

**Dispositifs de coordination :
En finir avec le « mille-feuille à la française »
pour la santé des personnes, des professionnels
et des territoires**

Marie-Aline Bloch, Professeure de l'EHESP

Collectif de recherche handicap autonomie société inclusive (CoRHASI)

Unité INSERM 1309 « Recherche sur les Services et le Management en Santé »

Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051

Rapport rédigé dans le cadre de la convention de recherche
entre l'EHESP et la CNSA pour 2016 à 2022

Mars 2022

(mis à jour en juin 2022)

Table des matières

Remerciements	5
Résumé	6
Synthèse des recommandations (pour discussion)	7
Réaccorder les pouvoirs publics avec les professionnels de terrain :	7
Accompagner les territoires en fonction de la complexité de leurs besoins	7
Clarifier et promouvoir le rôle des professionnels de coordination en leur donnant des signaux de reconnaissance	8
Acronymes	9
Introduction	10
Partie 1 : Histoire des politiques publiques de la coordination : anciens et nouveaux enjeux	14
Des efforts de simplification dans le champ des personnes âgées et une complexification dans celui des personnes handicapées	14
Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination	17
Une concertation améliorée au niveau national entre les pouvoirs publics et les différentes parties prenantes.	22
Le DAC : un rôle clair et ambitieux dans la responsabilité populationnelle mais plus flou pour la démarche inclusive	23
Partie 2 : Un déploiement très disparate des dispositifs de coordination (CLIC, réseaux de santé, PTA) et des DAC sur le territoire français	25
Un déploiement très hétérogène des dispositifs de coordination	25
Des territoires de coordination pas toujours bien calés sur les flux des personnes âgées	28
Un rapprochement des dispositifs de coordination en DAC variable selon les territoires et impacté par la COVID 19	30
Les dispositifs de coordination : un soutien au repérage et au déploiement d'innovations pour améliorer les parcours des personnes en situation complexe	33
Les pilotes MAIA au service du repérage des offres innovantes sur les territoires	33
L'épidémie de COVID 19 comme une opportunité pour innover :	36
Partie 3 : L'exercice de la coordination clinique et de la coordination territoriale : enjeux de nouvelles fonctions/(nouveaux métiers ?)	40
Une exigence grandissante : le travail en pluri-professionnalité	40
Un positionnement délicat pour les coordonnateurs de parcours	41
Des fonctions floues de coordonnateurs par rapport à des professions très réglementées	41
Une constellation de coordinateurs qui peut être contreproductive si leurs rôles respectifs ne sont pas clarifiés	42
Des professionnels multitâches et sous pression pour la direction des DAC	44
Discussion - Conclusion	46
1 ^{er} enjeu : Réaccorder les pouvoirs publics au niveau national avec les acteurs de terrain	46

Le constat : un fossé qui se creuse depuis une vingtaine d'années entre les ambitions des pouvoirs publics et les capacités des acteurs des dispositifs de coordination au risque de leur épuisement et de leur découragement.....	46
Plusieurs leviers pour réajuster les politiques publiques de santé et de l'autonomie aux réalités du terrain en favorisant la co-construction et la réflexivité.....	47
2 ^{ème} enjeu : Accompagner les territoires en fonction de la complexité de leurs besoins.....	48
Le constat : de grandes inégalités entre les territoires par rapport aux besoins des populations et au potentiel des dispositifs de coordination	48
Une nouvelle approche graduée pour accompagner les territoires en fonction de leur maturité	49
3 ^{ème} enjeu : Redonner confiance aux acteurs de terrain et des gages de reconnaissance	51
Le constat : des professionnels de la coordination en difficulté de positionnement, en manque de reconnaissance et de formation <i>ad hoc</i> et des responsables sur tous les fronts et sous pression	51
Les leviers possibles : Conforter le cadre d'exercice, la formation des professionnels, les échanges entre pairs et les collectifs des dispositifs de coordination	53
Références.....	55
Annexe 1 : Liste des tableaux et des figures	56
Introduction.....	56
Partie 1	56
Partie 2	56
Partie 3	56
Annexe 2.....	56
Annexe 3.....	56
Annexe 2 : L'enquête Innovmaia de 2019.....	57
Annexe 3 : L'enquête InnovDAC_COVID de 2020	60

Remerciements

Aux chercheur.e.s et apprenties chercheuses qui ont contribué directement ou indirectement à ce travail par des échanges très stimulants et notamment par ordre chronologique, Léonie Hénaut, Sébastien Gand, Jean-Claude Sardas, Dominique Somme, Blanche Le Bihan, Alis Sopadzhian, Hugo Bertillot, Arnaud Campéon, Elvira Périac, Céline Schnebelen, Sara Kamran, Jeanne Casal, Lucie Chéron, Magali Robelet, Marie-Victoire Bouquet, Isabelle Aubert et Frédéric Kletz.

Aux professionnels qui œuvrent sur les territoires, dans les dispositifs de coordination, chez leurs partenaires, dans les Agences régionales de santé et les conseils départementaux, qui ont accepté de donner de leur temps pour les entretiens ou qui ont participé aux formations de l'EHESP en nous partageant leur quotidien.

Aux collectifs des professionnels, le collectif des pilotes MAIA, l'ANCCLIC et maintenant la FACS et notamment son Président Gérard Mick pour son soutien indéfectible et amical.

Aux équipes pédagogiques de l'EHESP avec qui nous avons conçu le Diplôme d'Etablissement Pilotage territorial puis le certificat PACTE ANIME et qui ont permis ces échanges si riches avec les professionnels des dispositifs de coordination et des Agences régionales de santé, qui ont nourri nos réflexions : Marylène Plouzennec, Rémy Bataillon, Gérard Mick, Laurence Gomez (DGOS) et Eliane Abraham.

A la CNSA qui a soutenu le déploiement du DE pilotage territorial, notamment Catherine Périsset et Sophie-Moreau Favier, et à la direction scientifique qui a financé une partie de ces recherches.

A Noémie Rapegno pour sa relecture vigilante.

Résumé

La coordination des parcours de santé est un enjeu fort, considéré depuis plus d'une dizaine d'années, comme un objectif prioritaire par les différentes politiques publiques en santé. Depuis plus de 20 ans se sont succédées des réformes qui ont permis la mise en place de nouveaux dispositifs de coordination avec des visées à chaque fois plus ambitieuses : CLIC et réseaux de santé, MAIA, PAERPA, PTA, et maintenant les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) depuis 2019, appelés à simplifier l'écosystème devenu très complexe et souvent surnommé « le mille-feuille à la française ». S'est dessiné ainsi une trajectoire de réformes que l'on peut considérer comme inachevées, sachant qu'aucun des dispositifs de coordination mentionnés ci-dessus n'a pu aller jusqu'au bout des objectifs qui lui avaient été fixés. Malgré les efforts récents de convergence et d'unification, de nouveaux dispositifs de coordination ont émergé ces dernières années dans le champ du handicap brouillant à nouveau le paysage autant pour les personnes en situation de handicap que pour les professionnels qui les accompagnent.

En parallèle les professionnels de terrain se sont efforcés malgré le manque d'outils, de formation et de guidance stratégique de déployer ces dispositifs sur leur territoire. Il en résulte des répartitions très inégales sur le territoire français entre les différentes régions, ce qui peut compromettre le succès d'un déploiement rapide de DAC au moins sur certains territoires. Cette situation risque de creuser encore des inégalités territoriales existant du fait d'une offre de soins et d'accompagnement déjà très disparate en France selon les régions et les territoires.

Au sein de ces dispositifs, sont apparus des professionnels exerçant de nouvelles fonctions pour la coordination, soit au niveau clinique auprès des personnes concernées et de leur entourage, soit au niveau territorial pour favoriser les coopérations des diverses organisations des champs sanitaire, social et médico-social, dans une approche d'intégration des services. Pour les professionnels de la coordination clinique, ils se trouvent souvent soumis à des injonctions paradoxales entre d'une part des objectifs ambitieux de travail interprofessionnel, d'accompagnement de personnes très fragiles avec le développement de leur autonomie, et la personnalisation de leur plan de soins et d'accompagnement et d'autre part un nombre important de situations à gérer et des dysfonctionnements fréquents du système de santé. De plus leurs fonctions ne sont pas toujours bien reconnues par les autres professionnels de santé et du social et ils se trouvent parfois en chevauchement avec d'autres types de coordonnateurs. Dans un contexte social très tendu, certains postes ne sont pas pourvus augmentant en contrepartie leur charge de travail. Il apparaît donc urgent de mieux prendre en compte la situation de ces professionnels, de les former, d'asseoir leur légitimité, et de leur donner des gages de reconnaissance, au risque que certains dispositifs se voient en manque important de professionnels compétents. Une attention doit aussi être accordée aux responsables de ces dispositifs vers qui se concentrent de nombreuses demandes et qui doivent combiner l'accompagnement de leurs équipes fragilisées, une gestion administrative chronophage de leur dispositif, et la conduite de nombreux projets de partenariats, sans que des priorités leur soient clairement assignées.

Forts de ces constats nous proposons plusieurs recommandations pour rapprocher les pouvoirs publics des acteurs de terrain, afin de retrouver une dynamique vertueuse d'échanges permettant d'ajuster les politiques publiques aux réalités de terrain, pour accompagner les territoires en fonction de leur potentiel, et pour redonner la confiance et les moyens aux professionnels de terrain.

Synthèse des recommandations (pour discussion)

Réaccorder les pouvoirs publics avec les professionnels de terrain :

Viser une **simplification des dispositifs de coordination dans le champ du handicap** en parallèle de la mise en place du **service public territorial de l'autonomie** en s'appuyant sur des retours de terrain. Préciser le rôle du DAC vis-à-vis des **démarches inclusives** et de la coordination avec les acteurs de droit commun pour l'accompagnement des projets de vie, notamment pour les personnes âgées.

Ralentir les réformes et laisser les acteurs de terrain aller jusqu'au bout des objectifs des réformes précédentes en leur **donnant les moyens pour la formation et pour le déploiement des outils, et en mettant en œuvre une concertation stratégique opérante au niveau des tutelles et des financeurs**. Favoriser des temps d'observation sur le terrain par des représentants des tutelles et diminuer leur *turnover*. Faire un état des lieux/une évaluation des processus mis en place et des premiers impacts **incluant la satisfaction des bénéficiaires** au niveau local/départemental en associant professionnels et représentants des personnes concernées dans une démarche d'intelligence collective.

Mettre en place une dynamique d'organisation apprenante par les **observatoires des pratiques inspirantes et des ruptures de parcours** sur les territoires, les accompagner au niveau national (par l'ANAP ?) pour mutualiser les expériences et faire remonter les points qui nécessitent de faire évoluer le système de santé, ainsi que les propositions d'acteurs de terrain.

Soutenir des **recherches interventions** dans différentes régions associant des chercheurs de ces régions avec des acteurs de terrain en lien avec les FACS régionales, permettant de développer des retours d'expérience de territoires sur des approches parcours (autant à partir d'exemples ayant bien fonctionné que de cas moins favorables), et de réajuster les politiques publiques si nécessaire.

Accompagner les territoires en fonction de la complexité de leurs besoins

Mettre en place un accompagnement gradué à 3 niveaux pour les territoires

1. Un accompagnement léger et des incitations financières pour de nouveaux projets pour les territoires les plus mûrs
2. Un accompagnement renforcé sur les dimensions organisationnelles et juridiques pour les territoires moins avancés où les coopérations sont plus difficiles. Envisager la possibilité de contractualisations tripartites CNSA-ARS-Conseil départemental pour des situations territoriales particulières.
3. Un soutien plus important sur le plan financier et en ingénierie pour les territoires en défaut d'offre avec un accompagnement conjoint conseil départemental et ARS impliquant les directions de l'ARS en charge de l'hôpital, des soins primaires et de l'autonomie, afin d'associer le DAC à un offreur de soins du territoire comme un hôpital de proximité, une maison de santé pluri-professionnelle ou une plateforme de service du médico-social. Y inclure des projets de télésanté en lien avec des territoires de proximité mieux pourvus.

Former les professionnels des ARS à **l'accompagnement d'équipes, à la négociation et à la médiation**

Mettre en place des projets de territoire avec une **démarche d'intelligence collective** favorisant le décroisement entre les secteurs et l'appropriation par les acteurs de terrain, et **en évitant la multiplication des instances sans réel pouvoir** (voir ci-dessus).

Clarifier et promouvoir le rôle des professionnels de coordination en leur donnant des signaux de reconnaissance

Préciser par voie réglementaire les grands principes (missions, activités principales, compétences essentielles) pour chacun des deux niveaux de fonction de coordination, pour les **référénts de parcours de santé complexes** agissant auprès des personnes d'une part et pour les **professionnels de direction ayant une mission de coordination territoriale d'autre part**. Ces éléments devraient permettre de bâtir les programmes de formation adaptés à ces deux types de publics et aussi de préciser leurs rôles respectifs vis-à-vis d'autres coordonnateurs du territoire.

Mettre en place au niveau des universités les **formations pour les référénts de parcours de santé complexe** avec un pilotage national transversal entre le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de l'enseignement supérieur et la recherche.

Poursuivre la formation PACTE ANIME à la prise de fonction de manager agile au sein d'un DAC en mixant les publics de responsables de DAC, de chargés de mission d'ARS et aussi de responsables de conseils départementaux sur les politiques de l'autonomie. Former à l'EHESP avec le soutien de l'ANAP, les responsables des DAC à **l'intelligence collective** pour qu'ils puissent ensuite (co)animer des ateliers territoriaux en se centrant sur des **projets clairement prioritaires** en lien avec les parcours des personnes, impliquant des acteurs des divers secteurs concernés, les tutelles, les collectivités locales et des représentants des personnes concernées et de leur entourage.

Inclure dans les réflexions en cours pour l'attractivité des professionnels de la santé et du social les **fonctions de coordination en tant qu'opportunités de carrière** pour ces professionnels en **précisant leur statut et en donnant un cadre pour leur rémunération**.

Alléger les procédures de reporting des dispositifs de coordination et favoriser les relectures et visites croisées entre professionnels de DAC d'une même région ou de régions différentes.

Conforter le rôle des collectifs de professionnels et notamment la FACS et ses fédérations régionales pour favoriser les échanges de pratiques par la mise à disposition de moyens (secrétariat, plateforme de type communauté de pratiques, capacité à réaliser des enquêtes régulières, budget pour l'organisation de journées annuelles, ...)

Renforcer la **communication de la part des autorités nationales vis-à-vis des professionnels des DAC et de leurs partenaires** notamment dans les périodes de changement, en garantissant la proactivité et en incluant une analyse des impacts potentiels des changements pour ces professionnels.

Acronymes

ANCCLIC : l'Association Nationale des coordinateurs et coordinations locales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNO : Cadre National d'Orientation

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CTA : Coordination Territoriale d'Appui

DAC : Dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

ESMS : Établissement ou service social ou médico-social

FACS : Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé

MAIA : Méthode d'Action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

PAERPA : (expérimentation) Personnes âgées en risque de perte d'autonomie

PCPE : Pôle de compétences et de prestations externalisées

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui

RAPT : (programme d'action) Une Réponse Accompagnée pour tous

SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés

SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile

SPTA : Service Public Territorial de l'Autonomie

Introduction

Plus besoin de rappeler combien la coordination des parcours de santé est un enjeu fort, considéré depuis plus d'une dizaine d'années, comme un objectif prioritaire par les différentes politiques publiques en santé (Bloch et Hénaut, 2014 ; Loubat, Hardy et Bloch, 2022).

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe (DAC) créés par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé sont les derniers (ou presque comme on le verra plus loin) d'une longue lignée de dispositifs de coordination¹. L'article L.6327-2 du code de la santé publique confie ainsi 3 missions au DAC :

- « Assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels qui comprend notamment l'accueil, l'analyse de la situation de la personne, l'orientation et la mise en relation, l'accès aux ressources spécialisées, le suivi et l'accompagnement renforcé des situations ainsi que la planification des prises en charge. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant, conformément à son rôle en matière de coordination des soins;
- Contribuer avec d'autres acteurs et de façon coordonnée à la réponse aux besoins des personnes et de leur aidant en matière d'accueil, de repérage de situations à risque, d'information, de conseils, d'orientation, de mise en relation et d'accompagnement;
- Participer à la coordination territoriale qui concourt à la structuration des parcours de santé. »

Autrement dit ils visent à² :

- Améliorer le parcours des personnes jugé comme complexe par les professionnels et par les personnes elles-mêmes
- Pour ce faire favoriser le travail des professionnels impliqués dans les parcours
- Pour ce faire favoriser la coordination territoriale et la coopération entre les structures du territoire avec les processus et outils *ad hoc* et en lien avec les autres coordonnateurs territoriaux
- Contribuer à repérer les manques, dysfonctionnements de l'offre et faciliter l'apparition d'offres complémentaires en appui aux tutelles et aux acteurs du territoire (rôle d'observatoire)
- Aider aussi à diffuser les bonnes pratiques au sein d'un territoire et entre territoires.

Plusieurs différences les distinguent par rapport aux dispositifs précédents : un **objectif de simplification par l'unification** de nombre d'entre eux en un seul dispositif et **une visée de polyvalence** en ce qu'ils sont au service de toute personne quel que soit son âge, son handicap et sa pathologie et des professionnels qui les soignent et/ou les accompagnent³

¹ Par souci de simplification nous appellerons « dispositif de coordination » l'ensemble des dispositifs et programmes d'action, CLIC, réseaux de santé, MAIA, CTA de PAERPA, PTA, DAC, communauté 360, RAPT, ... et nous parlerons de « DAC » pour les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe.

² Pour expliciter les attendus des DAC, un document non opposable, intitulé Cadre national d'orientation, a été conçu au niveau national sous l'égide de la DGOS après une large concertation avec l'ensemble des parties prenantes. Nous en reprenons ici certains éléments. On peut le télécharger sur le site de la DGOS : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cno_dac_nov2020.pdf

³ A noter que les Plateformes territoriales d'appui (PTA) créées par la loi de modernisation du système de santé de 2016 avait la même visée de polyvalence mais que leur déploiement complet n'a pu se faire car elles ont été réorientées vers la fusion en DAC à partir de 2019.

Depuis plusieurs dizaines d'années, des chercheurs du monde entier s'efforcent d'accompagner les autorités de santé dans la mise en place d'organisations performantes dans cette coordination et dans l'accompagnement des parcours des personnes. Des nouveaux champs de recherche ont ainsi pu émerger comme celui de l'intégration des services ou des parcours de santé et ont permis de progresser sur les **leviers et mécanismes à mobiliser** (comme ceux du modèle PRISMA développé au Québec par Réjean Hébert et ses collègues⁴ qui a fondé la méthode MAIA) ainsi que sur les **éléments de contexte à prendre en compte** (Bloch et al., 2018a ; Bloch et al., 2018b ; Somme et de Stampa, 2011). Des sociétés savantes se sont créées comme l'*International Foundation for Integrated care*⁵ et plus récemment un mouvement impulsé par des fondations caritatives au niveau international a vu le jour sous le nom de *Transform Integrated community care*⁶. Pour les parcours de santé on peut notamment citer l'*European Pathway Association*⁷.

Nous nous intéressons depuis plus de dix ans, en partenariat avec d'autres chercheurs⁸, aux questions de recherche soulevées par la mise en place des nouveaux dispositifs de coordination dans le contexte français. Nous avons choisi d'aborder ces nouvelles organisations avec un regard systémique, à savoir :

- L'étude au **niveau macro de l'évolution des politiques publiques** les concernant afin d'identifier les progrès qu'elles ont pu apporter au fil du temps dans les réponses apportées et les difficultés persistantes ou nouvellement apparues,
- L'étude au **niveau méso des organisations elles-mêmes dans leur environnement territorial** et les liens partenariaux qu'elles arrivent à tisser, en essayant de mettre en évidence des conditions favorisant le succès, voire des **démarches innovantes**, et aussi les obstacles qu'elles ont à affronter selon leur contexte historique, géographique, et politique
- et enfin au **niveau micro, sur les professionnels de la coordination** qui agissent à un **niveau clinique et/ou territorial**, afin d'appréhender quelles sont les compétences à mobiliser pour ces nouvelles fonctions et comment ils se positionnent au regard des autres professionnels de santé et du social.

Dans le cadre de la convention de recherche entre l'EHESP et la CNSA entre 2016 et 2022, nous avons conduit plusieurs travaux qui nous permettent d'apporter des éclairages nouveaux sur ces trois dimensions macro, méso et micro. Nous précisons un peu plus loin les problématiques que nous avons pu aborder avec ces différents travaux.

Nous avons principalement conduit deux vagues d'enquête au niveau national : l'enquête Innovmaia en 2019 et InnovDAC_COVID en 2020.

L'enquête Innovmaia conduite en 2019 (voir annexe 2) avec le soutien du collectif des pilotes MAIA a été adressée aux pilotes MAIA afin qu'ils nous décrivent l'offre sanitaire et médico-sociale de leur territoire (dit territoire MAIA), le déploiement des différents types de dispositifs de coordination (voir tableau 1), et leur connaissance d'innovations dans le champ de la santé et de l'autonomie.

⁴ Hébert et al., 2004, PRISMA : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes, Edisem

⁵ <https://integratedcarefoundation.org/>

⁶ Voir site internet : <https://transform-integratedcommunitycare.com/>

⁷ <https://e-p-a.org/>

⁸ Je tiens à remercier au passage tous les chercheur.e.s avec qui j'ai pu collaborer depuis 2010 sur ce sujet en les citant par ordre chronologique : Léonie Hénaut, Sébastien Gand, Jean-Claude Sardas, Dominique Somme, Blanche Le Bihan, Alis Sopadzhyan, Hugo Bertillot, Arnaud Campéon, Elvira Périac, Magali Robelet, Marie-Victoire Bouquet, Isabelle Aubert et Frédéric Kletz.

