intervention respective de chaque acteur est « **à la fois indispensable ET non suffisante** ».
- Chaque acteur peut constituer **une porte d'entrée du parcours de soins et d'accompagnement.**
- Principes d'intervention: **Co-responsabilité territoriale ET Subsidiarité**

## UNE FONCTION D'APPUI-RESSOURCE AU TERRITOIRE

- ❑ **Notion introduite dans la nomenclature des « prestations » de SERAFIN – PH.** Egalement reprise dans la circulaire de la transformation de l'offre médico-sociale du 2 mai 2017.
- ❑ **Faire profiter de leur expertise** à d'autres professionnels (non spécialisés ou du droit commun) ou à des aidants familiaux ou encore à des PSH n'appartenant pas à leur file active.
- ❑ **Intérêt :** apporter une réponse de proximité, transférer des compétences ou des outils, donner un conseil ou apporter un avis distancié.

↪ **Un levier essentiel pour le virage inclusif :** « sanctuariser » l'expertise médico-sociale, acculturer les équipes à d'autres interlocuteurs, à des interventions en milieu ordinaire, valoriser l'expertise des professionnels (motivation pour une aide au changement), etc.

## EXEMPLES DE FONCTION D'APPUI-RESSOURCE AU TERRITOIRE (SESSAD)

- **Appui d'un SESSAD TSA à un SESSAD non spécifique** pour l'accompagnement d'un enfant autiste sur un territoire non couvert ;
- **Délégation du service public d'information/accueil de la MDPH** à un SESSAD disposant d'un traducteur permanent en LSF ou bénéficiant de supports en braille ;
- Disposer de financements supplémentaires pour **intervenir sur des enfants en attente d'admission** ;
- **Former les personnels d'un SSIAD** à la toilette de l'enfant polyhandicapé ou une ludothèque à accueillir un public non voyant.
- **Appui d'un SESSAD TSA à un ESAT non spécifique** pour l'accompagnement d'un jeune adulte autiste en ESAT « tous publics ».