Tableau 1 : dispositifs de coordination et programmes d'action étudiés dans le cadre de l'enquête Innovmaia en 2019

Nom du dispositif de coordination ou programme d'actions	Public cible	Pilotage
CLIC (Centres locaux d'information et de coordination)	Personnes âgées	DGCS
MAIA (Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie)	Personnes âgées de 60 ans et plus (ou moins de 60 ans avec une maladie d'Alzheimer ou apparentée)	CNSA
Réseaux de santé	Prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux)	DGOS
PAERPA (Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie)	Personnes âgées de 75 ans et plus	DSS
PTA (Plateforme territoriale d'appui)	Parcours de santé complexes, sans distinction d'âge ni de pathologie	DGOS
RAPT (Une réponse accompagnée pour tous)	Personnes handicapées	CNSA + SGMAS + SGCIH + DGCS
TSN (Territoire de soins numérique)	Parcours ciblés nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels, via l'utilisation des nouvelles technologies de l'information	DGOS
PTSM (Projet territorial de santé mentale)	Personnes souffrant de problèmes de santé mentale	DGOS
CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé)	Parcours ciblés nécessitant l'intervention de plusieurs professionnels	DGOS

Cette enquête nous a permis d'adresser en particulier les problématiques suivantes :

- Comment les différents types de dispositifs se sont-ils déployés sur les territoires MAIA ? Observe-t-on des disparités territoriales ? Peut-on les expliquer par certaines variables (région, démographie médicale, ...) ?
- A quel stade de rapprochement étaient les dispositifs de coordination au moment où la loi de 2019 pour l'unification en DAC était votée ? Ces stades étaient-ils variables selon les régions ?
- Quels types d'innovation étaient à la connaissance des pilotes MAIA sur leur territoire ? Plus spécifiquement pour les innovations pour la santé et celles pour l'autonomie ?
- Quels nouveaux métiers (de coordination) émergent sur les territoires ?

L'enquête InnovDAC_COVID a été conduite en juin 2020 juste après la première vague de la COVID à la demande de la DGOS et avec un partenariat avec la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé (FACS). Elle a été adressée à nouveau à tous les pilotes MAIA mais aussi à tous les responsables de réseaux de santé, de PTA, et de CLIC, ainsi qu'aux pilotes des équipes relais handicap rare, grâce aux listes fournies par le collectif des pilotes MAIA, la FACS, l'Association Nationale des coordinateurs et coordinations locales ANCCLIC et un des pilotes d'équipe relais handicap rare.

Il s'agissait alors de comprendre notamment :

- D'une part comment l'épidémie de COVID avait pu impacter le déploiement des DAC ?
- Et d'autre part quel rôle les dispositifs de coordination avaient-ils pu jouer pour améliorer le parcours des personnes et accompagner les professionnels pendant la première vague de COVID 19 ? Quelles actions avaient été mises en œuvre ? Plus spécifiquement comment s'était déployée la télémédecine sur leur territoire ?
- Et quelles coopérations avaient pu se mettre en place entre le sanitaire, le social et le médico-social à cette occasion ?

Par ailleurs en tant que responsable pédagogique à l'EHESP du certificat « prendre ses fonctions de manager agile au sein d'un DAC », j'ai eu accès à de nombreux retours de terrain de responsables de DAC et de chargés de mission en ARS notamment dans les accompagnements individuels que nous leur

proposons dans le cadre d'une démarche d'auto-positionnement⁹. L'utilisation qui en est faite dans ce rapport est bien sûr anonyme. Elle permet d'éclairer l'axe micro sur le ressenti de ces professionnels par rapport aux situations professionnelles qu'ils rencontrent dans la mise en place des DAC.

Enfin la recherche en cours à la demande de l'ARS Ile de France, sur la mise en place des DAC en Ile de France dans le cadre de l'évaluation du Projet régional de santé de l'Ile de France 2018-2022 a pu nourrir certains des questionnements évoqués ici. Elle est réalisée par un consortium de recherche coordonné par la chaire santé de science Po paris, dont l'axe sur les DAC est co-porté par Marie-Aline Bloch et Magali Robelet sociologue de l'université de Lyon 2, avec Marie-Victoire Bouquet également sociologue. Elle apporte une vision plus complète de la vie d'une équipe de DAC en cours de mise en place, à savoir comment les responsabilités et activités sont réparties, comment elles se jouent au quotidien, quelles sont les difficultés ressenties par les professionnels de terrain et enfin quelles sont les attentes et vécus des partenaires du DAC sur le territoire, qu'ils soient hospitaliers, professionnels des soins primaires, du médico-social, du social, administrateur ou non du DAC. Nous ferons parfois allusion à cette recherche mais l'essentiel de ce travail sera restitué dans un rapport de recherche spécifique qui sera finalisé dans les prochaines semaines.

Sur la base des différents travaux évoqués ci-dessus, nos résultats et analyses sont présentés selon 3 parties :

- L'historique des politiques publiques des dispositifs de coordination avec les anciens et nouveaux enjeux (niveau macro)
- Le déploiement des dispositifs de coordination et des DAC sur les territoires et la mise en évidence d'inégalités territoriales ainsi que le rôle des DAC dans les innovations (niveau méso)
- L'exercice de la coordination clinique (auprès des personnes) et de la coordination territoriale (au niveau institutionnel)¹⁰ et les enjeux de nouvelles fonctions/(métiers ?) (niveau micro)

⁹ 80 professionnels de 9 régions françaises ont été ainsi formés dans le cadre des deux premières promotions de ce certificat.

¹⁰ Plus précisément, la **coordination clinique** consiste à coordonner les **professionnels** qui délivrent des soins et des accompagnements à une personne selon un plan personnalisé de santé établi après une évaluation des besoins de cette personne. La coordination territoriale permet de faire coopérer de manière générale les différentes **organisations** sanitaires (hôpital ou dispositifs de soins primaires), médico-sociales ou sociales en mettant par exemple en place des annuaires des offreurs de service du territoire, des processus d'orientation basé sur des formulaires, des séances de formation et d'information, des conventions de partenariat etc.

Partie 1 : Histoire des politiques publiques de la coordination : anciens et nouveaux enjeux

Nous retraçons ici d'abord l'historique des différents dispositifs de coordination et des politiques publiques associées pour mieux comprendre quels sont les enjeux pour les (futurs) DAC aujourd'hui et pour les populations/territoires auprès de qui ils interviennent.

Des efforts de simplification dans le champ des personnes âgées et une complexification dans celui des personnes handicapées

Dans notre ouvrage de 2014¹¹, nous avons dans la première partie décrit les politiques conduites dans le champ des personnes âgées, des personnes handicapées en général, des personnes atteintes de maladies rares (avec ou sans handicap) et/ou de handicaps rares, des personnes atteintes de cancer, des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien, des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, ou des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Nous avons mis en évidence que ces politiques disposaient chacune de leur programme d'action peu ou pas articulé avec les autres programmes et que notamment chacun était porteur de dispositifs de coordination différents que ce soient des réseaux de santé spécialisés pour le cancer ou en gérontologie, des coordinations gérontologiques (CLIC), les MAIA, les filières maladies rares, les filières AVC, etc... Le tableau 2 présente de manière très synthétique ces différentes politiques publiques et les faits marquants depuis les années 60.

Tableau 2 : les politiques publiques vis-à-vis des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et/ou atteintes de certaines maladies chroniques

	Personnes âgées	Alzheimer	Santé Mentale	Cancer	AVC/ Trauma C.	maladies & handicap rares	Personnes sit. Handicap
<1960				basé à l'hôpital			
années 60	↑ politique sociale		création secteur				
années 70							2 Lois
années 80	décentralisation						
années 90	APA/ médical				rapport maj TC		
2000-2008		3 plans				1 plan (maladies)	Loi maj 2005
2008 à 2012			2 plans	2 plans	1 plan AVC	1 plan (handicap) 1 plan (maladies)	
2013 à aujourd'hui	Loi Adaptation de la société au vieillissement MAIA et Paerpa	élargisss PMND	parcours santé mentale	plan cancer avec parcours cancer	fin plan AVC élargisss PMND	Fin 2ème plan 2ème puis 3ème schema HR	rapport 0 ss solution/ RAPT
21							

Stratégies et lois en transversal

2013 Stratégie nationale de santé 1 : parcours comme une priorité

Loi modernisation du système de santé : parcours de santé 5^{ème} priorité

2016 Stratégie nationale de santé 2 : parcours, décloist, convergence dispositifs

2018 Loi organisation et transformation SS simplification et unification

2019

A partir de 2013 apparaissent des démarches plus transversales avec la première stratégie nationale de santé qui consacre le parcours comme une priorité qui sera portée par deux lois successives :

- la loi de 2016 de modernisation du système de santé avec l'apparition de dispositifs polyvalents c'est-à-dire destinés à l'accompagnement des personnes quelques soient leur âge

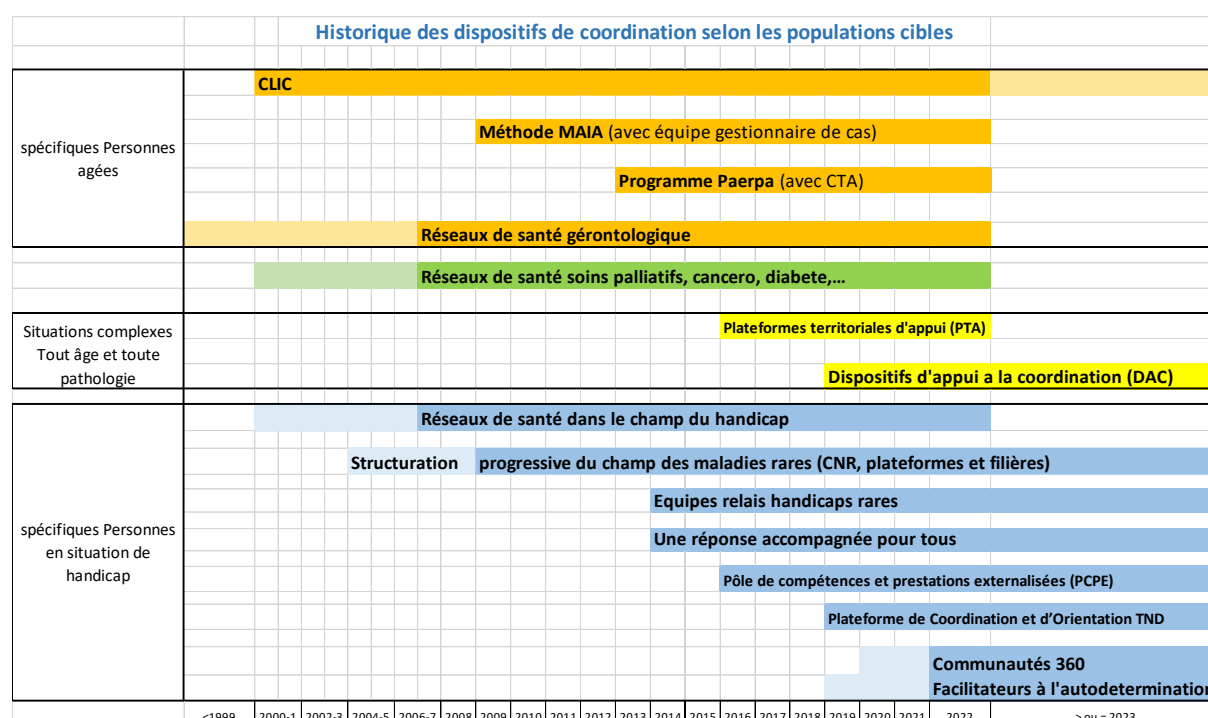
¹¹ Bloch et Hénaut, 2014, Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod, 336 p.

et leur pathologie, les plateformes territoriales d'appui à la coordination (PTA), et les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹²

- puis la loi de 2019 d'organisation et de transformation du système de santé qui va plus loin en unifiant les différents dispositifs de coordination avec une seule personne morale pour porter le dispositif d'appui à la coordination (DAC) dans lequel fusionnent les réseaux de santé, les équipes des MAIA, les coordinations territoriales d'appui de PAERPA, et les PTA, et de manière facultative selon la décision des conseils départementaux, les CLIC, et en confirmant le rôle des communautés professionnelles territoriales de santé.

Au final on peut observer effectivement une simplification du paysage dans le champ des personnes âgées avec comme dispositif principal le DAC et éventuellement le CLIC. Mais ce n'est pas du tout la même situation dans le champ du handicap, champ qui aura été finalement longtemps peu pourvu en dispositifs dédiés à la coordination¹³ (voir figure 1).

Figure 1 : Historique des dispositifs de coordination selon les populations cibles



¹² Selon les articles 64 et 65 de la loi LMSS et les articles L1434-12 à L1434-13 du Code de la Santé Publique, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à améliorer l'accès aux soins et la santé des habitants d'un territoire, à promouvoir la place des soins primaires et à favoriser la structuration des parcours de santé. Leurs missions principales sont, de mieux répondre aux besoins de soins et de santé d'une population, de faciliter/ améliorer l'exercice des professionnels et l'organisation des prises en charge des patients par une meilleure coordination pluri-professionnelle des parcours de santé.

¹³ En dehors des SAMSAH, SESSAD et SAVS qui accompagnent certaines personnes en situation de handicap et peuvent assurer une certaine coordination dans les accompagnements

La loi de 2005 avait prévu que les **MDPH** aient une mission de coordination et d'accompagnement des situations¹⁴. Or il s'est avéré qu'elles n'en avaient pas les moyens humains étant accaparées par la gestion des dossiers pour les évaluations des besoins et les demandes de prestations. Après l'affaire Amélie Loquet et le rapport Piveteau « zéro sans solution » de 2014, est lancé le programme d'action « **une réponse accompagnée pour tous** » dite RAPT porté notamment par les MDPH et qui leur permet alors de s'impliquer sur les situations les plus critiques. En 2016 **les pôles de compétences et de prestations externalisées (PCPE)** sont créés en s'inscrivant dans la démarche « RAPT » et visent à assurer la continuité des parcours des personnes handicapées, en proposant des plans d'interventions individualisés qui exigent la coordination d'une pluralité de professionnels dans une visée inclusive en étant cette fois-ci adossés à un établissement ou service médico-social. A partir de 2014-2015, dans le cadre du deuxième schéma national handicap rare avait été créé dans chaque région un dispositif intégré s'appuyant notamment sur une **équipe relais handicap rare** en lien avec les 4 centres nationaux de ressources handicaps rares. Dans le domaine de l'autisme, une stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement est mise en place pour les années 2018 à 2022 et permet la mise en place progressive de **Plateformes de Coordination et d'Orientation (PCO)** qui travaillent en lien avec les centres de ressources autisme régionaux. Elles permettent qu'un **parcours diagnostique et de soins coordonné** soit engagé le plus rapidement possible, tout en permettant d'**initier un accompagnement** auprès de l'enfant et de son entourage sans attendre la confirmation du diagnostic.

Plus récemment, du fait la désorientation des personnes en situation de handicap et de leur entourage pendant l'épidémie de COVID 19, et suite à la Conférence Nationale du Handicap (CNH) du 11 février 2020, le secrétariat d'Etat aux personnes handicapées met en place un numéro d'appel unique pour le conseil et l'appui à ces personnes, porté par ce qui est appelé des **communautés 360**. Dans un second temps et plus récemment, elles sont pérennisées en novembre 2021 et voient leurs missions élargies comme décrites dans un cahier des charges national¹⁵, avec un objectif de couvrir tout le territoire national de communautés 360 portées par des ESMS d'ici l'été 2022. Dans une **logique d'inconditionnalité et de proximité**, elles ont vocation à accompagner les personnes dans la recherche de solutions et à favoriser l'animation territoriale entre les différents acteurs pouvant participer aux soins et aux accompagnements des personnes en situation de handicap et aussi tous les **acteurs de droit commun** pouvant contribuer à une meilleure participation sociale de ces personnes.

On voit ainsi qu'en quelques années, les dispositifs de coordination se sont multipliés dans le champ du handicap avec des enjeux d'articulation et de lisibilité pour les personnes concernées, pour leur entourage et aussi pour les professionnels. On peut s'interroger sur ce décalage entre le champ des personnes âgées et celui du handicap et faire plusieurs hypothèses non exclusives pour l'expliquer :

¹⁴ Article L146-3 de la loi : « La maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Elle met en place et organise le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire mentionnée à l'article L. 146-8 de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées prévue à l'article L. 146-9, de la procédure de conciliation interne prévue à l'article L. 146-10 et désigne la personne référente mentionnée à l'article L. 146-13. La maison départementale des personnes handicapées assure à la personne handicapée et à sa famille 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. Elle met en œuvre l'accompagnement nécessaire aux personnes handicapées et à leur famille après l'annonce et lors de l'évolution de leur handicap. »... » La maison départementale des personnes handicapées organise des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux concernant les personnes handicapées. »

¹⁵ CIRCULAIRE N° DGCS/SD3/2021/236du 30 novembre 2021 relative à la diffusion du cahier des charges des communautés 360.

H1 : Le champ du handicap serait moins mûr que celui des personnes âgées et pourra lui aussi connaître un jour une unification de ses dispositifs.

H2 : La grande diversité des situations de handicap nécessite des expertises plus pointues et spécialisées.

H3 : Ce décalage est lié au rôle toujours aussi important des associations de famille dans l'offre pour les personnes en situation de handicap du fait de la carence de l'offre publique.

H4 : Nos décideurs publics au niveau national sont sous la pression politique qui conduit à rechercher des effets d'annonce sans pouvoir prendre le temps de peser les conséquences de ces décisions.

En conclusion, malgré les efforts des pouvoirs publics pour simplifier le paysage de la coordination, le « mille-feuille à la française » a été quelque part reconstitué du fait de la multiplicité de ces dispositifs dans le champ du handicap, au risque d'ajouter de la complexité à la complexité intrinsèque des situations accompagnées.

Une trajectoire de réformes¹⁶ inachevées pour les dispositifs de coordination

En examinant de plus près la mise en place par les pouvoirs publics de ces différentes structures et dispositifs, on peut remarquer qu'elles partagent pour la plupart plusieurs traits :

- L'articulation avec la génération précédente de dispositifs est souvent peu anticipée
- Certaines missions prévues par la loi ou les décrets d'application ne peuvent être mises en place faute de moyens
- Le caractère inachevé des réformes avec un manque d'évaluation d'impact
- Pour certains d'entre eux, on peut aussi noter le peu de fondement scientifique pour leur création ou *a minima* une étude de besoins préalable

Nous présentons notre analyse dans le tableau 3 suivant.

Tableau 3 : Caractéristiques du déploiement de divers dispositifs de coordination

Dispositif	Articulation	Réalisation des missions	Caractère inachevé / évaluation d'impact	Fondement scientifique
Equipe APA	Non approprié	Suivi en gestion de cas prévu initialement mais non réalisé	Pas d'évaluation du rôle des équipes APA dans le parcours à notre connaissance	Travaux scientifiques conduits sur la PSD et basculement sur l'APA sans nouveaux travaux
CLIC	Action en amont et en aval de l'équipe APA (circulaire de 2001)	Disparate, plus ou moins selon le niveau de labellisation et inexistence de CLIC sur de nombreux territoires	passage prématuré en 2004 du pilotage de la DGAS aux conseils départementaux	Expérimentation par Alain Colvez au départ
Réseaux	Articulation avec les CLIC pour les réseaux de santé géro-onto dans une circulaire de 2007	Très hétérogène selon les réseaux, les spécialités (formation, appui, évaluation de situation, service effecteur de soins)	Lourdeur des évaluations prévues avec des cahiers des charges très détaillés. Non abouti	Des travaux ponctuels sur certains réseaux

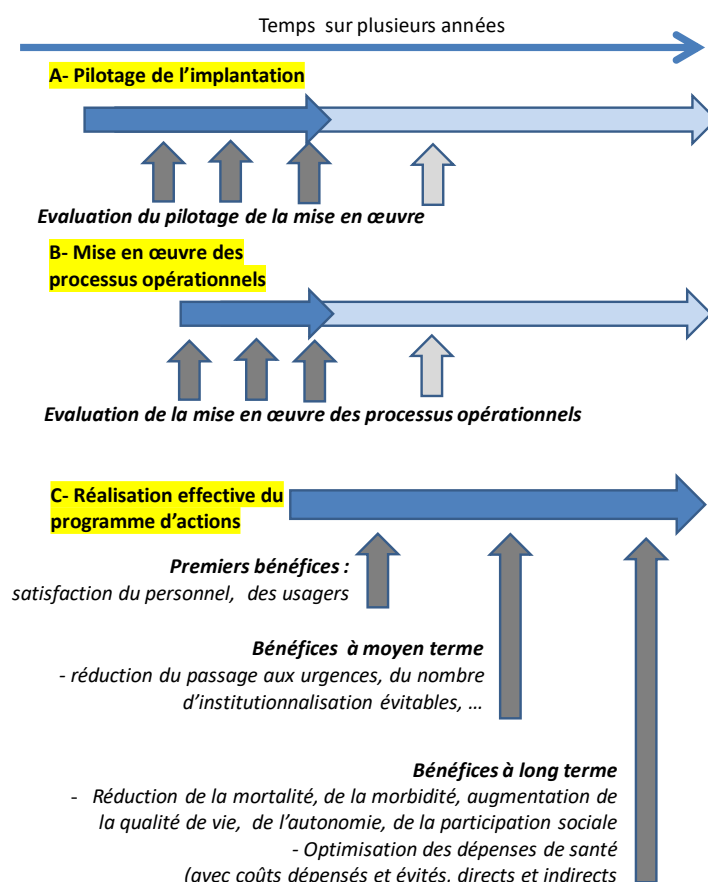
¹⁶ Dans le rapport de recherche global nous reviendrons plus en détail sur la notion de trajectoire de réformes développée par Bézes et Palier en 2018 dans un article de la revue française des sciences politiques intitulé « Le concept de trajectoire de réformes Comment retracer le processus de transformation des institutions ».

Dispositif	Articulation	Réalisation des missions	Caractère inachevé / évaluation d'impact	Fondement scientifique
MDPH	Pas prévu à notre connaissance	Pas de suivi des situations comme prévu par la loi de 2005	Ajout de la mission RAPT avec moyens limités plutôt que développement de la MDPH	Pas à notre connaissance, sauf pour la création du GEVA
MAIA	Le législateur n'a pas choisi : peut être portée par CLIC, réseau, MDPH, CD ou hôpital,...	Mission de coordination territoriale souvent partiellement réalisée Pas d'idée claire sur le nombre de gestionnaire de cas nécessaire par territoire/ en fonction de la population	Evaluation par les cabinets Ipso facto et al. mais pas sur l'impact car prématuré, car tous les processus n'étaient pas encore déployés	Expérimentation PRISMA au Québec, PRISMA France puis suivi par D.Somme, H.Trouvé et M.de Stampa de 2009 à 2011
PAERPA (CTA)	Articulation avec MAIA pas claire	Missions remplies de manière très variable selon les territoires et avec certains territoires en difficulté	Généralisation décidée avant l'évaluation qualitative (EHESP/Mines/CNRS) et évaluation d'impact (IRDES)	Pas de base scientifique dans le design initial du cahier des charges
PTA	Portage laissé ouvert	Pas eu le temps suffisant pour fonctionner	Pas eu le temps suffisant pour fonctionner	Pas à notre connaissance au niveau national mais aurait été prématuré
DAC	Clair avec réseaux, MAIA, PTA, CTA de PAERPA, moins clair avec CLIC quand il ne rentre pas dans le DAC, flou avec acteurs du handicap, à définir au cas par cas pour les acteurs de la santé mentale, de la jeunesse,... a priori ok avec CPTS mais sur le terrain pas toujours simple	Trop récent pour apprécier	Trop récent pour apprécier	Pas de base scientifique sur le choix de la fusion mais des travaux en cours pour évaluer le processus de mise en place

Il faut aussi rappeler que le déploiement de nouveaux dispositifs **prend du temps** car il se fait en plusieurs étapes qu'il faut respecter (Bloch, 2018b) et que l'on ne peut « récolter les fruits (impact sur les usagers) qu'une fois que l'arbre a poussé (phase d'implantation), donné des bourgeons puis des fleurs (mise en place des processus et des outils) ». Voici en figure 2 une présentation de ces étapes que nous avons publiée en 2018¹⁷ à propos de l'évaluation du programme PAERPA.

¹⁷ Bloch M.-A., 2018, « Manager l'évaluation des approches parcours », dans *L'apport des sciences de gestion aux managers de santé* sous la direction d'E. Minvielle, K.Gallopel-Morvan, J.M.Januel, et M.Waelli, Presses de l'EHESP, Rennes, p. 181-198.

Figure 2 : les grandes étapes du déploiement d'un dispositif et de son évaluation



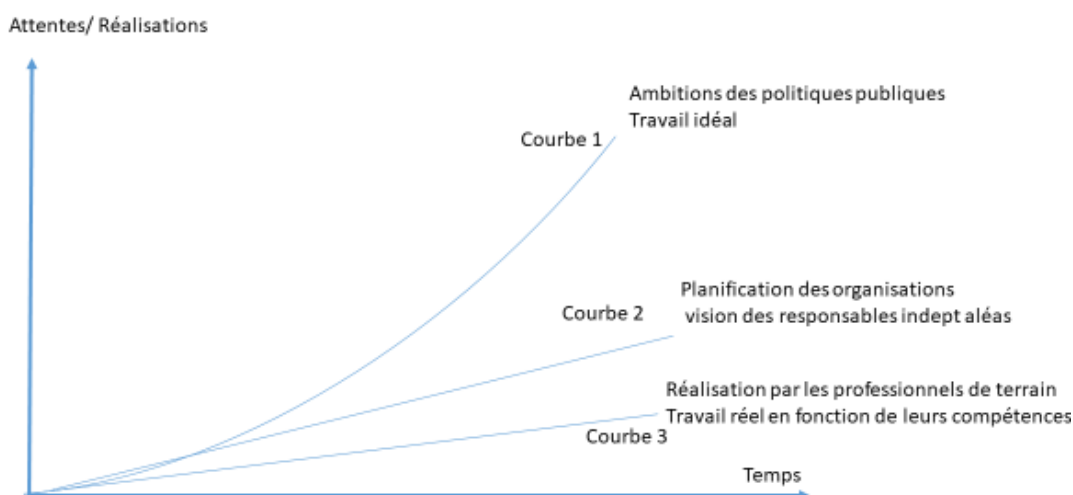
On peut aussi noter que certaines anciennes « bonnes idées » refont surface régulièrement. On peut citer par exemple le cas des CLIC avec la Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) : une expérimentation en 2000 et la programmation pluriannuelle 2001-2005 proposaient de les intégrer à des maisons de services publics : cela nous fait penser au futur Service Public Territorial de l'Autonomie !

« Afin de tirer profit de la synergie qui résulte de la mise en commun de moyens et de services publics, et sans qu'il soit question de définir un statut unique ou contraignant, les CLIC peuvent parfaitement être intégrés, par voie de convention, aux nouvelles « maisons de services publics » visées par la loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire - appellation qui recouvre les points publics en milieu rural et les plates-formes de services publics en milieu urbain - voire même en constituer à eux seuls. Ils peuvent aussi, sur un autre registre, permettre d'utiliser les locaux des services publics fermés ou menacés de l'être dans une perspective d'aménagement « social » du territoire et bénéficier ainsi d'une logistique existante. »

Au final, on peut se demander s'il n'aurait pas fallu consolider les dispositifs anciens plutôt que d'en créer à chaque fois une nouvelle génération. Si les décideurs politiques peuvent avoir « la mémoire courte » du fait de leur important renouvellement, les acteurs de terrain ont parfois connu tout l'historique des différentes vagues de création de dispositifs et ils peuvent à juste titre s'interroger sur le bien-fondé de nouveaux dispositifs qui peuvent les démobiliser. De plus, à chaque changement, on va observer une **période de latence**, pendant laquelle les dispositifs se mettent en place (nous avons par exemple pu observer pour PAERPA qu'il fallait bien deux ans pour que le programme se déploie

avant qu'il puisse avoir un quelconque effet sur la population). De même quand le prestataire Ipsos Facto avait réalisé l'évaluation des MAIA en 2016 (Ipsos Facto et al., 2017), il avait été observé que plusieurs des mécanismes de l'intégration n'étaient pas encore en place, comme la concertation stratégique ou la mise en place d'un outil d'évaluation multidimensionnelle ainsi que le système d'information. Avec la création des DAC, qui a été impactée par la crise de la COVID 19 notamment avec un ralentissement du processus de publication des textes réglementaires et des démarches juridiques, on a pu observer sur certains territoires une démobilisation de certains professionnels, comme par exemple les pilotes MAIA, qui ont préféré changer de poste plutôt que de partir dans l'aventure des DAC sans savoir exactement ce qui les attendait. Au final, on peut représenter sur un graphique (figure 3) de manière schématique les tendances observées concernant les attentes des pouvoirs publics (courbe 1), ce que les organisations de terrain prévoient de faire en réponse à ces attentes, en tenant compte de la latence dans l'attribution des moyens, la définition des missions, et les éventuels turn-over (courbe 2), et ce que les professionnels ressentent en lien avec leur compréhension des nouvelles situations de travail et leurs compétences à développer (courbe 3).

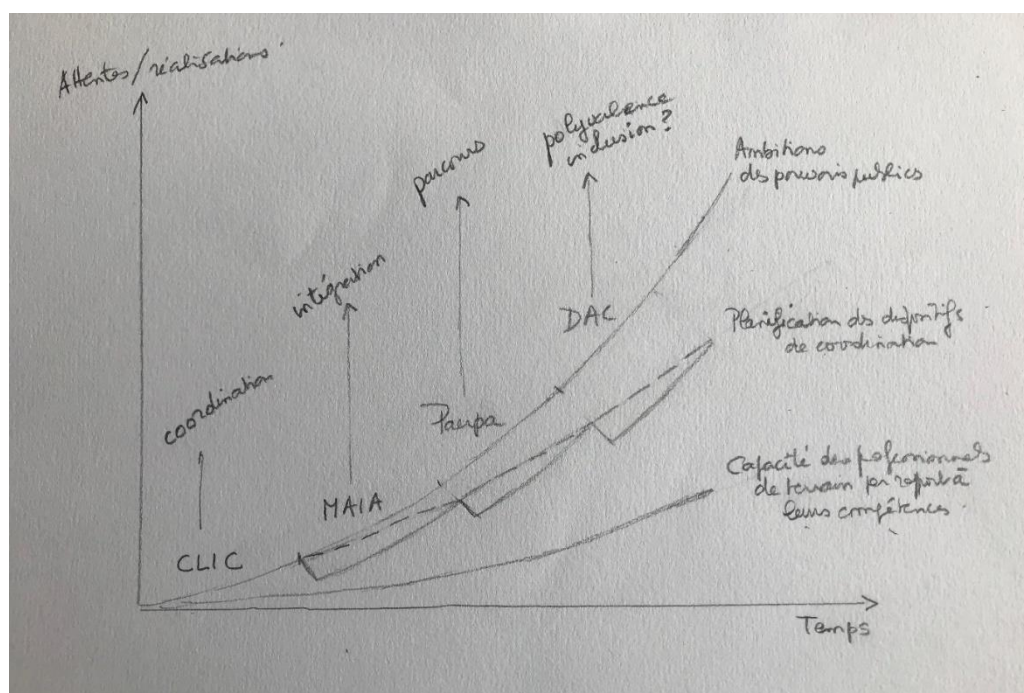
Figure 3 : Evolutions dans le temps pour les dispositifs de coordination des attentes des politiques publiques, de la planification des responsables et des réalisations par les acteurs de terrain



Dans le schéma suivant (figure 4), nous présentons une illustration d'un dispositif CLIC¹⁸, qui est amené à porter une MAIA, puis un programme PAERPA, et qui doit se fondre ensuite dans un DAC. On voit qu'à chaque transition, il y a un temps de latence, voire de ralentissement quand des professionnels partent et qu'il faut les remplacer et qu'ils doivent se former à ces nouvelles fonctions et découvrir le réseau d'acteurs en place. A noter qu'à chacune de ces étapes, un nouveau concept/paradigme apparaît : la coordination pour les CLIC, l'intégration des services pour les MAIA, les parcours pour PAERPA, la polyvalence (voir l'inclusion ?) pour les DAC.

¹⁸ L'analyse aurait été semblable avec un réseau de santé gériatrique.

Figure 4 : Illustration de la figure 3 avec l'exemple d'un CLIC portant une MAIA, puis impliqué dans un Programme PAERPA et fusionnant dans un DAC



Chacun vient compléter et élargir le précédent :

- la **coordination** clinique ne suffit pas, il faut agir à tous les niveaux du système avec de la concertation tactique, de la concertation stratégique et des outils d'où le besoin d'une **intégration des services**¹⁹
- L'intégration n'est pas un objectif en soi mais un moyen **d'améliorer le parcours** de toutes les personnes d'un territoire d'où la notion de parcours où l'on s'intéresse au résultat pour les personnes et pour toute la population du territoire, ce qui nécessite une **approche populationnelle** et d'aller au-delà de **l'offre existante qui peut être insuffisante/inadaptée** aux besoins des personnes
- La **polyvalence** vise à apporter des réponses à toute personne quel que soit son âge et sa pathologie ou son handicap. Elle amènera à orienter les personnes vers les organisations les plus adaptées à leur besoin si elles existent selon un principe de subsidiarité. Mais si l'offre est lacunaire pour certaines personnes, elle va amener à associer divers partenaires du territoire pour proposer une réponse minimale à la personne et à alerter les autorités de tutelle sur les

¹⁹ La **concertation tactique**, terme utilisé dans le cadre de la méthode MAIA, consiste à faire travailler ensemble toutes les parties prenantes d'un territoire (établissements et services ou dispositifs impliqués dans les soins et l'accompagnement des personnes, associations de bénévoles, associations représentatives des personnes accompagnées) afin de définir et mettre en place les meilleures conditions pour leur coopération, notamment pour l'information, l'orientation, les évaluations, les plans personnalisés de santé et les accompagnements des personnes. La plupart du temps son périmètre d'action est infra-départemental.

La **concertation stratégique**, notion aussi utilisée par la méthode MAIA, consiste à faire collaborer les décideurs, financeurs, et autres acteurs stratégiques (ARS CD, caisses de protection sociale, URPS, Ordre des médecins, associations représentatives des personnes et de leur famille, ...) afin d'élaborer et valider la feuille de route du territoire dans la mise en place des actions relevant de la concertation tactique, ayant pour objectif d'améliorer les réponses aux besoins de la population du territoire, et d'accorder les moyens nécessaires. C'est aussi l'espace où est présenté le diagnostic territorial partagé en amont de cette feuille de route. Le plus souvent son périmètre d'action est le département.

difficultés rencontrées pour certains types de personnes, notamment pour répondre à des personnes qui pourraient par exemple élargir à deux types de « parcours ». Prenons par exemple un enfant atteint de troubles du spectre autistique qui serait atteint d'un cancer ou une personne atteinte de trisomie 21 et souffrant de troubles neurodégénératifs. Ou enfin une personne atteinte d'une maladie rare et en situation de précarité. La combinaison de ces pathologies, handicap ou situations de vulnérabilité va générer de la complexité et nécessiter de tricoter des réponses à ces personnes en faisant coopérer les acteurs de différents secteurs avec un appui plus ou moins intensif selon la complexité de la situation. Ce qui va demander aux professionnels et surtout aux équipes de pouvoir collaborer avec une grande diversité d'acteurs : dans le premier exemple évoqué ci-dessus, de travailler avec les structures et dispositifs spécialisés dans l'autisme et avec des services de cancérologie pédiatrique. Par ailleurs, il s'agit d'accompagner des **parcours de vie** et d'impliquer les acteurs de droit commun et tout ce qui favorisera la participation sociale des personnes et leur pouvoir d'agir, d'où la **démarche inclusive**

Chacune de ces étapes constitue donc une marche d'un même escalier mais qu'il convient d'avoir bien consolidée avant de passer à la marche suivante. Pour cela, les professionnels devront maîtriser les concepts, les savoir-faire qui y sont associés, faire évoluer leurs postures, et disposer des outils *ad hoc*. D'où la temporalité plus longue que celle imposée par les pouvoirs publics (courbe 3 versus courbe 1).

Au final, il faut retenir que ces mises en place de dispositifs **prennent du temps**, que chaque changement de politique a un impact sur la dynamique des acteurs qui doit se ralentir au moins pour un moment, et que les **déstabilisations de ces organisations** peuvent générer des incertitudes et risquent de provoquer le départ de personnes dont l'une des **compétences clés est le réseau constitué, compétence qui met du temps à se développer**. L'écart entre les attendus des pouvoirs publics et les capacités des acteurs de terrain se creusent et peuvent arriver à des points de rupture/crise. Nous reviendrons sur ce point ainsi que sur l'enjeu majeur qu'est la formation des professionnels, dans le rapport global de la recherche EHESP CNSA qui devrait être rendu public début juillet 2022.

[Une concertation améliorée au niveau national entre les pouvoirs publics et les différentes parties prenantes.](#)

Historiquement, chacun des dispositifs était porté par une administration centrale différente ou par la CNSA, ce qui ne facilitait pas toujours leur articulation (voir tableau 1 dans l'introduction).

Or depuis plusieurs années, au niveau national, les échanges se sont renforcés entre les différentes administrations de la santé et du social et les caisses de protection sociale. Ainsi, pour la mise en place des DAC, une équipe projet nationale a été mise en place et se réunit tous les quinze jours avec des représentants de ces diverses organisations ainsi que de deux ARS.

Par ailleurs, les représentants des différentes parties prenantes (associations des personnes concernées, fédérations d'établissements et de services, collectifs de professionnels, représentants d'ARS, de CD) ont été associés dans le cadre de groupes de travail pour la conception des mesures législatives, du cadre d'orientation ou des référentiels d'action. Dans ce cadre, la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé (FACS)²⁰ et ses fédérations régionales jouent un rôle important sur la mise en place des DAC en tant que force de

²⁰ La FACS rassemble aujourd'hui le collectif des pilotes MAIA, l'ancienne union nationale des réseaux de santé et l'association nationale des Coordinateurs et Coordinations Locales (ANCCLIC)

proposition et sur la remontée des expériences du terrain. Un cadre national d'orientation (CNO) élaboré avec le groupe de travail national a été diffusé en juin 2020 et précise ces missions et le service rendu attendu pour les professionnels et les personnes ou leurs aidants. En complément du CNO, afin de venir en appui à la structuration des DAC, un livrable a été élaboré par un groupe de travail : la « boîte à outils ». Ce document propose des éléments opérationnels relatifs à chacune des 3 missions, principalement à destination des ARS et des DAC pour accompagner l'unification des DAC et renforcer l'harmonisation des pratiques. L'ANAP joue dans ce domaine un rôle important d'animation d'ateliers et de production de guides et de monographies et de retours d'expérience.

La concertation Grand Age Autonomie a été aussi une belle illustration de la manière de travailler avec tous les acteurs afin de déboucher sur des propositions consensuelles. De même le groupe qui a travaillé sur le document de propositions pour la création d'un service public territorial de l'autonomie.

En revanche on peut regretter que la création des Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées (PCPE), des communautés 360 n'ait pas fait plus l'objet de concertation avec les différentes parties prenantes et pour ces dernières avec les acteurs porteurs de DAC ce qui aurait permis de définir un peu mieux en amont leurs articulations dans l'avenir. Mais il n'est jamais trop tard pour **organiser des retours d'expériences de ces articulations afin d'ajuster les missions des uns et des autres**. On peut aussi s'étonner que la création de postes de facilitateurs pour l'accompagnement des personnes en situation de handicap n'ait pas été conçue en lien avec les fonctions des référents de parcours complexes des DAC.

Espérons que le rôle grandissant de démarches que l'on peut qualifier d'**intelligence collective**, avec de plus en plus de retours d'expérience, pourront permettre de réajuster les ambitions des pouvoirs publics avec la réalité et les capacités des acteurs de terrain.

Le DAC : un rôle clair et ambitieux dans la responsabilité populationnelle mais plus flou pour la démarche inclusive

Pour que leur parcours de santé soit le plus fluide et complet possible, les personnes doivent avoir **accès aux ressources du territoire** dont elles ont besoin (Clerget, 2009, Jacob, 2013, Coldefy, 2014). A cette fin, les ressources doivent être **bien repérées sur le territoire**, ce qui peut être facilité par le travail des DAC qui établissent et diffusent des annuaires sur l'offre disponible sur le territoire. Pour éviter le passage obligé auprès du DAC (et son engorgement), il importe que chaque établissement ou service du sanitaire, du médico-social et du social, autant que possible, puisse progressivement à son niveau organiser le parcours de la personne en lien avec les autres organisations/partenaires du territoire, en leur proposant les prestations diverses dans les champs de la santé et du social ainsi que l'accès à des espaces de vie et de soins, aux transports, ... A ce premier niveau (déjà ambitieux), le DAC est **co-porteur / facilitateur d'un projet territorial** qui favorise l'interconnaissance entre les acteurs, la clarification des rôles des uns et des autres pour optimiser **l'information et l'orientation** des personnes (qu'elles viennent du DAC ou d'autres organisations du territoire). Dans des territoires bien dotés, il pourra trouver des relais (CLIC, CCAS, associations diverses portées par des familles, ...) et s'appuyer selon le **principe de subsidiarité** sur ces organisations relais ; mais on verra plus loin que les territoires sont très inégaux à cet égard. Le DAC est appelé aussi à collaborer de manière étroite avec les nouvelles communautés 360, le DAC étant plus positionné sur la dimension parcours de santé et la communauté 360 sur le parcours de vie, la démarche inclusive et la mise en lien avec les acteurs de droit commun au moins dans le champ du handicap. Pour les autres personnes, âgées ou atteintes de maladies chroniques sans handicap, il n'est aujourd'hui pas très clair qui jouera ce **rôle de facilitateur d'inclusion** : le CLIC (quand il n'a pas rejoint le DAC) ? Le prochain service public territorial de

l'autonomie (SPTA)²¹ ? les DAC eux-mêmes ? Les communautés 360 élargies à tout âge et toute pathologie ?

A un second niveau, le DAC est investi d'une **responsabilité populationnelle**, c'est-à-dire d'une responsabilité partagée entre l'ensemble des autres acteurs du territoire et les tutelles afin de trouver une réponse à toute personne dont le parcours de santé est complexe. La réalisation d'un diagnostic territorial partagé et l'observation en continu des ruptures de parcours afin d'identifier les chainons manquants ou les éventuels dysfonctionnements en est un élément central.

Dans la partie suivante, nous allons nous intéresser aux réalités territoriales en termes de **dispositifs spécialisés dans la coordination des parcours** et étudier leur répartition selon les territoires français, mettant en évidence d'importantes **inégalités territoriales**.

²¹ Libault et al., 2022, Rapport « Vers un service public territorial de l'autonomie »

Partie 2 : Un déploiement très disparate des dispositifs de coordination (CLIC, réseaux de santé, PTA) et des DAC sur le territoire français

Un déploiement très hétérogène des dispositifs de coordination

En analysant notre base de sondage qui est sensée comporter la quasi-totalité des dispositifs de coordination, on peut observer la grande hétérogénéité de la répartition des divers dispositifs de coordination entre les régions (voir figures 5 et 6 avec les pourcentages et les effectifs des dispositifs de coordination). Par exemple, en Nouvelle Aquitaine et en Normandie, on observe peu de réseaux alors qu'en Occitanie et en Auvergne Rhône Alpes, il y a très peu de CLIC (ou dispositifs équivalents) et les proportions des dispositifs varient d'une région à l'autre.