### ③ UNE TRANSFORMATION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

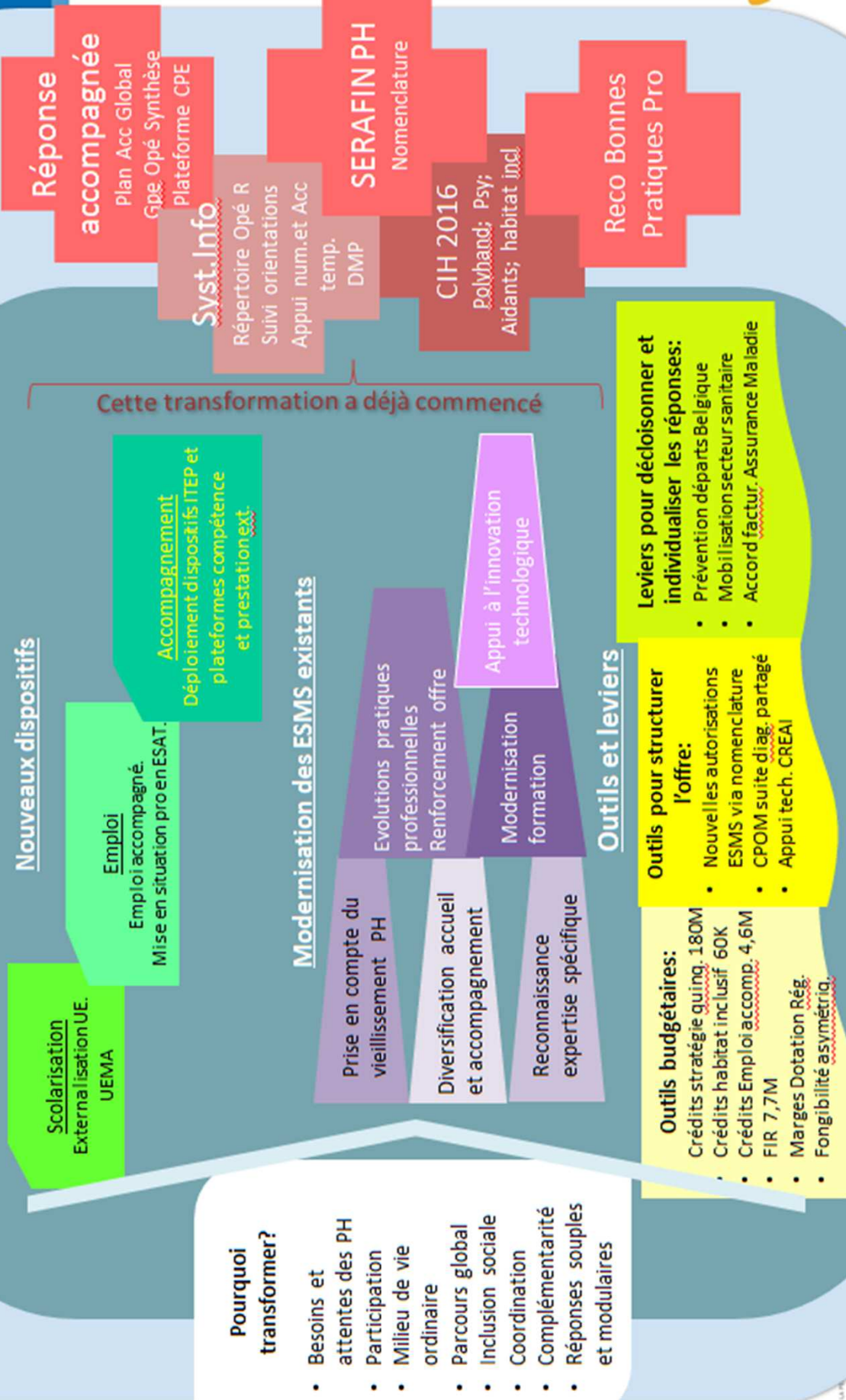
1. **Des établissements et services médico-sociaux ouverts sur leur environnement** (*« l'inclusion = ce n'est pas fermer les établissements mais les ouvrir »*).
2. Des ESMS qui participent au maillage territoriale et proposent une fonction d'appui-ressource au territoire.
3. La participation à des projets inclusifs
4. Fonctionnement en dispositif, PCPE, plate-forme de service.

## FONCTIONNEMENT EN DISPOSITIF, PCPE, PLATE-FORME DE SERVICE

- **Dispositif : Dispositif ITEP** (inscrit dans la loi Santé 2016). Principe : orientation sans précision sur le mode d'accueil (ambulatoire, externat, internat) pour plus de souplesse dans l'accompagnement → **A vocation à se généraliser avec la réforme des autorisations** qui propose aussi des agréments plus souples et étendus (mode d'accueil et clientèle).
- **PCPE** : **Répondre à des besoins non satisfaits** et des situations nécessitant souvent **des prestations difficiles à mobiliser** (rareté, expertise pointue, etc.), en attente d'admission, sans solution, **nécessitant une coordination**. Propose des prestations de salariés du PCPE, de libéraux et mobilisent les partenaires susceptibles d'apporter des prestations adaptées. Ce n'est pas un établissement supplémentaire (pas d'agrément), ne remplace pas la MDPH ni la démarche RAPT: « *met de l'huile dans le maillage territorial et colmate les trous* ».
- **Plate-forme de services** : Aujourd'hui, surtout utilisée pour mutualiser certains moyens, équipements.
- **Plate-forme d'intervention et de coordination « Autisme TND » de 2ème ligne**, chargée d'organiser rapidement les interventions de différents professionnels libéraux (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) sans attendre le diagnostic, selon un parcours de soins sécurisé et fluide. (**stratégie nationale Autisme 2018-2022**).