Figure 5 : Répartition des dispositifs de coordination par région en pourcentage
(à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)

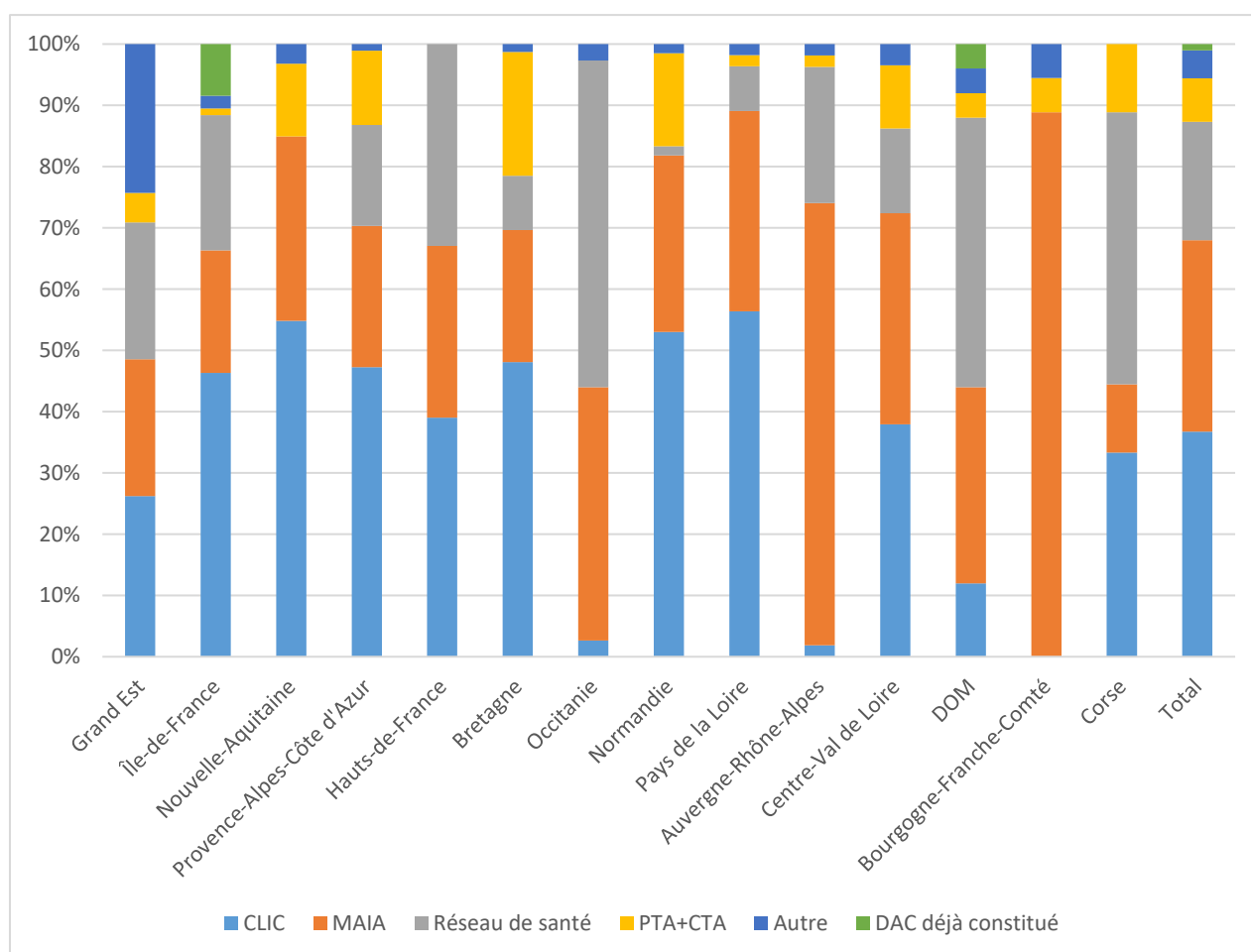
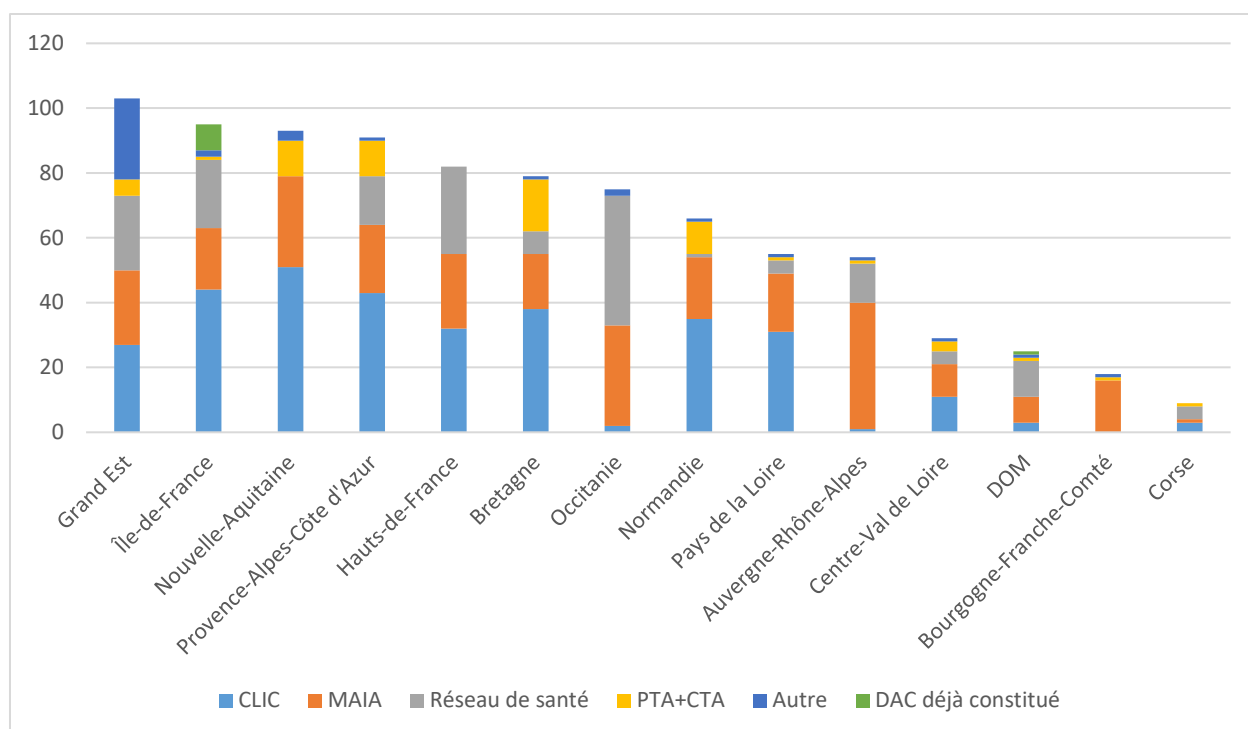
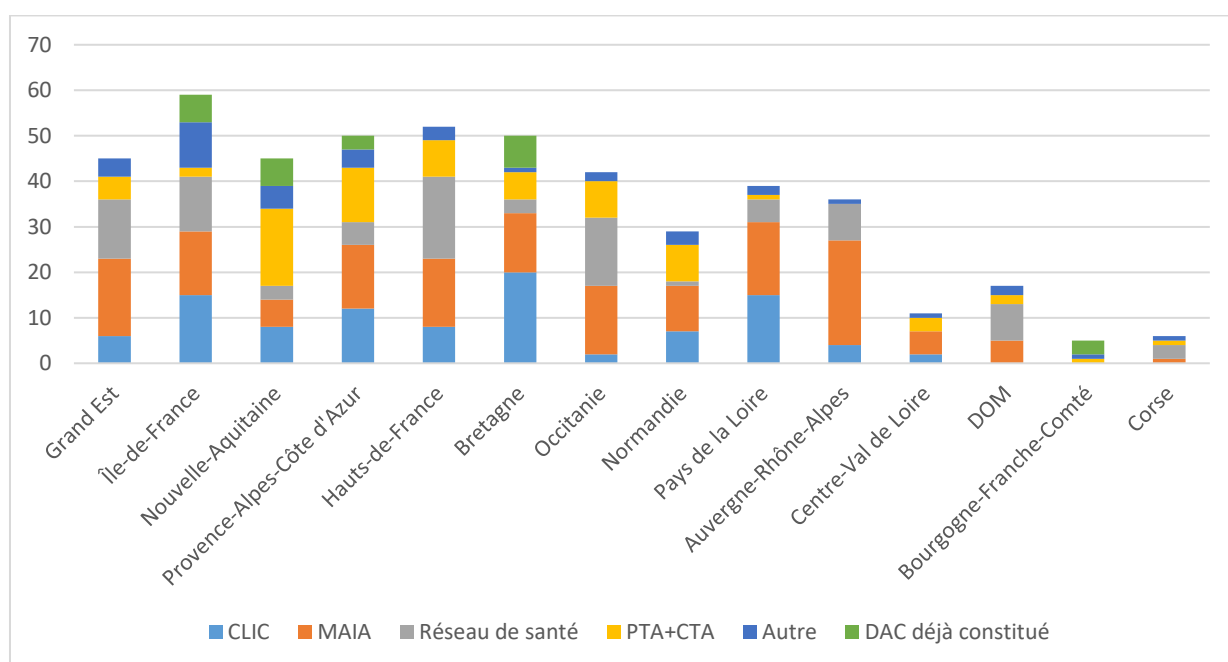


Figure 6 : Répartition des dispositifs de coordination par région en effectifs
(à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)



Concernant les répondants à cette enquête, on observe une répartition un peu différente à celle de l'ensemble des dispositifs, sachant que, comme indiqué dans l'annexe 3, les CLIC ont moins bien répondu que les MAIA ou les réseaux de santé à l'enquête, du fait vraisemblablement que certains ne se sentaient pas concernés par l'unification des DAC (voir figure 7).

Figure 7 : Répartition des dispositifs répondants par région en effectifs
(à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)



Il faut noter que les **régions qui ont le plus de CLIC seront plus en difficulté pour la mise en place des DAC**, car il faudra négocier avec les conseils départementaux pour qu'ils rejoignent ou s'articulent avec le DAC.

Il s'avère par ailleurs que selon les territoires MAIA, **il puisse y avoir un CLIC et pas de réseau et réciproquement et parfois ni l'un ni l'autre, ou bien que la couverture par le CLIC et le réseau de santé ne soit que partielle sur certains territoires**. Or les structures de coordination de second niveau pour venir en appui aux professionnels et aux usagers sont les CLIC et les réseaux de santé. Une MAIA seule sur un territoire sans CLIC ou réseau va être vite submergée par les demandes et son équipe de gestionnaires de cas ne pourra pas faire face. De même **pour la création d'un DAC, s'il ne peut pas s'appuyer sur des dispositifs préexistants, il sera long et compliqué pour mettre en place un DAC fonctionnel**. De plus, il faut savoir que l'existence de CLIC et de réseaux crée un historique de coopération sur le territoire qui s'avère très utile pour implanter de nouvelles dynamiques collectives sur celui-ci.

Il faut aussi souligner qu'en général, les réseaux de santé sont plus enclins à travailler au niveau des soins et les CLIC à celui des dimensions sociales. Donc, selon leurs problématiques, les personnes auront plus avantage à être accompagnées par un CLIC ou par un réseau de santé. Il est vraisemblable que les DAC qui s'appuieront sur un CLIC et pas sur un réseau de santé ou une PTA auront plus de difficultés au moins au départ à tisser des liens vers les acteurs du sanitaire. A l'inverse un DAC s'appuyant sur un (ou plusieurs) réseaux de santé ou une PTA pourra bénéficier de l'expérience de la MAIA pour établir des partenariats avec les acteurs du médico-social et du social, si bien sûr les équipes de la MAIA sont toujours présentes.

Par ailleurs, dans le tableau 4 ci-dessous nous avons utilisé un filtre pour n'étudier que les territoires sur lesquels il n'y a pas de réseau. Sur ces territoires, on observe une tendance significative à avoir plus de CLIC (17 en bleu) sur des territoires peu touchés par le manque de médecins (dont 1 à 24% est considéré comme zone d'intervention prioritaire²²) et moins de CLIC (5 en rouge) sur ceux plus touchés par ces problèmes de démographie médicale (quand c'est de 25 à 49% du territoire qui est en zone prioritaire). Ces dernières zones sont donc particulièrement dépourvues d'offre médicale et aussi de coordination (et d'information et d'orientation pour les personnes âgées). On pourrait les appeler des **déserts médicaux et de coordination**.

²² Les zones d'intervention prioritaires sont les plus fragiles en terme de densité de médecins. Elles sont définies par les ARS sur la base de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin, ou sur des indicateurs qu'elles estiment plus adaptés compte tenu des caractéristiques de leurs territoires. L'indicateur d'APL mesure l'offre médicale disponible sur un territoire de vie-santé et prend en compte :

- le nombre de médecins généralistes jusqu'à 65 ans, pour anticiper les futurs départs à la retraite
- l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de ses consultations ou visites effectuées dans l'année
- le temps d'accès aux praticiens
- le recours aux soins des habitants par classe d'âge.

Tableau 4 : Existence de CLIC sur les territoires en fonction du pourcentage de leurs communes considérées en « zone prioritaire » pour la démographie médicale (Innovmaia)

Croisement : Si oui, existe-t-il aujourd'hui un ou des CLIC* ou coordination gériatrique équivalente ? / Quel pourcentage des communes de votre territoire sont considérées comme "zone d'intervention prioritaire" en termes de démographie médicale ?

SI OUI, EXISTE-T-IL AUJOURD'HUI UN OU DES CLIC* OU COORDINATION GÉRONTOLOGIQUE ÉQUIVALENTE ?	QUEL POURCENTAGE DES COMMUNES DE VOTRE TERRITOIRE SONT CONSIDÉRÉES COMME "ZONE D'INTERVENTION PRIORITAIRE" EN TERMES DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?							TOTAL
	0%	ENTRE 1 ET 24%	ENTRE 25 ET 49%	ENTRE 50 ET 74%	ENTRE 75 ET 99%	100%	NE SAIS PAS	
Oui	5	17	5	4	0	0	5	36
Non	1	0	4	0	0	0	2	7
Ne sais pas	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	17	9	4	0	0	7	43

■ Éléments sous-représentés ■ Éléments sur-représentés

La relation est significative. $p\text{-value} = 0,0$; $\text{Khi}^2 = 10,1$; $\text{ddl} = 4$.

Cependant, grâce à la loi OTSS de 2019 avec l'unification de ces dispositifs au sein des DAC, on devrait espérer progressivement avoir une réponse plus homogène.

Des territoires de coordination pas toujours bien calés sur les flux des personnes âgées

Dans l'enquête Innovmaia nous avons demandé aux pilotes MAIA selon leur avis, dans quelle proportion les personnes âgées faisaient appel à des offres de soins d'une part (figure 8) et des offres de service du médico-social et du social d'autre part (figure 9), basées sur d'autres territoires que celui de leur MAIA. Nous avons été surpris de constater la proportion élevée pour de nombreuses offres de l'ordre de 50% pour les centres hospitaliers, pour les EHPAD, les accueils de jour, et l'hébergement temporaire.

Evidemment il s'agit de territoires de MAIA et pas de DAC qui a priori sont souvent plus grands, mais parfois des DAC reprennent le même territoire que celui de la MAIA qui se fond alors dans ce DAC. Dans tous les cas, il sera important de s'assurer que **la coordination territoriale à laquelle le DAC contribue emporte bien tous les acteurs impliqués dans les soins et les accompagnements des personnes en situation complexe de son territoire, et donc des offreurs de soins et d'accompagnement en dehors de son territoire quand ils ont un rôle sur une part significative de cette population.** Nous avons observé ce phénomène de décalage entre le **territoire-population** (en lien avec les besoins de la population d'un territoire) et le **territoire-offre** (en lien avec l'offre basée sur un territoire). Par exemple dans l'évaluation qualitative de PAERPA, nous avons observé que beaucoup de personnes âgées du territoire parisien 9^{ème}-10^{ème}-19^{ème} allaient consulter sur d'autres arrondissements parisiens que ce soit pour l'hôpital, pour des spécialistes ou pour leur accueil en EHPAD.

Figure 8 : Offreurs de soins basés sur d'autres territoires auxquels la population du territoire recourt (Innovmaia)

De manière générale, indiquez les **offreurs de soins basés sur d'autres territoires** que votre territoire MAIA, qui assurent de manière significative* des soins à la population de votre territoire

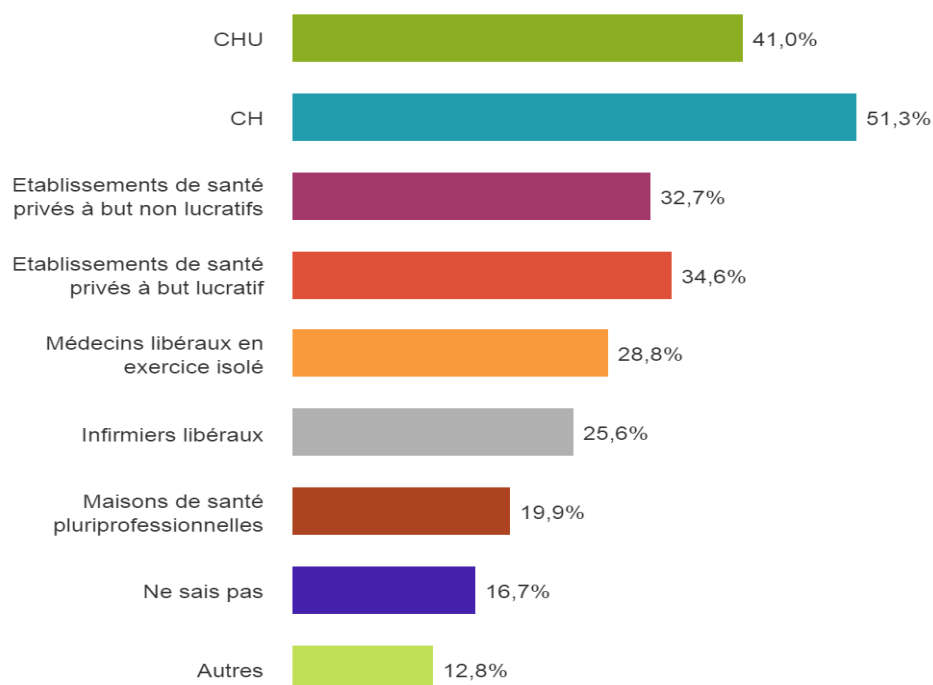
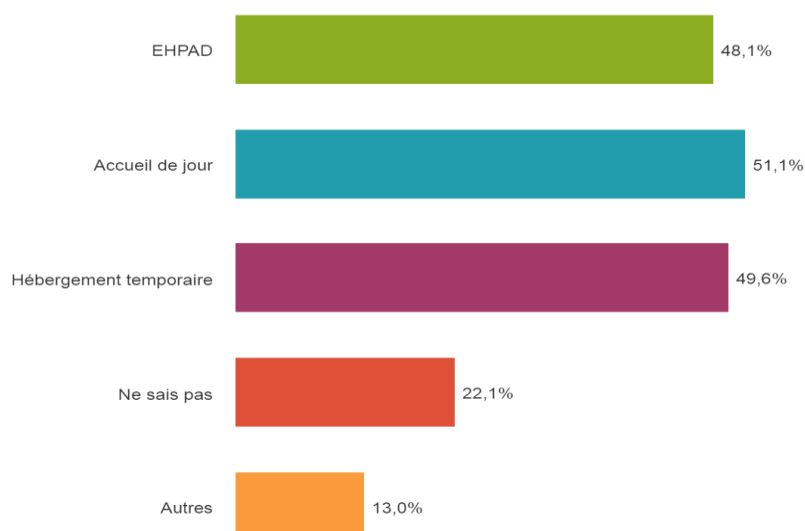


Figure 9: Offreurs de service du médico-social et du social, basés sur d'autres territoires, auxquels la population du territoire recourt (Innovmaia)

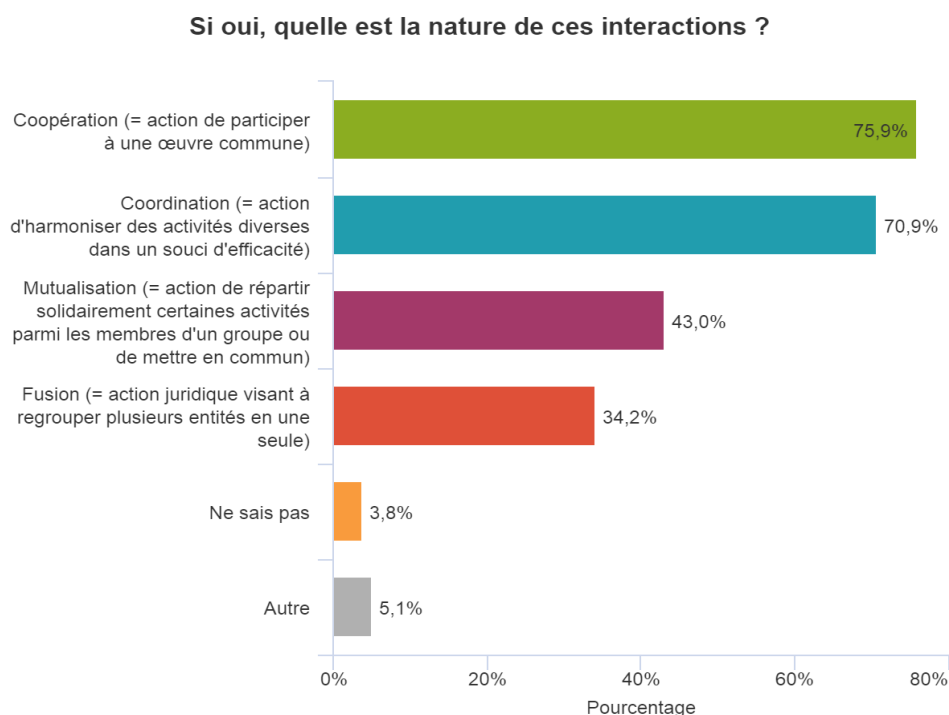
De manière générale, indiquez les **offreurs de service du médico-social et du social basés sur d'autres territoires** que votre territoire MAIA, qui assurent de manière significative* des soins à la population de votre territoire



Un rapprochement des dispositifs de coordination en DAC variable selon les territoires et impacté par la COVID 19

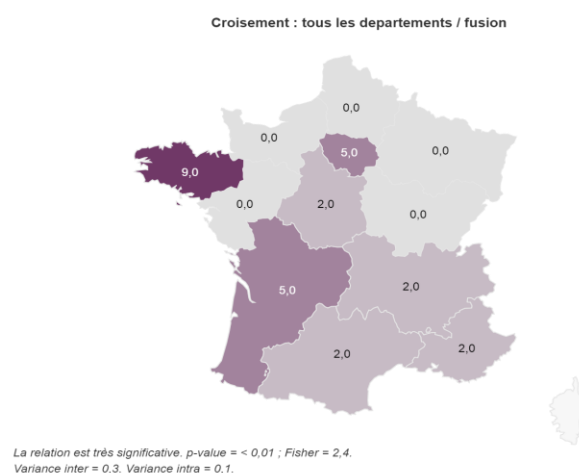
Nous avons demandé dans l'enquête Innovmaia s'il y avait des démarches de rapprochement entre dispositifs de coordination : 54% ont répondu « oui », 32% ont répondu « non » et 14% ont répondu « ne sais pas ». Ensuite, ils pouvaient indiquer la nature des interactions entre ces dispositifs de leur territoire (figure 10).

Figure 10 : Nature des interactions entre dispositifs de coordination
vue par les pilotes MAIA (Innovmaia)



On peut observer qu'une part importante des territoires étaient donc peu avancés dans ces démarches de rapprochement et que seulement 34% des 52% avaient déjà fusionné, soit 18% des territoires. Une analyse en croisant ces données par région montre qu'il s'agit de territoires majoritairement situés en Bretagne, en Nouvelle Aquitaine et en Ile de France (figure 11)

Figure 11 : Nombre de territoires par région de la France métropolitaine ayant indiqué avoir fusionné en 2019 (Innovmaia)



En 2020, grâce à notre nouvelle enquête InnovDAC_COVID (voir annexe 3), lancée juste après la première vague de la COVID 19, nous avons pu saisir l'impact de la COVID 19 sur la dynamique engagée par les différents dispositifs de coordination dans l'unification en DAC. Nous avons interrogé l'ensemble des CLIC, des réseaux de santé, des PTA, CTA, des MAIA et les équipes relais handicaps rares en nous appuyant pour les premiers sur leurs collectifs rassemblés au sein de la Fédération nationale des dispositifs de ressources et d'Appui à la Coordination des parcours de Santé (partenaire de l'enquête) et sur les équipes relais handicaps rares en direct²³.

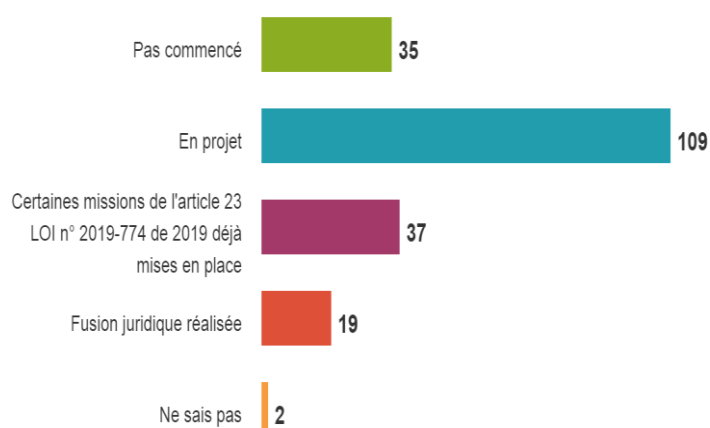
On peut observer à nouveau des degrés d'avancement très variés avec seulement 19 sur les 177 dispositifs engagés vers l'unification au sein d'un DAC, ayant réalisé la fusion juridique (figure 12) :

Figure 12 : Stades d'avancement vers l'unification en DAC en 2020 (InnovDAC_COVID)

A quel stade d'avancement du DAC était votre dispositif au 1er mars 2020 ? (plusieurs réponses possibles)

Réponses effectives : 177

Taux de réponse : 100%

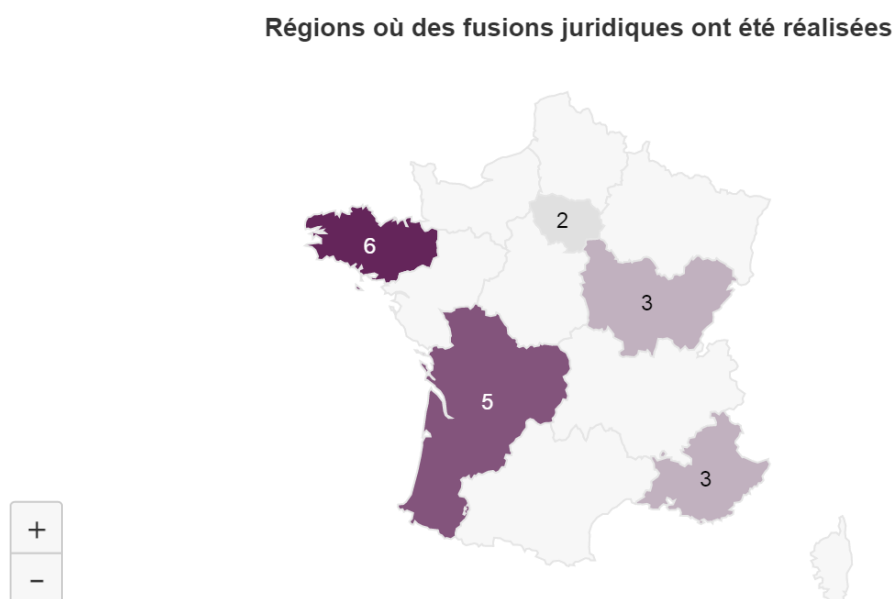


Les régions concernées par la fusion sont toujours l'Ile de France²⁴, la Bretagne et la Nouvelle Aquitaine avec en plus la Bourgogne Franche Comté et la région PACA (Figure 13)

²³ Nous ne présentons ici pas d'analyses spécifiques sur les équipes relais handicaps rares qui donneront lieu à un travail complémentaire ultérieur

²⁴ A noter qu'en Ile de France le nombre indiqué n'est que de 2 car certains dispositifs ont fusionné comme les M2A parisiennes sans être encore labellisés DAC par l'ARS Ile de France.

Figure 13 : Nombre de dispositifs ayant réalisé la fusion par région de France métropolitaine en 2020 (innovDAC_COVID)



Il se trouve que les 3 régions Nouvelle Aquitaine, Bretagne et Ile de France ont entamé sans attendre la loi OTSS de 2019 les démarches vers la fusion des dispositifs avec une stratégie très déterminée de ces ARS. Dans le cas de la Nouvelle Aquitaine, le choix a été fait de faire des PTA/DAC départementaux. La Bretagne avait surtout très tôt mis en place les PTA, ce qui a facilité le passage en DAC pour la plupart de ses territoires. L'Ile de France a même élaboré un référentiel pour les DAC avec deux niveaux de labellisation, sans attendre la publication du cadre national d'orientation. D'autres ARS ont préféré que la « doctrine » soit pleinement stabilisée au niveau national avant de se lancer plus dans l'accompagnement des acteurs vers les DAC. On peut tout de même observer (par le retour de nos stagiaires futurs responsables de DAC en formation à l'EHESP) que les politiques d'accompagnement sont très différentes d'une région à l'autre avec des avancées très variables, certaines régions par exemple n'ayant toujours pas décidé qui serait le porteur du DAC en février 2022, ce qui s'avère très insécurisant pour les personnes impliquées dans les projets de DAC.

Au final, on peut constater une grande différence dans la maturité des territoires au regard de leur capacité à accompagner les parcours des personnes entre des territoires sans aucune offre à des territoires avec un DAC mis en place (au moins sur le plan juridique). On peut se demander s'il ne faudrait pas **calibrer plus les moyens accordés aux différents territoires selon leur stade de maturité**. Nous y reviendrons dans la discussion.

Concernant l'impact de la COVID 19, à peu près la moitié des répondants de l'enquête InnovDAC_COVID (49% des 351 répondants à cette question) considère que « l'intérêt des DAC tels qu'envisagés ou déjà mis en place a été confortée par l'épidémie » (sachant que 38% des répondants ne savent pas répondre à cette question). On va le voir ci-dessous, en fait les parties prenantes des futurs DAC se sont pour beaucoup engagées à trouver des solutions souvent très concrètes pour aider les personnes et les professionnels. **Ils ont tissé de nouveaux liens dans le cadre de collaborations inédites qui leur ont permis de se faire (mieux) connaître**. Nous avons en effet par exemple pu observer sur le territoire francilien que de nombreux dispositifs ont été mobilisés dans un premier temps pour le dépistage de la COVID 19, puis pour aider dans les campagnes de vaccination contre la COVID 19.

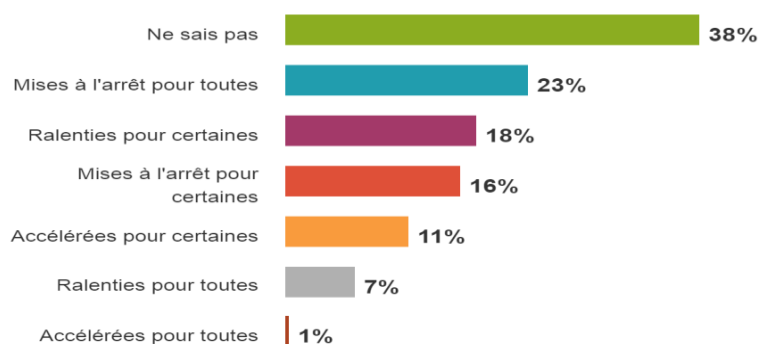
Il faut noter que si la majorité reconnaît avoir **développé l'interconnaissance avec les autres acteurs**, toutefois la plupart d'entre eux jugent que la **dynamique de fusion engagée a été ralentie voir stoppée** par l'épidémie (surtout la question de la fusion juridique) (voir figure 14 ci-dessous et résultats dans l'annexe 3 figure 27).

Figure 14 : Impact de l'épidémie sur les démarches en cours pour la mise en place du DAC
(innovDAC_COVID)

Les démarches en cours pour la mise en place du futur DAC ont-elles été, du fait de l'épidémie (plusieurs réponses possibles) :

Réponses effectives : 351

Taux de réponse : 95%



Nous allons préciser ci-dessous le rôle que les dispositifs de coordination peuvent jouer dans la transformation du territoire et dans les innovations :

- Par les MAIA à travers les remontées des pilotes MAIA dans l'enquête Innovmaia de 2019
- Par l'ensemble des dispositifs de coordination lors de l'épidémie de COVID par l'enquête innovDAC_COVID

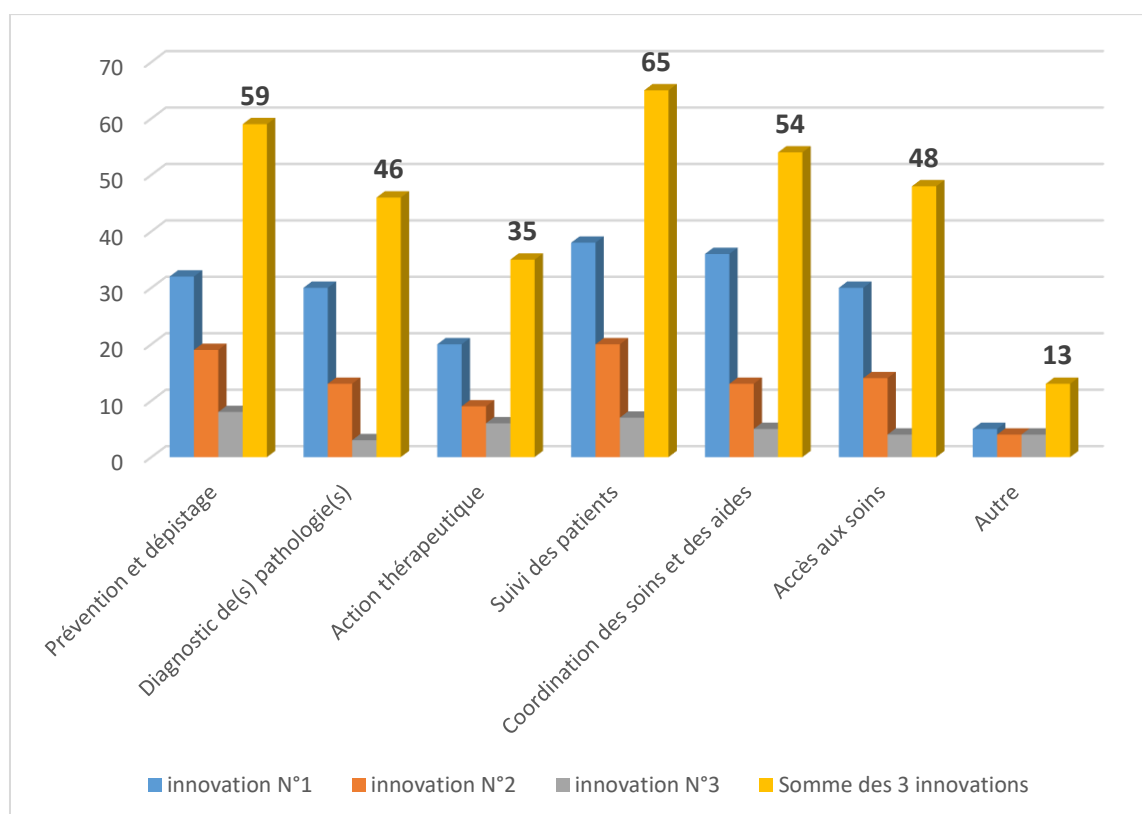
[Les dispositifs de coordination : un soutien au repérage et au déploiement d'innovations pour améliorer les parcours des personnes en situation complexe](#)

[Les pilotes MAIA au service du repérage des offres innovantes sur les territoires](#)

Dans l'enquête Innovmaia, nous avons interrogé les pilotes MAIA sur leur connaissance d'innovations développées sur leur territoire que ce soit pour la santé ou pour l'autonomie des personnes âgées. Evidemment leur réponse traduit la combinaison de l'existence de ces offres innovantes avec la connaissance qu'il peuvent avoir. Donc on peut considérer que les résultats présentés ci-dessous sont sous-estimés et pourraient être biaisés par leur connaissance plus ou moins importante dans ces deux champs, lié à leur profil professionnel ou à leur structure porteuse. Ceci dit les pilotes MAIA avaient la possibilité de renseigner 3 innovations en santé et 3 innovations pour l'autonomie. Il ressort que les innovations en santé repérées par les pilotes MAIA sont en majorité des innovations liées au suivi des patients (N=65) et à la prévention et au dépistage (N=59) (figure 15). On peut en citer quelques exemples relevés dans le cadre du codage réalisé par Sabrina Carion et François Barrière, membres du collectif des pilotes MAIA :

- du **côté du suivi des patients**, l'existence d'équipes mobiles psychiatriques, de collaborations ville hôpital, de la télémédecine
- et du **côté de la prévention et du dépistage**, le repérage de la fragilité, l'activité physique adaptée, l'éducation thérapeutique du patient, les approches non médicamenteuses.

Figure 15 : Domaines des 3 innovations en santé (plusieurs réponses possibles) (Innovmaia)

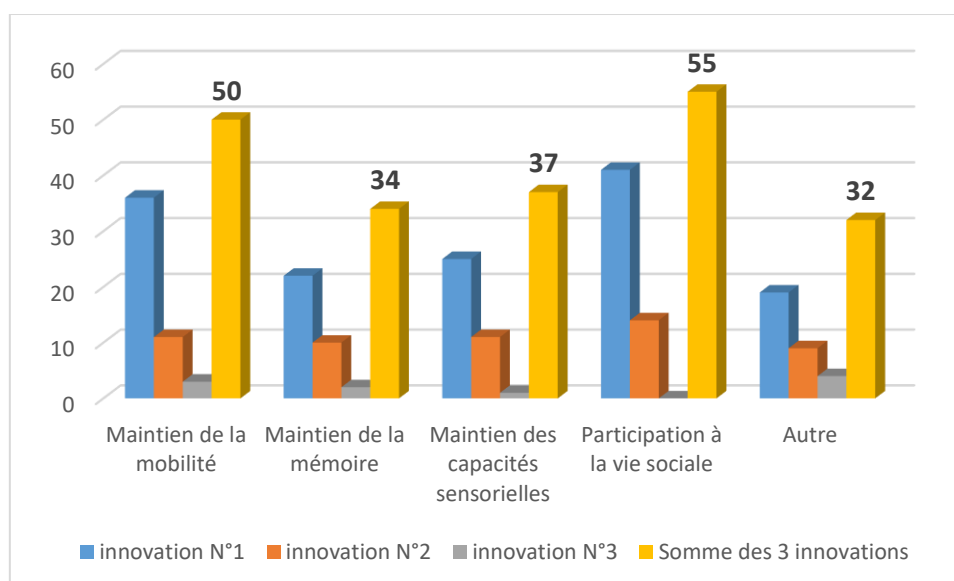


Concernant les **innovations pour l'autonomie**²⁵, les **plus citées** sont dans les domaines de la participation à la vie sociale puis du maintien de la mobilité (figure 16). Après un codage réalisé par Lucie Dewost et Maela Negaret du collectif des pilotes MAIA, les grands thèmes qui ressortent sont les actions collectives, les actions vis-à-vis des aidants, pour l'adaptation du lieu de vie, et pour la coordination interprofessionnelle. En voici quelques exemples :

- Pour la **participation sociale** : lutte contre l'isolement / équipes citoyennes / MONALISA, transports collectifs et individuels, visite de personnes âgées
- Pour le **maintien de la mobilité** : capteurs, plateformes mobilité, aides techniques, auto-réhabilitation, ergothérapie à domicile

²⁵ A noter que nous avons aussi posé des questions sur leur connaissance d'habitats alternatifs et de formules type EHPAD à domicile. Ces résultats seront présentés dans le rapport global de la recherche EHESP-CNESA.

Figure 16 : Domaines des 3 innovations pour l'autonomie (plusieurs réponses possibles) (Innovmaia)



Enfin nous avons voulu savoir si ces innovations avaient pu être repérées lors du diagnostic territorial réalisé par les pilotes MAIA ou si elles avaient émergé comme un élément de la feuille de route (tableau 5). On peut observer que les solutions en santé sont plus fréquemment associées au diagnostic territorial (45%) et à la feuille de route qui en découle (43%) que les solutions pour l'autonomie, qui ne le sont respectivement qu'à 33% et à 27%. Cela peut être dû au fait que les innovations en santé (au sens des pilotes MAIA), sont finalement de nature plus organisationnelles que celles pour l'autonomie plus centrées sur les personnes et impliquant des acteurs du social peut-être moins mobilisés dans le diagnostic territorial, comme tout ce qui relève de la participation sociale des personnes.

Tableau 5 : Lien entre les innovations en santé et pour l'autonomie et le diagnostic territorial (innovmaia)

Question posée	OUI	NON	NE SAIS PAS
Certaines de ces solutions innovantes dans le champ de la santé ont-elles été détectées dans le cadre de votre diagnostic territorial ?	45%	49%	7%
Certaines de ces solutions innovantes dans le champ de la santé ont-elles émergé comme un élément de la feuille de route suite à votre diagnostic territorial ?	43%	51%	5%
Certaines de ces solutions innovantes dans le champ de l'autonomie ont-elles été détectées dans le cadre de votre diagnostic territorial ?	33%	53%	13%
Certaines de ces solutions innovantes dans le champ de l'autonomie ont-elles émergé comme un élément de la feuille de route suite à votre diagnostic territorial ?	27%	61%	13%
TOTAL	35%	54%	10%

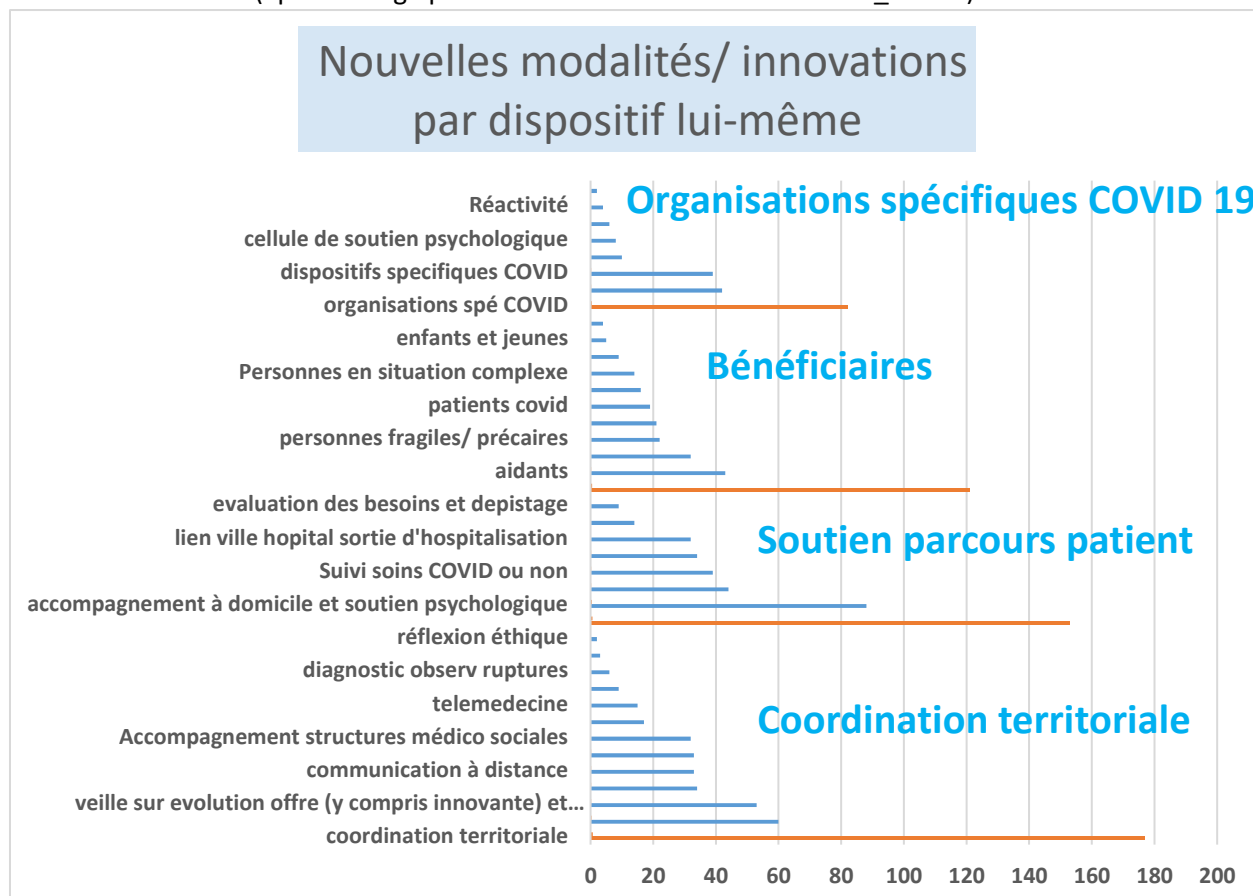
L'épidémie de COVID 19 comme une opportunité pour innover :

Pendant l'épidémie de COVID, ce sont 82% des dispositifs de coordination répondants (soit 240 sur les 292 répondants à cette question) qui estiment avoir été en mesure dans la période de confinement de conduire de nouvelles activités en lien avec l'épidémie à la COVID 19 et d'avoir pu eux-mêmes mettre en place une modalité coopérative nouvelle et/ou une innovation. **60%** des répondants estiment toutefois que les dynamiques territoriales engagées par/avec leur dispositif avant l'épidémie ont facilité la lutte contre celle-ci (avec 32% qui ne sait pas et donc seulement 9% qui répondent non). Nous retrouvons un phénomène que nous avons déjà pu observer souvent par des approches qualitatives, que les **coopérations naissent rarement spontanément sans qu'un réseau d'acteurs ait déjà eu l'occasion de collaborer**. C'est un point majeur sur lequel nous reviendrons dans la discussion.