Circulaire DGCS du 2 Mai 2017

## Transformation de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées



### Pourquoi transformer?

- Besoins et attentes des PH
- Participation
- Milieu de vie ordinaire
- Parcours global
- Inclusion sociale
- Coordination
- Complémentarité
- Réponses souples et modulaires

## Organisation territoriale PRS 2



# Des changements sur plusieurs plans !

**Evolution des  
concepts  
fondamentaux**

**Des politiques sociales, sanitaires et médico-  
sociales qui ont des orientations communes**

**Une transformation médico-sociale**

**Des pratiques professionnelles en mutation**

## ④ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES EN MUTATION

- Une multiplication des acteurs avec lesquels interagir (approches disciplinaires, cultures professionnelles) et partager de l'information= **nécessité d'un langage commun.**
- Une approche moins par « catégorie diagnostique » que par la notion de **troubles neurodéveloppementaux** (Filière DéfiScience).
- Développer **les compétences en évaluation fonctionnelle.**
- **Interventions plus précoces.**
- **Soutenir et professionnaliser les fonctions de coordination.**
- Développer les compétences et outils pour le **développement de la communication, de l'auto-détermination et du pouvoir d'agir.**
- La **révolution numérique.** Formations pas seulement sur l'outil technique mais comment **intégrer la collecte d'informations dans les pratiques d'accompagnement.**

# PROJETS PERSONNALISÉS EN SESSAD

- **Projet co-construit à partir d'une évaluation fonctionnelle partagée** (avec la personne elle-même, ses représentants et les partenaires). Formation des équipes et privilégier un langage commun (approche civique et non clinique dans le partage d'informations) : *Projet personnalisé construit sur une structuration issue de la « Nomenclature des besoins Serafin » ?*
- **Identifier, pour chaque situation**, une fois l'évaluation des besoins réalisée, **les ressources** : professionnelles internes (*les caractériser à partir de la Nomenclature Serafin des prestations?*), les ressources de l'enfant et de son entourage (sur quelles compétences, appétences, attentes, s'appuyer), les ressources du territoire.
- **Evaluer la mise en œuvre du projet personnalisé** : les ressources ont-elles été mobilisées et pourquoi pas ? Triptyque des effets perçus.
- Pour chaque action envisagée, **privilégier une réponse de droit commun**. Agir si nécessaire sur l'environnement.
- Le projet personnalisé **en articulation avec le projet de service, le projet associatif et le projet de territoire** : Etre une ressource parmi d'autres (changement de posture professionnelle et évolution organisationnelle).

# LES CONDITIONS DE REUSSITE DE CES REFORMES



## Les conditions de réussite de ces réformes

- Mobilisation des dispositifs de droit commun et développement de projets plus inclusifs, tout en conservant l'accès aux dispositifs spécialisés lorsque c'est nécessaire (notion de graduation de l'offre par degré de spécialisation et d'expertise, autour d'un principe de subsidiarité).
- Enjeux autour **des outils et process d'évaluation** (projet personnalisé, CPOM, réforme serafin, etc.).
- Enjeux autour de **la mesure de l'activité des ESMS** (notamment pour allouer des ressources « justes » dans les solutions modulaires).
- Ne pas confondre « plus de liberté de choix pour les PSH » **avec une remise en question de la solidarité nationale** (risque de reste à charge, niveau de qualité hétérogène, fragilisation des organisations médico-sociales).

## Des scénarios d'avenir pour les SESSAD ?



# DES SESSAD TOUJOURS PRÉSENTS MAIS DIFFÉRENTS

- Équipe « ambulatoire » de l'établissement (fonctionnement en dispositif).
- Coordination de projets en lien avec les libéraux.
- Coordination renforcée sur des projets séquentiels.
- Appui auprès d'ESMS non spécialisés pour assurer des réponses de qualité de proximité .
- Appui à des acteurs de la Cité pour rendre accessible l'environnement (« société inclusive »).
- Développement de la prise en charge précoce.
- Intégration de l'expertise parentale avec des outils partagés.
- Recours à des expertises professionnelles spécifiques (centres de ressources, méthodes, etc.)

**Merci de votre attention.**