Nous avons codé ces nouvelles activités (figure 17) et il en ressort 3 grands groupes ainsi qu'une rubrique sur les principaux bénéficiaires :

- La mise en place **d'organisations spécifiques à la COVID 19**
- Un **soutien pour le parcours des personnes** auprès de divers publics et beaucoup auprès des aidants
- Des **activités de coordination territoriale** avec l'accompagnement de structures médico-sociales et des professionnels, de la veille sur les nouvelles initiatives, des diagnostics sur des ruptures de parcours, ...

Figure 17 : Thèmes et sous-thèmes des nouvelles modalités/ innovations développées pendant la première vague de l'épidémie de COVID 19 en nombre d'occurrences
(après codage par Marie-Aline Bloch dans innovDAC_COVID)



On peut constater comme on pouvait s'y attendre que les champs concernés sont plutôt le sanitaire pour les PTA et les DAC déjà constitués et moins pour les CLIC, et plus le médico-social et le social pour les MAIA et moins les réseaux de santé (tableau 6 ci-dessous)

Tableau 6 : Champs concernés selon les dispositifs de coordination porteurs des nouvelles modalités (innovDAC_COVID)

Croisement : Quels étaient les champs concernés ? (plusieurs réponses possibles) / De quel type de structure/dispositif* s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

QUELS ÉTAIENT LES CHAMPS CONCERNÉS ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)	DE QUEL TYPE DE STRUCTURE/DISPOSITIF* S'AGIT-IL ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)							
	RÉSEAU DE SANTÉ	CLIC	MAIA	CTA	PTA	DAC DÉJÀ CONST...	AUTRE	TOTAL
Hospitalier	28%	14%	45%	4%	25%	14%	9%	
Sanitaire ambulatoire	34%	13%	40%	4%	26%	13%	7%	
Médico-social	26%	24%	47%	4%	17%	7%	12%	
Social	21%	21%	55%	6%	21%	10%	9%	
Ne sais pas	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	
TOTAL	29%	23%	43%	4%	18%	9%	10%	

■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

La relation est significative. $p\text{-value} = 0,0$; $\text{Khi}^2 = 40,7$; $\text{ddl} = 24$.

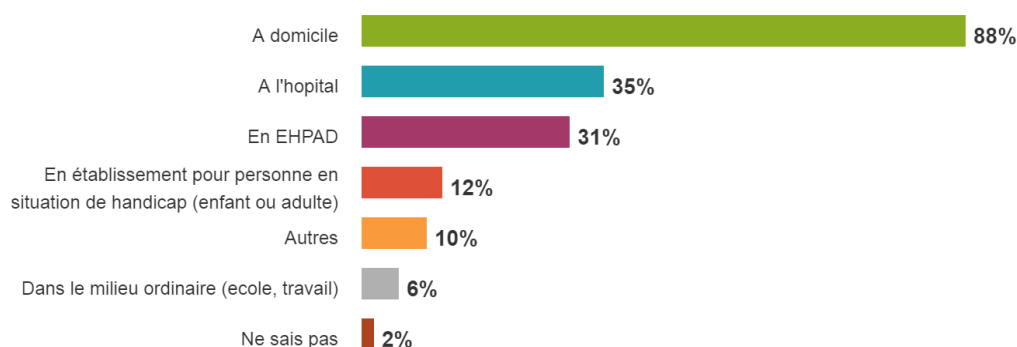
Les principaux lieux d'action sont tout d'abord le domicile des personnes mais aussi l'hôpital et puis les EHPAD et ensuite les établissements pour personnes handicapées (voir figure 18 ci-dessous).

Figure 18 : Lieux/ situations d'intervention des nouvelles modalités/innovations (innovDAC_COVID)

Dans quel type de structure/quelle situation votre dynamique est-elle venue en appui aux personnes ? (plusieurs réponses possibles)

Réponses effectives : 355

Taux de réponse : 96%



Là aussi (voir tableau 7) on peut observer que les CLIC interviennent plutôt à domicile et moins à l'hôpital, et les réseaux de santé moins à domicile. On peut aussi observer que les PTA et les DAC déjà constitués sont intervenus beaucoup à l'hôpital (environ 50%) et aussi en EHPAD (environ 40%).

Tableau 7 : Lieux/situations d'intervention des nouvelles modalités/innovations en fonction du type de dispositif qui les porte

Croisement : De quel type de structure/dispositif* s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles) / Dans quel type de structure/quelle situation votre dynamique est-elle venue en appui aux personnes ? (plusieurs réponses possibles)

DE QUEL TYPE DE STRUCTURE/DISPOSITIF* S'AGIT-IL ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)	DANS QUEL TYPE DE STRUCTURE/QUELLE SITUATION VOTRE DYNAMIQUE EST-ELLE VENUE EN APPUI AUX PERSONNES ? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)						
	A DOMICILE	EN EHPAD	EN ÉTABLISS... POUR PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP (ENFANT OU ADULTE)	A L'HOPITAL	DANS LE MILIEU ORDINAIRE (ECOLE, TRAVAIL)	NE SAIS PAS	AUTRES
Réseau de santé	81%	25%	13%	29%	9%	2%	15%
CLIC	95%	25%	5%	23%	2%	2%	7%
MAIA	92%	36%	8%	40%	3%	2%	12%
CTA	100%	36%	0%	36%	0%	0%	9%
PTA	91%	40%	17%	47%	9%	0%	3%
DAC déjà constitué	88%	38%	21%	50%	4%	0%	4%
Autre	97%	19%	28%	31%	8%	0%	6%
TOTAL	88%	31%	12%	35%	6%	2%	10%

■ Eléments sous-représentés ■ Eléments sur-représentés

La relation est significative. $p\text{-value} = 0,0$; $\text{Khi}^2 = 53,7$; $\text{ddl} = 36$.

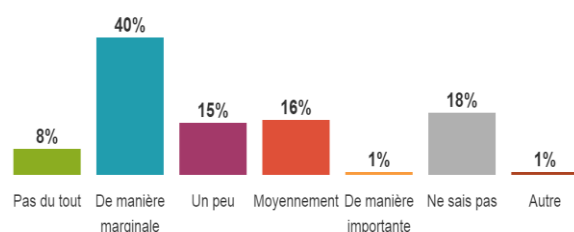
Par ailleurs, nous les avons aussi interrogés dans leur rôle par rapport à la montée en puissance de la **télémédecine** sur leur territoire. On peut constater que celle-ci s'est fortement développée à l'occasion de l'épidémie de COVID 19 et que les dispositifs répondants considèrent à 56% avoir contribué à résoudre certaines des difficultés rencontrées (voir figure 19 ci-dessous).

Figure 19 : Etat du développement de la télémédecine avant l'épidémie (à gauche) ou pendant et après l'épidémie (à droite)

Comment était développée la télémédecine sur votre territoire avant l'épidémie à la COVID 19 ?

Réponses effectives : 353

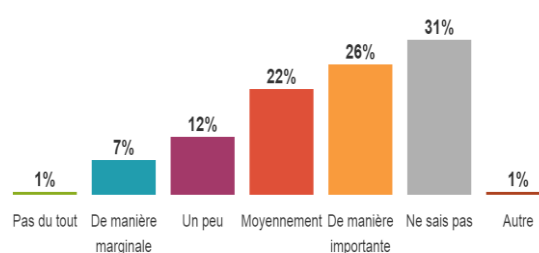
Taux de réponse : 95%



Comment s'est développée la télémédecine sur votre territoire durant et depuis l'épidémie à la COVID 19 ?

Réponses effectives : 353

Taux de réponse : 95%



Mais sans forcément innover par eux-mêmes, les dispositifs de coordination peuvent contribuer à la dynamique d'innovation du territoire en repérant ces innovations, les faisant connaître (car c'est souvent un problème que nous remontent des porteurs d'innovation) et aussi les intégrer dans le diagnostic territorial ou à l'inverse contribuer à identifier certains besoins qui pourront donner lieu à des innovations. L'enquête Innovmaia nous a permis d'estimer le degré de connaissance des pilotes MAIA vis-à-vis des innovations en santé et pour l'autonomie de leur territoire, ainsi que des innovations de type organisationnelles, numériques, et aussi pour la formation et le développement de l'attractivité des territoires pour les professionnels. Nous indiquons ci-dessous quelques-uns des résultats obtenus et dans l'annexe 2.

Après avoir étudié les dynamiques des territoires par rapport à la coordination et à l'innovation, nous nous intéressons dans la partie suivante aux professionnels de terrain qui travaillent dans ces dispositifs de coordination.

Partie 3 : L'exercice de la coordination clinique et de la coordination territoriale : enjeux de nouvelles fonctions/(nouveaux métiers ?²⁶)

Dans cette partie, nous allons nous intéresser aux deux niveaux que nous avons décrits avec Léonie Hénaut dans la partie 3 de notre ouvrage de 2014²⁷ : les coordonnateurs de parcours (agissant auprès des personnes, assurant la coordination clinique) : exemple des référents de parcours de santé complexes ou des gestionnaires de cas) et les coordonnateurs d'innovation (agissant au niveau institutionnel, assurant la coordination territoriale : exemple des directeurs de DAC ou des chargés d'animation territoriale).

Une exigence grandissante : le travail en pluri-professionnalité

Les travaux de ma collègue sociologue Léonie Hénaut²⁸ tendent à montrer que le travail collaboratif suscite des sentiments ambivalents chez les professionnels. Il apporte d'un côté certains avantages aux professionnels qui le pratiquent :

- ✓ Il offre une meilleure capacité à apporter des réponses à des situations complexes.
- ✓ Il s'agit d'une forme d'enrichissement par la rencontre d'autres professionnels aux compétences complémentaires.
- ✓ Il permet de sortir de l'isolement, notamment quand le professionnel est confronté à des décisions difficiles.

A l'inverse, il présente un certain nombre d'inconvénients :

- ✓ Il prend du temps.
- ✓ Il nécessite un travail administratif significatif.
- ✓ Il peut générer un sentiment de perte de contrôle.
- ✓ Il peut être source de conflits.
- ✓ Et enfin, la rémunération des professionnels n'est pas toujours prévue pour le prendre en compte.

Alors, comment donner plus de poids aux avantages par rapport aux inconvénients ? Il s'avère qu'une des solutions est de faire appel à un professionnel catalyseur qui va mobiliser du temps et des espaces physiques pour favoriser les rencontres et assurer un soutien administratif. C'est un des rôles des **coordinateurs** : ils vont pouvoir réunir les informations nécessaires aux professionnels impliqués autour d'une personne, en lien avec elle et son entourage. Ils vont ainsi pouvoir faciliter la réalisation du travail administratif, en s'appuyant sur un système d'information partagé. Ils vont organiser autant que de besoin des rencontres ou des échanges entre les acteurs impliqués dans la situation, et favoriser la prise de décision consensuelle, avec tous les éléments d'information et les expertises nécessaires. D'où leur importance dans le contexte actuel, qui nécessite de plus en plus de travail collaboratif.

²⁶ Nous ne rentrerons pas dans ce rapport dans le débat à savoir si la coordination de parcours constitue un nouveau métier ou juste une fonction exercée à un moment de sa carrière. Nous mettons un ? pour indiquer que ce débat n'est pas tranché.

²⁷ Bloch et Hénaut, 2014, Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, Dunod, 336 p.

²⁸ Hénaut L., "Le travail pluri-professionnel. Retour d'enquêtes sur la transformation des soins primaires en France et en Angleterre", in Bergeron H. et Moyal A., (dir.), *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po*, (2019), p. 40-46. <https://fr.readkong.com/page/quel-avenir-pour-l-organisation-des-soins-primaires-en-1650175>

Un positionnement délicat pour les coordonnateurs de parcours

Pour un historique détaillé des coordonnateurs de parcours, nous renvoyons le lecteur à la partie 3 de notre ouvrage de 2014. Mais depuis cette année-là, on peut observer un foisonnement de ce type de coordonnateur, ce qui peut créer une double confusion :

- Le positionnement des coordonnateurs par rapport aux professions traditionnelles de la santé et du social
- Les rôles respectifs des coordonnateurs les uns par rapport aux autres

Nous allons aborder ces deux sujets l'un après l'autre.

Des fonctions floues de coordonnateurs par rapport à des professions très réglementées

Les métiers et les professions évoluent vite et de plus en plus, ce qui peut générer de l'incertitude et notamment des problèmes de positionnement respectif entre les diverses professions.

Au sens anglo-saxon du terme, la notion de profession est restreinte à certains métiers comme par exemple les médecins, les avocats, les architectes, structurés avec des ordres (ex : ordre des médecins) et qui ont un encadrement strict d'exercice puisqu'il faut avoir réussi une formation longue et exigeante pour y parvenir.

Elles sont donc définies par des droits spécifiques, qui les autorisent et amènent à :

- ✓ Se constituer en ordre reconnu, avec un code de déontologie
- ✓ Interdire l'exercice de l'activité à ceux qui n'en sont pas membres
- ✓ Organiser la formation initiale et continue, souvent de haut niveau
- ✓ Et enfin contrôler le travail.

En français, la notion de profession est plus large et recouvre tous les métiers avec une formation plus ou moins importante.

Le sociologue américain Abbott défend dans son ouvrage de 1988 la théorie selon laquelle les professions forment un système qui peut générer de la compétition entre elles, le travail à réaliser étant l'équivalent d'un marché : ce peut être le cas entre médecin et infirmière, ou entre infirmière et aide-soignante, ou entre médecin et pharmacien qui sont en France des professions réglementées et très cadrées. A l'inverse, il n'existe à ce jour pas de référentiel concernant les coordonnateurs de parcours reconnus par la loi (à l'exception des gestionnaires de cas²⁹, mais dont la fonction se fond progressivement dans celle de référent de parcours de santé complexe, nouvelle appellation pour les coordonnateurs de DAC). Pourtant, un important travail a été piloté par la FACS, sous l'égide de la DGOS, afin de proposer un référentiel d'activités et de compétences pour ces professionnels. Il est disponible sur le site de la DGOS³⁰ mais n'a pas donné lieu à un texte réglementaire. Sans verser dans un excès bureaucratique d'un cadre très précis, il est important de s'accorder sur les principales compétences attendues de ce type de professionnels.

²⁹ Défini dans le cadre de l'arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

³⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/referentiel_de_compетенces_et_d_activites_pour_la_fonction_de_referent_e_de_parcours_complexe_de_dac.pdf

Par ailleurs, il n'existe pas encore de formation « agréée » pour ces professionnels (alors qu'il existait un DIU pour les gestionnaires de cas (Somme et al., 2015)). Il peut donc exister un déséquilibre entre un professionnel de santé ou social et un coordinateur par la **reconnaissance institutionnelle** vis-à-vis de ces derniers, qui d'ailleurs se traduit par des fortes disparités de salaires laissés au bon vouloir des employeurs. Nous reviendrons dans le rapport de recherche global sur les enjeux de la **formation pour ces nouvelles fonctions/(métiers ?)** qui manque d'un portage institutionnel et politique au niveau national, laissant à chaque université le choix de développer une formation ou pas dans ce domaine sans cadre préétabli. On peut aussi noter au passage que ce vide laisse place à une offre de formation privée sans aucune garantie de qualité. A noter toutefois le travail en cours piloté par la FACS pour la rédaction d'un cahier des charges national pour la formation universitaire de référent de parcours complexe.

Enfin dans un contexte très tendu sur la disponibilité de professionnels de santé ou du social, ces flous, les disparités de salaire, peuvent rendre encore plus **difficile le recrutement de professionnels pour occuper les fonctions de coordonnateurs**. Dans nos recherches de terrain, nous avons eu vent à plusieurs reprises de difficultés pour trouver des professionnels et tout particulièrement des médecins et des infirmier.e.s. Au passage on peut mentionner que les professionnels des DAC qui ont été pour beaucoup sur le front pendant la COVID 19, assurant parfois de nombreuses astreintes, n'ont pas bénéficié des mesures du Ségur de la santé.

Une constellation de coordinateurs qui peut être contreproductive si leurs rôles respectifs ne sont pas clarifiés

Les nombreux besoins des personnes malades, en situation de handicap ou des personnes âgées en perte d'autonomie, la diversité de leurs situations a amené à créer de multiples fonctions et types de coordinateurs pour coordonner tout ou partie du parcours des personnes :

- Des coordinateurs spécialisés par type de personne, par pathologie, par type de handicap
- Des coordinateurs intervenant préférentiellement sur les dimensions sanitaires ou d'autres plutôt dans le champ social
- Des coordinateurs pouvant accompagner de nombreuses personnes dont les situations sont plutôt simples ou au contraire des coordinateurs dédiés accompagnant un nombre plus restreint de personnes aux situations complexes (on distingue souvent 3 niveaux, du niveau 1 le plus simple au niveau 3 le plus complexe)
- Des coordinateurs exerçant leur fonction à temps complet ou d'autres à temps partiel à côté de leur fonction clinique ou d'une autre nature
- Des coordonnateurs / accompagnateurs n'intervenant que sur une partie du parcours de santé et de vie de la personne comme les nouveaux accompagnateurs du projet de vie ou facilitateurs
- Des coordinateurs chargés uniquement de mettre en cohérence et d'articuler diverses interventions au sein d'un établissement ou d'un service, ou assurant une articulation des actions de professionnels de plusieurs structures dans un territoire
- Et enfin des coordinateurs intervenant directement auprès des personnes (ce qu'on appelle agir à un niveau micro) ou d'autres uniquement au niveau institutionnel pour permettre aux différentes structures d'un territoire de mieux coopérer ensemble dans des cadres plus ou moins formalisés (ce qu'on appelle agir à un niveau macro).

A noter que des coordonnateurs intervenant à un niveau micro contribuent aussi, par la remontée des difficultés rencontrées et des résultats de leurs actions, à permettre d'améliorer les coopérations entre structures d'un territoire dans le cadre d'une démarche intégrative.

Dans l'enquête Innovmaia, nous avons demandé aux pilotes MAIA de répondre à la question suivante : « Quels sont sur votre territoire ces nouveaux métiers (fonctions de coordination, d'expertise, d'accompagnement, ...) ? ». Le tableau 8 regroupe les réponses collectées après codage par Marc Gronnier du collectif des pilotes MAIA, qui révèle une multiplicité de coordonnateurs ainsi que de nouvelles fonctions dans l'expertise, l'accompagnement, l'animation et la conduite de projets.

Tableau 8 : codage de la question sur l'existence de nouveaux métiers

Coordination	Expertise	Accompagnement	Animation	Numérique
Gestionnaire de cas	EMP	Coursier médico-social	chargé de développement	Chef de projet e-parcours
Coordonnateur PAERPA	Référent prévention	Accompagnant en gériatrie	CLS	Chef de projet télémédecine
Coordonnateur CARSAT	IDE EMG	Assistant de parcours de vie	animateurs en santé	Référent SI
Coordonnateur MSP	IDE parcours hôpital			Coordinateur de télémédecine
Coordinateur d'intervention en milieu hospitalier	Evaluations en binôme santé social			
Coordonnateur de parcours	Psychologue à domicile			
Coordonnateur CPTS	équipe mobile de sécurisation du domicile			
Coordonnateur PTA	ergothérapeute			
Coordonnateur PRADO	IPA			
Coordonnateur ETP				
Coordonnateur psychiatrie				
Coordonnateur CTA				
Coordonnateur d'appui				
Référent de parcours				
coordonnateur CLS				

Si l'on observe notre système de santé et d'accompagnement dans le champ des personnes âgées par exemple, on constate l'existence d'une multitude de coordinateurs :

- Ceux qui interviennent uniquement auprès des personnes comme les médecins traitants, les référents sociaux, les coordonnateurs d'un CLIC, historiquement les coordonnateurs de santé des réseaux et les gestionnaires de cas des MAIA, et aujourd'hui les référents de parcours de santé complexe des DAC.
- Ceux qui interviennent à la fois auprès des personnes et à un niveau institutionnel, comme les différents médecins coordonnateurs ou infirmières coordinatrices des EHPAD, des SSIAD, de l'HAD.
- Ceux qui agissent essentiellement à un niveau plus institutionnel et /ou administratif, comme les responsables de filières, les coordonnateurs de Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) et aujourd'hui des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les cadres chargés d'animation territoriale de DAC, les directeurs de soins à l'hôpital, ou les coordonnateurs des contrats locaux de santé, et aussi les chargés de mission des différentes politiques comme par exemple le pilote du projet territorial en santé mentale ou celui en charge de l'animation territoriale pour le handicap, alors souvent au niveau de la MDPH en lien avec les acteurs du territoire (sur lesquels nous reviendrons un peu plus loin)

Si on s'intéresse à tout public, il faut ajouter au niveau micro tous les référents ou coordonnateurs de parcours, intervenants clés dans le champ du handicap notamment les coordonnateurs des SESSAD, SAMSAH ou SAVS, des PCPE, des plateformes de service, ceux identifiés dans le cadre d'une réponse accompagnée pour tous, ou pour l'autisme, ceux qui accompagnent les personnes avec un handicap rare, ou dans d'autres champs comme les nouveaux accompagnateurs au projet de vie, les coordonnateurs en santé dans le champ du cancer, ceux qui interviennent auprès de jeunes ou auprès de personnes précaires ou plus récemment les référents parcours en périnatalité, ...

Un des problèmes majeurs est donc la multiplicité des divers types de coordonnateurs, qui peuvent de plus avoir des noms très variés, avec pour une fonction similaire un intitulé différent selon le territoire ou selon la structure de rattachement ou le champ concerné, ou à l'inverse des intitulés similaires pour des fonctions différentes.

Il est là aussi indispensable que ces divers coordonnateurs amenés parfois à collaborer puissent **disposer d'un langage et d'outils communs qui passent par des formations avec des socles communs si l'on ne veut éviter qu'ils soient en difficulté pour coopérer et que l'on recrée des silos, ce qui serait paradoxal pour des coordinateurs/coordonnateurs**³¹.

Sur la question des outils que nous ne développerons pas beaucoup ici, il faut toutefois noter qu'ils **manquent souvent cruellement à ces coordonnateurs pour qui ils sont essentiels à leur travail**. C'est une autre raison de **laisser plus de temps au développement des dispositifs, pour qu'ils puissent disposer d'outils pleinement opérationnels** : à moins d'accélérer le développement des outils et leur mise en place, mais c'est une autre histoire. On peut espérer qu'avec le portage proactif de l'Agence du numérique en santé les choses progressent plus vite et de manière plus cohérente entre les différentes structures des territoires dans le futur.

Des professionnels multitâches et sous pression pour la direction des DAC

Les directeurs ou plutôt les équipes dirigeantes de DAC doivent être sur de nombreux fronts :

- L'accompagnement et la gestion des équipes internes du DAC en recomposition afin d'assurer les 3 missions du DAC
- L'articulation avec les autres dispositifs du territoire (les CPTS, les CLS, le PTSM, le(s) GHT, ...)
- L'organisation de la gouvernance propre à l'association porteuse du DAC et de la gouvernance territoriale en lien avec l'ARS et le conseil départemental
- Le montage de nouveaux projets en réponse à des appels à projets ou manifestations d'intérêt
- Le projet d'informatisation
- La réalisation du diagnostic territorial et la mise en place d'un observatoire
- Une stratégie de communication adaptée au contexte territorial
- ...

³¹ A noter que l'on peut indifféremment utiliser les termes de coordinateur et de coordonnateur.

Ils appartiennent à la deuxième catégorie qui intervient à un niveau institutionnel et que nous avons appelés **coordonnateurs d'innovation**, car ils ont en permanence à faire bouger les lignes dans les territoires afin d'améliorer les parcours de santé pour la population.

La coopération avec/entre les différents acteurs de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale peut être plus ou moins aisée : dans certains cas on observe une belle complémentarité avec une CPTS, dans d'autres cas, c'est plus compliqué, et une rivalité peut s'instaurer pour des raisons politiques ou de personnes. La polyvalence exige aussi que ces dirigeants s'ouvrent progressivement au champ du handicap et à la kyrielle d'acteurs qui le compose, et vis-à-vis de qui ils se sentent souvent peu légitimes par méconnaissance de ce secteur, sauf à avoir recruté dans l'équipe dirigeante un professionnel issu de ce secteur. Il peut en être de même pour les champs de la santé mentale, de la précarité, de l'enfance, etc. Mais ces nouveaux recrutements ne peuvent se faire qu'au fil de l'eau car les moyens des DAC sont restés souvent constants par rapport aux moyens avant la fusion.

Face à ces multiples tâches, les équipes dirigeantes doivent se constituer selon un **leadership distribué**³², **partagé**, c'est-à-dire qu'ils se partagent les différentes activités selon des configurations variables d'un DAC à l'autre : dans un cas on pourra avoir un directeur à profil administratif avec à ses côtés un médecin, et un chargé de mission territorial, dans d'autres cas, ce peut être un directeur avec une formation en travail social, qui aura un adjoint de formation paramédicale et un chargé d'animation territoriale plutôt dans la conduite de projet. Evidemment, il est essentiel que ces personnes s'entendent bien et cela peut être un enjeu au moment de la fusion quand il faut « recaser » les dirigeants des différents dispositifs.

Par ailleurs ils ne **disposent pas non plus de référentiel métier** ni de repères sur leurs fonctions à l'exception de ceux qui nous avons conçu dans le cadre de la formation de l'EHESP Pacte ANIME et du certificat « prendre ses fonctions de manager agile dans un DAC ». A leur arrivée, les apprenants se sentent souvent très désemparés et impressionnés par la tâche qui les attend. Nous leur proposons un cadre pour l'autoévaluation de leurs compétences autour des axes suivants :

1. Communiquer autour de l'approche parcours, de la coopération entre acteurs du territoire et de leur mobilisation, et de l'intégration des services.
2. Manager une équipe de professionnels du DAC au service des personnes en situation complexe.
3. Réaliser un diagnostic territorial partagé et ses mises à jour.
4. Manager avec agilité un projet stratégique territorial en s'appuyant sur des démarches d'intelligence collective.
5. Améliorer les pratiques et mobiliser un réseau de pairs.

La dernière dimension est pour eux essentielle et ils viennent beaucoup rechercher des pratiques inspirantes et des contacts, ils sont rassurés par les expériences des autres, des possibles. Car c'est essentiel de pouvoir constituer des **communautés de pratiques** pour ces fonctions/ (métiers ?) nouveaux qui s'inventent au quotidien et qui les confrontent à de nombreuses difficultés. A cet égard, la FACS joue un rôle clé en étant partie prenante de la formation et en pouvant élargir les travaux abordés dans la formation dans des groupes de travail nationaux ou régionaux.

³² Bolden, R, 2011, Distributed Leadership in Organizations: A Review of Theory and Research, International Journal of Management Reviews, 13, 3, p. 251-269

Discussion - Conclusion

Nous avons choisi ici de nous centrer sur 3 enjeux majeurs, situés pour le premier au niveau macro des politiques publiques et des pouvoirs publics qui les portent au niveau national, pour le second au niveau méso des territoires et des dispositifs de coordination et pour le dernier au niveau micro des professionnels des dispositifs de coordination. Pour chacun d'eux, nous reviendrons sur les constats et proposeront quelques leviers d'action.

1^{er} enjeu : Réaccorder les pouvoirs publics au niveau national avec les acteurs de terrain

Le constat : un fossé qui se creuse depuis une vingtaine d'années entre les ambitions des pouvoirs publics et les capacités des acteurs des dispositifs de coordination au risque de leur épuisement et de leur découragement

Dans un contexte social très tendu pour les professionnels de santé et du social, la première partie de notre rapport nous alerte sur le décalage qui augmente à chaque réforme, entre d'une part ce que les politiques publiques mettent en avant avec des finalités certes très vertueuses comme l'amélioration du parcours des personnes malades ou en besoin d'aide à l'autonomie, de leur pouvoir d'agir, de leur meilleure participation sociale au sein d'une société de plus en plus inclusive, avec polyvalence³³ et d'autre part la capacité des acteurs de terrain à y contribuer (voir figure 3 de la première partie). Cette remarque qui est vraie en bonne partie pour tous les professionnels de santé et du social, s'applique d'autant plus aux professionnels des dispositifs de coordination qui doivent à chaque réforme se repositionner, adapter/modifier leurs postures, maîtriser de nouveaux savoir-faire et outils, et qui sont sensés guider les autres professionnels du territoire ainsi que les personnes concernées et leur entourage.

Les voilà donc pris entre deux injonctions :

- **répondre à cet « idéal au travail »**, comme l'évoque dans son ouvrage du même titre la sociologue Anne-Marie Dujarier³⁴, avec toujours plus de travail en équipe, de coopération, de subsidiarité, de mise en avant des personnes concernées, de personnalisation des réponses, en prenant le temps d'écouter les personnes, de co-construire les réponses qui leurs conviennent et de les ajuster dans le temps autant que nécessaire,
- et en même temps, **assurer le quotidien avec une charge de travail importante**, en s'accommodant du *turn-over* des équipes, avec la perte des réseaux informels qui en résulte, avec des professionnels souvent peu ou pas formés aux nouveaux paradigmes et postures professionnelles, avec des outils souvent défaillants et des temps d'intervention réduisant les temps de réflexivité et de concertation en équipe. Sans parler des territoires où la notion de subsidiarité n'a pas beaucoup de sens quand l'offre est peu développée et qu'il n'y a pas d'acteur à qui déléguer.

Ces injonctions paradoxales peuvent générer des tensions fortes au sein des équipes, de l'épuisement, voire de la souffrance et du découragement. D'autant plus que les professionnels ont l'impression de ne jamais pouvoir aller jusqu'au bout des démarches engagées : par exemple la mise en place des MAIA

³³ C'est-à dire agir par soi-même auprès de tout type de public, quel que soit son âge, sa(ses) pathologie(s), son handicap, son degré de vulnérabilité ou en subsidiarité par l'intermédiaire d'autres professionnels qu'il faut être capable de mobiliser

³⁴ Dujarier A.-M., 2018, « L'idéal au travail », 2^{ème} édition, PUF, 336 pages

n'était pas encore achevée que l'on mettait en place le programme PAERPA sans finaliser celle des MAIA, et sans bien articuler le programme PAERPA aux MAIA³⁵. Certains professionnels des MAIA, gestionnaires de cas et pilotes MAIA, ont eu le sentiment que tout le travail de pédagogie qu'ils avaient pu conduire sur leur territoire, pour embarquer les acteurs, et passer à une approche intégrative allait disparaître avec PAERPA. En conséquence, des territoires mis au ralenti le temps de redémarrer vers la nouvelle dynamique pour l'unification des DAC, ont parfois perdu la plupart des forces vives des MAIA.

Les responsables des dispositifs vont alors de leur côté être **pris entre d'une part les commandes toujours plus nombreuses de la part de leurs tutelles**, avec des sollicitations fréquentes pour la conduite de nouveaux projets ou de réponses à des appels à projets, des démarches vis-à-vis des « nouveaux secteurs à investir » comme la santé mentale, la précarité, l'enfance, le handicap, etc., sachant que beaucoup des professionnels des DAC étaient centrés sur l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est aussi des reportings avec moult indicateurs, des réponses à des enquêtes, la négociation et mise en place d'un CPOM. Et d'autre part ils ont de **fortes attentes de leurs équipes** en soutien et en accompagnement, pour conduire les réorganisations nécessaires de manière participative, pour la gestion des postes non pourvus et à pourvoir, pour la conduite des nouvelles missions, avec peu de marge de manœuvre pour l'embauche de nouvelles compétences.

Plusieurs leviers pour réajuster les politiques publiques de santé et de l'autonomie aux réalités du terrain en favorisant la co-construction et la réflexivité

Il y a plusieurs raisons à ce décalage que nous avons pu identifier. Une première est qu'il n'existe certainement pas assez de liens entre les acteurs de terrain et les pouvoirs publics qui permettent à ces derniers d'ajuster plus les politiques aux réalités du terrain. Entre le national et le professionnel au contact des personnes âgées et en situation de handicap, se trouvent le siège de l'ARS, les délégations départementales des ARS ou les conseils départementaux, parfois des associations ou fédérations gestionnaires, les directions des dispositifs, et des cadres intermédiaires. Chaque acteur à son niveau est de bonne volonté mais cela ne suffit pas quand le système est trop complexe. Selon le postulat d'Herbert Simon sur la rationalité limitée³⁶, chacun dispose d'une information tronquée, « voit midi à sa porte » et n'a pas conscience de ce qui se joue à d'autres niveaux du système. Il manque de ce que l'on pourrait qualifier de boucles de rétroactions :

- Par exemple que des professionnels de terrain (et pas que leurs responsables) soient associés aux groupes de travail nationaux dans une démarche d'intelligence collective
- Ou que les professionnels des ARS passent plus de temps sur le terrain dans le cadre de temps d'observations, de visites longues d'équipes
- Ou par des travaux de recherche intervention associant des chercheurs au suivi de la mise en place de nouveaux dispositifs
- Ou enfin par l'observation des ruptures de parcours sur les territoires suivie d'actions « correctives » visant à améliorer l'organisation et l'offre locale.

³⁵ Gand et al., 2017, « évaluation qualitative de PAERPA, rapport final », Document de travail, Série études et recherche, n°135

³⁶ Le postulat de la rationalité limitée a été développé par Herbert Simon qui a eu le prix Nobel d'économie en 1978. Elle consiste à affirmer que les individus ne fonctionnent pas selon une rationalité pure mais du fait d'un manque d'information, ils sont amenés à prendre des décisions non optimales.

De nombreux commentateurs³⁷ suggèrent aujourd'hui de **laisser plus d'autonomie aux territoires au niveau départemental** où les acteurs se connaissent mieux, ce qui permettrait là aussi d'avoir des cycles plus courts et plus rapides de réflexivité entre les pouvoirs publics au niveau départemental et les acteurs de terrain. L'épidémie de COVID 19 a aussi montré l'importance que pouvaient jouer le local dans la gestion de situations difficiles³⁸. Notre enquête InnovDAC_COVID a d'ailleurs montré que les acteurs qui avaient été les plus souteneurs dans la mise en place d'innovations et de nouvelles modalités étaient les conseils départementaux, les directions départementales des ARS et les communes.

Une seconde raison est le manque de préparation des professionnels de terrain aux changements et leur manque de formation. Nous allons l'évoquer dans l'enjeu suivant.

2^{ème} enjeu : Accompagner les territoires en fonction de la complexité de leurs besoins

Le constat : de grandes inégalités entre les territoires par rapport aux besoins des populations et au potentiel des dispositifs de coordination

Nous avons pu montrer les grandes disparités de répartition des dispositifs de coordination entre régions à la fois en terme de présence et aussi en terme de types de dispositifs. Ces différences se surajoutent aux inégalités de répartition de l'offre en santé et médico-sociale ou sociale. Etant donnée la couverture nationale par les MAIA depuis 2016, on devrait avoir pour chaque DAC au moins une MAIA dans l'équipe qui va fusionner. Cependant il faut savoir que certaines MAIA n'étaient que faiblement déployées sur certains territoires et parfois en grandes difficultés.

Plusieurs cas de figures peuvent se présenter :

- Une absence quasi-totale de potentiel de coordination. Le DAC constitué sera alors nécessairement réduit s'appuyant essentiellement sur l'équipe de la MAIA si elle est encore présente.
- L'existence d'un ou plusieurs CLIC ou d'un ou plusieurs réseaux de santé (ou PTA). On aura alors potentiellement la création d'un DAC à valence plutôt médico-sociale dans le premier cas et plus sanitaire dans le second cas, avec l'équipe de la MAIA si elle est encore présente.
- L'existence à la fois de CLIC et de réseaux de santé (ou PTA). C'est la situation la plus équilibrée si le CLIC rejoint le DAC ou s'il peut s'articuler facilement avec le DAC.
- Il y a aussi les territoires qui auront eu le déploiement de PAERPA, qui pour ceux où l'expérimentation s'est bien passée auront pris de l'avance avec leur CTA, au moins dans la réponse aux personnes âgées et aux professionnels qui les accompagnent.

On peut observer ainsi qu'il existe de nombreuses combinaisons possibles qui vont rendre les situations des territoires souvent uniques avec d'autres facteurs qui peuvent jouer : présence ou non de CPTS, partenariat aisé entre l'ARS et le CD, historique de collaborations entre professionnels, colocalisation des équipes, capacités de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale, ...

³⁷ Institut Montaigne, 2022, le pari des territoires, 73 p. et FHF, 2022, Territoires de santé. Une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population, 26 p.

³⁸ Cavagné, B. (2020). Redonner du pouvoir au local. Constructif, 55, 71-75

Or il s'avère que de nombreux travaux de recherche mettent en avant **l'importance des contextes territoriaux** sur l'efficacité et l'impact d'interventions complexes en général, comme peuvent l'être la mise en place de dispositifs de coordination ou de ce que nous avons appelé « approche parcours » (Bloch, 2018 b). Cela implique que le déploiement de ces dispositifs doit être adapté aux contextes, sachant que certains contextes seront plus favorables que d'autres, par exemple quand des dynamiques partenariales sont déjà en place, et/ou qu'il existe une offre de service de qualité et accessible. Nous avons ainsi mis en évidence dans le cadre du déploiement de PAERPA, que l'on pouvait distinguer deux niveaux de maturité pour les territoires PAERPA : ceux déjà bien avancés dans les coopérations et les actions communes et ceux pour lesquels il y avait encore un travail important de structuration des relations entre les acteurs (Gand et al., 2017).

Par ailleurs dans le cadre de l'évaluation qualitative de PAERPA, nous avons aussi souligné l'importance de la **conduite de projet et du changement adapté au contexte territorial** et des acteurs qui les portent, qui sont des leviers majeurs pour la mise en place d'approches parcours (Bloch et al., 2018a)³⁹.

Une nouvelle approche graduée pour accompagner les territoires en fonction de leur maturité

Tout comme les personnes malades, âgées ou en situation de handicap, nécessitent une réponse graduée en fonction du degré de complexité de leur situation, **les territoires devraient bénéficier de mesures d'accompagnement plus ou moins renforcées en fonction des difficultés qu'ils rencontrent et de leur maturité en termes de coordination et de coopérations.**

On peut imaginer définir 3 niveaux pour ces accompagnements :

1. Pour les territoires les plus mûrs et bien pourvus au niveau de l'offre de coordination, l'accompagnement pourrait être plus léger et il faudrait surtout valoriser les démarches inspirantes et encourager au développement de nouveaux projets du territoire en lien avec les besoins identifiés par un diagnostic territorial partagé et une observation des ruptures de parcours
2. Pour les territoires un peu moins avancés, rencontrant des difficultés dans certaines coopérations, dues parfois à des passifs entre acteurs, on pourrait imaginer un accompagnement favorisant l'expression des différents acteurs du territoire avec une médiation permettant de purger certains conflits et permettant d'arriver à des compromis acceptables pour les parties prenantes. Ces démarches pourraient nécessiter des étapes de médiations permettant d'arriver à des approches gagnant-gagnant. Ils pourraient ainsi bénéficier d'un accompagnement avec un conseil en organisation et du conseil juridique. En cas de difficultés dans les relations entre l'ARS et le conseil départemental, on pourrait imaginer une contractualisation tripartite entre la CNSA, l'ARS et le CD.

³⁹ Les différents leviers d'une approche parcours ou comment déployer des dispositifs et une démarche afin d'améliorer le parcours de santé et de vie des personnes, décrits par Bloch et al. en 2018 sont les suivants : une approche populationnelle sur le territoire et la coresponsabilité des acteurs en fonction des degrés de complexité, une gouvernance partagée, la place des usagers et de leur entourage au niveau individuel et collectif, l'adaptation du système de financement, des outils et un système d'information partagé, le déploiement d'une offre de service interstitielle/ intermédiaire/ complémentaire, des fonctions dédiées à la démarche parcours, la qualification et la formation des professionnels (y compris à l'inter-professionnalité), le diagnostic partagé, **la conduite de projet globale et le pilotage de la dynamique de changement adaptée au contexte territorial**

3. Pour les territoires « partant de zéro », des moyens plus conséquents devraient être alloués pour attirer des professionnels peut-être en lien avec la structuration des soins primaires, avec la création de maisons de santé pluri-professionnelles ou de centres de santé. Des approches de télésanté pourraient aussi être envisagées avec des territoires mieux pourvus proches de ces territoires (comme ceux relevant du niveau 1) qui pourraient alors bénéficier d'un budget additionnel incitatif⁴⁰.

Cela implique que les **équipes des ARS soient disponibles et bien formées à ces accompagnements**. Des programmes de formation devraient être développés dans ce sens. L'EHESP a déjà entamé la formation de chargés de mission des ARS en charge des DAC mais il faut certainement aller plus loin, soit en touchant un plus grand nombre de ces professionnels, soit en complétant la formation par des modules sur les postures et méthodes pour l'accompagnement, la négociation et la médiation. Il faudrait par ailleurs que le *turn-over* de ces professionnels soit moins élevé pour qu'ils puissent avoir le temps de connaître et d'établir de liens de confiance avec les professionnels des territoires.⁴¹

Dans tous les cas, ces territoires pourraient bénéficier de la conduite de projets s'appuyant sur des **démarches d'intelligence collective**^{42 43}, ce qui permettrait à ces territoires, à la fois de **se centrer sur des projets importants pour les populations de ces territoires** et d'ajuster entre eux les différents dispositifs de coordination (ceux du handicap, de la santé mentale, des maladies rares, de la précarité, ...) ou organisations existantes (hôpitaux, acteurs des soins primaires/CPTS, établissements et services médico-sociaux ou sociaux) et avec celles en cours de mise en place, comme les communautés 360 ou les futurs services publics territoriaux pour l'autonomie. Elles pourraient **éviter la mise en place de multiples instances aux périmètres chevauchants** comme nous l'avons constaté lors de l'évaluation de PAERPA et elles devraient permettre de dépasser les clivages institutionnels pour le bien des personnes, des professionnels et des territoires.

⁴⁰ On retrouve ici notre idée d'innovation solidaire que nous avons développée dans notre ouvrage (Bloch et Hénaut, 2014)

⁴¹ Nous avons pu observer à partir des remontées de nos apprenants que leurs interlocuteurs des ARS changent souvent tous les deux ans juste au moment où ils commencent à être pleinement opérationnels.

⁴² Olfa Gréselle-Zaïbet, dans son article de 2007 de *Management et avenir*, intitulé « Vers l'intelligence collective des équipes de travail : une étude de cas », propose la définition suivante à l'intelligence collective : « Ensemble des capacités de compréhension, de réflexion, de décision et d'action d'un collectif de travail restreint issu de l'interaction entre ses membres et mis en œuvre pour faire face à une situation donnée présente ou à venir complexe ».

⁴³ L'EHESP est en cours de mise en place d'un certificat pour la formation à l'intelligence collective des responsables de DAC qui devraient permettre à terme de mettre en place sur les territoires des ateliers d'intelligence collective autour de projets prioritaires des territoires

3^{ème} enjeu : Redonner confiance aux acteurs de terrain et des gages de reconnaissance

Le constat : des professionnels de la coordination en difficulté de positionnement, en manque de reconnaissance et de formation *ad hoc* et des responsables sur tous les fronts et sous pression

Les professionnels de la coordination de parcours ont donc à **se positionner** d'une part **vis-à-vis des professionnels de santé et du social « traditionnels »** qui ont des statuts bien établis et règlementés, alors qu'eux ne disposent pas de référentiel réglementaire et peuvent manquer de reconnaissance dans un milieu où l'expertise clinique est encore la plus valorisée. Ils doivent aussi **trouver leur place par rapport aux autres nouveaux coordonnateurs** qui émergent chaque année un peu partout dans le système de santé et d'accompagnement (référénts sociaux, coordonnateurs des plateformes de service, facilitateurs, coordonnateurs ville hôpital, ...). Leur travail est par essence complexe du fait qu'ils s'adressent à des personnes en situation complexe, que la complexité est inhérente à leurs problèmes de santé et leurs difficultés sociales mais aussi **à la complexité du système de santé**. Composer au quotidien avec la diversité des professionnels dans un système en mouvement permanent n'est pas des plus simples.

Il manque pour cela des **formations bien établies** pour les coordonnateurs de parcours. Les gestionnaires de cas en ont bénéficié pendant quelques années avec un DIU coordonnateur de santé/gestionnaire de cas mais qui s'est progressivement arrêté sur les différents sites dans lesquels la formation était proposée. Quelques universités ont commencé à relancer des programmes de formation vis-à-vis de la nouvelle fonction de référent de parcours de santé complexe mais avec un cadre encore en cours d'officialisation et avec des manques sur les dimensions de la polyvalence pourtant tant attendue par les pouvoirs publics. Le nombre de place à ces formations est de plus insuffisant par rapport aux besoins de formation de plus de mille professionnels. En revanche les pilotes MAIA ont bénéficié d'une formation au pilotage territorial et les responsables de DAC peuvent se former à leurs nouvelles fonctions à l'EHESP dans le cadre du certificat PACTE ANIME » prendre ses fonctions de manager agile au sein d'un DAC », formation où ils retrouvent des chargés de mission des délégations départementales des ARS, ce qui favorise une meilleure compréhension de leurs enjeux respectifs.

Christophe Dejours, sociologue du travail, insiste sur le fait que les professionnels de manière générale, sont en recherche de conditions leur permettant de bien faire leur travail et d'une **reconnaissance** du « travail réel », c'est-à-dire comment ils ont eu à faire face aux situations complexes ou imprévues et faire preuve d'ingéniosité⁴⁴. Cette reconnaissance donne sens à leur travail et est importante pour leur engagement. Concernant la **reconnaissance**, au niveau des dispositifs de coordination et de ses professionnels, elle peut se traduire de différentes manières :

- Par une **validation de la qualité du travail accompli** en lien avec un cahier des charges ou un label mais pour la majorité des dispositifs de coordination ils n'ont pas eu le temps d'aller jusqu'au bout de leur mission pour en ont bénéficier par les autorités santé comme on va le voir ci-dessous. Par le **rapport d'activité annuel** rendu aux tutelles (ARS et CD) mais qui ne fait pas souvent l'objet de retours importants, sauf peut-être dans certaines régions ou départements. De plus les labels et les rapports d'activités ne rendent pas bien compte de ce travail réel et de toute la créativité dont les professionnels ont pu faire preuve au quotidien
- Par des **événements nationaux** en présence de personnalités des directions des administrations centrales ou de la CNSA, ce qui a eu lieu pour tous les dispositifs de

⁴⁴ Christophe Dejours, 2021, Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie. Payot, 160 p.

coordination. Ils peuvent être l'occasion de témoignages de la réalité du travail accompli pour peu qu'on y accorde une place suffisante.

- Par l'existence de **fédérations professionnelles ou de collectifs de professionnels**, favorisant les échanges d'expériences inspirants et valorisant ainsi les professionnels. De même dans le cadre de **formations** où ils peuvent avoir des occasions nombreuses de **partages entre pairs**.
- Par une **politique de rémunération** prenant en compte la spécificité des missions autant des responsables que des coordonnateurs de parcours. A notre connaissance, aucune mesure n'a été prise en ce sens laissant les rémunérations à la main des employeurs générant ainsi de fortes disparités salariales entre dispositifs et au sein d'un même dispositif selon le statut des professionnels. De même les fonctions assurées et leur expérience professionnelle ne leur donnent pas nécessairement des moyens pour **évoluer dans les grilles statutaires** que ce soit dans le secteur public ou privé.

Nous allons revenir sur les 3 premiers points pour chacun des dispositifs de coordination :

- En 2004-2005, les **CLIC** ont vu leur pilotage transféré de la DGAS aux conseils départementaux alors que la plupart n'étaient pas encore complètement mis en place. A aucun moment on a pu se dire que la mise en place des CLIC était finalisée et alors s'en réjouir. Il y avait pourtant 3 niveaux de labellisation mais utilisés de manière non fiable⁴⁵. A l'inverse, des CLIC ont disparus ou ont été intégrés au sein de départements, sans lien avec la qualité du travail effectué mais plutôt pour des raisons politiques. Il faut reconnaître que les moyens alloués par la DGCS pour le suivi des CLIC étaient faibles, et souvent par un fonctionnaire qui devait suivre d'autres sujets prenants comme la politique d'aide aux aidants. Finalement il nous semble que la meilleure reconnaissance se soit développée au sein de l'Association Nationale des coordinateurs et coordinations locales (ANCCLIC) entre pairs.
- Pour les **réseaux de santé**, ils ont connu plusieurs générations de cahiers des charges, sans avoir vraiment le temps de mettre en place pleinement tous les attendus de ceux-ci, avec là aussi un sentiment d'inachèvement. Et à peine se pensaient-ils stabilisés, qu'il fallait pour eux fusionner à partir de 2012 en réseaux poly-thématiques conformément au guide de la DGOS⁴⁶ de cette même année. Et puis ce fut l'étape des PTA en 2016 et enfin des DAC en 2019 avec en permanence l'épée de Damoclès sur leur devenir et la question de la pérennité de leur financement. Ici aussi leur espace de valorisation a été surtout les fédérations régionales des réseaux de santé plus ou moins actives selon les régions et l'union nationale des réseaux de santé.
- Pour les **MAIA**, il avait été imaginé au départ une démarche de labellisation des MAIA mais celle-ci n'a jamais vu le jour. De fait l'évaluation des MAIA réalisée en 2016 et 2017 a montré que pour la grande majorité des MAIA (sinon la totalité), tous les mécanismes et outils prévus par la méthode d'intégration PRISMA ayant inspiré le modèle des MAIA, n'avaient pu être mis en place complètement. Aussi aucune reconnaissance institutionnelle n'a pu être rendue de du fait de cet inachèvement (en partie lié d'ailleurs à des facteurs externes comme la mise en place du système d'information ou l'utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle, ou la gouvernance stratégique à la main des ARS et des Conseils départementaux). On peut juste évoquer quelques exemples de MAIA plus ou moins réussis, qui ont été cités pour illustrer la diversité des modèles de MAIA implantées. En revanche elles ont bénéficié d'un soutien fort

⁴⁵ Nous avons été associés en 2016 -2017 à une enquête nationale conduite par l'ANCCLIC auprès de l'ensemble de ses membres qui a pu constater les disparités de missions des CLIC pour un même niveau de label.

⁴⁶ DGOS, 2012, Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?, 77 p.

de la CNSA pour l'appui à leur déploiement et aussi pour le financement du collectif des pilotes MAIA et des journées nationales réunissant pilotes et gestionnaires de cas.

- Pour **PAERPA**, l'expérimentation a été évaluée en cours de mise en place au niveau qualitatif (Gand et al., 2017) et par l'IRDES au niveau quantitatif, à un stade où certains territoires n'avaient pas encore finalisé la mise en place de toutes les actions prévues. Les résultats obtenus sont mitigés en terme d'impact. Mais un rapport au Parlement⁴⁷ a permis d'en dégager des leçons pour les futures démarches d'accompagnement des parcours de santé de nos aînés.

A l'inverse, quand un nouveau dispositif est lancé, les anciens peuvent ressentir un manque de reconnaissance du fait du manque d'explication sur la valeur ajoutée du nouvel entrant versus leur dispositif, que les projecteurs se tournent vers ces nouveaux acteurs et que les financements leurs sont alloués, souvent plus importants que ceux dont ils bénéficient. C'est ce qu'ont pu vivre en cascade CLIC ou réseau versus MAIA, MAIA versus PAERPA/CTA ou PTA.

Les leviers possibles : Conforter le cadre d'exercice, la formation des professionnels, les échanges entre pairs et les collectifs des dispositifs de coordination

Face à ces constats, il nous apparaît nécessaire de conforter le cadre d'exercice des professionnels des dispositifs de coordination, que ce soit pour les coordonnateurs de parcours au niveau clinique, ou pour les responsables de DAC et les professionnels en charge de la coordination territoriale. Sans rentrer dans un détail de missions et de compétences, les **grands principes de ces fonctions** pourraient être mentionnés dans des documents réglementaires et pourraient ainsi servir de base à la conception des formations qui exigent aujourd'hui dans le cadre obligatoire de l'approche par compétence, de disposer d'un référentiel d'activités et de compétences. Pour notre formation des responsables de DAC, nous avons dû concevoir notre propre référentiel en nous appuyant sur le travail que nous avons réalisé pour la formation au pilotage territorial des pilotes MAIA et sur des retours de la FACS.

La **formation des référents de parcours complexes** devrait être disponible afin de former tous ces professionnels en lien avec les grands principes définis ci-dessus, avec des sites de formation répartis dans toute la France. Ceci nécessite un pilotage national de ce dispositif de formation en lien avec un groupe d'universitaires et de représentants de ces professionnels et de leurs employeurs qui pourrait être établi entre la DGOS, le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la CNSA. Les formations pour les autres types de coordonnateurs de parcours devraient être développées en cohérence avec celle des référents de parcours de santé complexe afin qu'ils disposent d'un langage commun et que les messages diffusés soient les mêmes pour les différents coordonnateurs. On pourrait imaginer que certaines ressources consultables à distance puissent être partagées entre ces diverses formations, dans un souci de cohérence et aussi d'économies.

Par ailleurs à un moment où l'attractivité des postes dans le domaine de la santé et du social est en défaut, une réflexion sur le positionnement des professionnels de la coordination pourrait être associée aux grands chantiers sur les métiers de la santé et du social. Ces fonctions de coordination peuvent en effet **offrir des opportunités d'évolution de carrière** qui pourraient intéresser certains professionnels à certaines étapes de leur cursus professionnels, pour autant qu'on leur donne plus de **visibilité**, qu'ils puissent être inscrits comme des options dans les parcours professionnels que ce soit dans le secteur public ou privé et que l'on prévoit les formations *ad hoc*.

⁴⁷ Rapport du Gouvernement au Parlement relatif aux expérimentations PAERPA en 2020 : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_au_parlement_paerpa-vdef.pdf

Au niveau des **rémunérations**, les professionnels de coordination devraient bénéficier des **mesures générales prévues pour la revalorisation salariale des professionnels de santé et du social** sachant qu'ils sont tout autant exposés à des personnes malades ou vulnérables et que si ces mesures ne leur étaient pas appliquées, on pourrait avoir un appel d'air vers l'hôpital et les services et établissements médicosociaux, laissant les DAC en manque de personnels⁴⁸. N'oublions pas qu'un DAC efficient sur un territoire devrait permettre de diminuer les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation⁴⁹ et peut-être aussi des hospitalisations évitables. Recruter dans un DAC doit donc être vu comme un investissement pour le système de santé.

Vraisemblablement, il conviendrait aussi **d'alléger les procédures de reporting** qui accaparent beaucoup les équipes dirigeantes des (futurs) DAC. Celles-ci soulèvent deux problèmes :

1. Sont-elles vraiment utiles pour les tutelles/financeurs, à ce niveau de détail ? Les professionnels des tutelles ont-ils vraiment le temps de les utiliser ? Sont-elles utiles aux professionnels des DAC eux-mêmes ?
2. Elles manquent souvent d'un retour sur le travail réel dans des formats peu adaptés pour cela.

Ne pourrait-on pas imaginer des documents recentrés sur des points essentiels et notamment sur ceux qui sont spécifiques au DAC ? Ne pourrait-on pas avoir des **relectures et visites croisées entre professionnels de DAC de la même région, voir d'autres régions**, à l'instar de ce qui peut se faire dans les audits de certification HAS qui impliquent des professionnels pairs formés à l'audit ? Ce serait alors l'occasion d'échanges entre pairs permettant d'aller sur ce travail réel et des difficultés rencontrées pouvant même conduire à l'émergence de nouvelles pistes de solutions.

Par ailleurs, il convient certainement de **conforter le rôle des collectifs en l'occurrence de la FACS nationale et de ses fédérations régionales**. En effet on a vu combien elle a pu être active dans la conception de la loi de 2019, des décrets d'application, du cadre national d'orientation, du référentiel d'activités et de compétences des référents de parcours de santé complexes, de la formation PACTE-ANIME et de tous les groupes de travail animés par la DGOS, la CNSA, la DGCS et/ou l'ANAP. Or aujourd'hui elle dispose de peu de moyens et repose il faut bien le dire sur le bénévolat de ses membres. Elle devrait pourtant disposer d'un coordonnateur et d'un portail digne de ce nom ainsi que de capacités d'enquête en continu avec des moyens pour sous-traiter les analyses, au risque d'épuiser les membres les plus engagés.

Enfin, la **communication sur le devenir des dispositifs en place** à l'annonce de l'arrivée de nouveaux dispositifs devraient être très nettement améliorée et pensée en amont lors de la conception de ceux-ci. Prenons l'exemple des communautés 360 : les DAC ont entendu pendant des mois qu'ils devaient se préparer à s'occuper des personnes en situation de handicap, ce qui a généré beaucoup d'inquiétude dans les équipes de DAC. On leur annonce l'arrivée des communautés 360 sans préciser plus le fait que les DAC devront s'articuler avec ces communautés 360. Qu'est-ce que cela veut dire concrètement pour les professionnels des DAC ? Vont-ils pouvoir déléguer tous les accompagnements des personnes en situation de handicap aux communautés 360 ? Vont-ils juste se centrer sur l'accès aux soins de ces personnes ? A quoi doivent ils se former ?

Quand le service public territorial pour l'autonomie se mettra en place, de nouvelles questions vont émerger. La coordination entre les différentes parties du STPA se fera-t-elle au sein du STPA ou est-ce que les référents de parcours de santé complexes vont avoir à poursuivre cette coordination ? Il peut parfois être utile de communiquer autant sur ce qui est clair que sur ce qui ne l'est pas encore, en indiquant à quelle échéance les points en suspens seront clarifiés.

⁴⁸ A noter que des DAC de certains territoires connaissent déjà ces départs de professionnels ou ont du mal à recruter

⁴⁹ Dans le rapport au Parlement sur l'expérimentation PAERPA de 2020, il est ainsi mentionné que le programme PAERPA a permis de réduire de 4,3% le passage aux urgences non suivies d'hospitalisations

Références

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions : An Essay on the Division of Expert Labor*. University of Chicago Press.
- Bezes, P., & Palier, B. (2018). « Le concept de trajectoire de réformes Comment retracer le processus de transformation des institutions ». *Revue française de science politique*, 68(6), 1083-1112.
- Bloch, M.-A. (2018b). « Manager l'évaluation des approches parcours » sous la direction d'E. Minvielle, K. Gallopel-Morvan, J.M. Januel, et M. Waelli (p. 181-198). Presses de l'EHESP.
- Bloch, M.-A., Bataillon, R., Féry-Lemonnier, E., & Girault, A. (2018a). « Le management au service du parcours des usagers ». In *Le management en santé, Gestion et conduite des organisations de santé* sous la direction de M. Louazel, A. Mourier, E. Ollivier, R. Ollivier (p. 233-251). Presses de l'EHESP.
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Dunod.
- Bolden, R. (2011). « Distributed Leadership in Organizations : A Review of Theory and Research ». *International Journal of Management Reviews*, 13(3), 251-269.
- Cavagné, B. (2020). « Redonner du pouvoir au local ». *Constructif*, 55(1), 71-75.
- Dejours, C. (2021). *Ce qu'il y a de meilleur en nous. Travailler et honorer la vie*. Payot.
- DGOS. (2012). *Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins : Comment faire évoluer les réseaux de santé ?* (77 p.)
- Dujarier, M.-A. (2018). *L'idéal au travail* (2ème édition). PUF.
- FHF. (2022). *Territoires de santé. Une nouvelle organisation pour mieux répondre aux besoins de la population* (26 p.).
- Gand, S., Periac, E., Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2017). « Évaluation qualitative PAERPA RAPPORT FINAL ». *Document de travail, Série études et recherche* (135 p.)
- Gréselle-Zaïbet, O. (2007). « Vers l'intelligence collective des équipes de travail : Une étude de cas ». *Management & Avenir*, 14(4), 41-59.
- Hébert, R., & et al. (2004). *PRISMA : Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Edisem.
- Hénaut, L. (2019). « Le travail pluri-professionnel. Retour d'enquêtes sur la transformation des soins primaires en France et en Angleterre ». in Bergeron H. et Moyal A., (dir.), *Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France ? Synthèse du séminaire pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po*, 40-46.
- Institut Montaigne. (2022). *Le pari des territoires* (73 p.)
- IPSO Facto, LISST/Université Toulouse Jean Jaurès, & BVMS Conseil. (2017). *Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations*, réalisée pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Rapport final d'évaluation.
- Libault, D., & et al. (2022). *Vers un service public territorial de l'autonomie* (161 p.).
- Libault, D., & Lianos, F. (2020). *Rapport du Gouvernement au Parlement relatif aux expérimentations PAERPA* (103 p.).
- Loubat, J.-R., Hardy, J.-P., & Bloch, M.-A. (2022). *Concevoir des plateformes de services en action sociale et médico-sociale*. Dunod (2ème édition). (400 p.)
- Somme, D., Corvol, A., Couturier, Y., Pimouguet, C., Moreau, O., Perivier, S., Balard, F., & Stampa, M. de. (2015). « Nouveau champ professionnel en France. Les besoins de formation des gestionnaires de cas ». *Santé Publique*, S1(HS), 61-66.
- Somme, D., & de Stampa, M. (2011). « Ten years of integrated care for the older in France ». *International Journal of Integrated Care*, 11

Annexe 1 : Liste des tableaux et des figures

Introduction

Tableau 1 : Dispositifs de coordination et programmes d'action étudiés dans le cadre de l'enquête Innovmaia en 2019

Partie 1

Tableau 2 : Les politiques publiques vis-à-vis des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et/ou atteintes de certaines maladies chroniques

Figure 1 : Historique des dispositifs de coordination selon les populations cibles

Tableau 3 : Caractéristiques du déploiement de divers dispositifs de coordination

Figure 2 : Les grandes étapes du déploiement d'un dispositif et de son évaluation

Figure 3 : Evolutions dans le temps pour les dispositifs de coordination des attentes des politiques publiques, de la planification des responsables et des réalisations par les acteurs de terrain

Figure 4 : Illustration de la figure 3 avec l'exemple d'un CLIC portant une MAIA, puis impliqué dans un Programme PAERPA et fusionnant dans un DAC

Partie 2

Figure 5 : Répartition des dispositifs de coordination par région en pourcentage (à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)

Figure 6 : Répartition des dispositifs de coordination par région en effectifs (à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)

Figure 7 : Répartition des dispositifs répondants par région en effectifs (à partir de l'enquête InnovDAC_COVID)

Tableau 4 : Existence de CLIC sur les territoires en fonction du pourcentage de leurs communes considérées en « zone prioritaire » pour la démographie médicale (Innovmaia)

Figure 8 : Offreurs de soins basés sur d'autres territoires auxquels la population du territoire recourt (Innovmaia)

Figure 9 : Offreurs de service du médico-social et du social, basés sur d'autres territoires, auxquels la population du territoire recourt (Innovmaia)

Figure 10 : Nature des interactions entre dispositifs de coordination vue par les pilotes MAIA (Innovmaia)

Figure 11 : Nombre de territoires par région de la France métropolitaine ayant indiqué avoir fusionné en 2019 (Innovmaia)

Figure 12 : Stades d'avancement vers l'unification en DAC en 2020 (InnovDAC_COVID)

Figure 13 : Nombre de dispositifs ayant réalisé la fusion par région de France métropolitaine en 2020 (InnovDAC_COVID)

Figure 14 : Impact de l'épidémie sur les démarches en cours pour la mise en place du DAC (InnovDAC_COVID)

Figure 15 : Domaines des 3 innovations en santé (plusieurs réponses possibles) (Innovmaia)

Figure 16 : Domaines des 3 innovations pour l'autonomie (plusieurs réponses possibles) (Innovmaia)

Tableau 5 : Lien entre les innovations en santé et pour l'autonomie et le diagnostic territorial

Figure 17 : Thèmes et sous-thèmes des nouvelles modalités/ innovations développées pendant la première vague de l'épidémie de COVID 19 en nombre d'occurrence (après codage par Marie-Aline Bloch) (InnovDAC_COVID)

Tableau 6 : Champs concernés selon les dispositifs de coordination porteurs des nouvelles modalités (InnovDAC_COVID)

Figure 18 : Lieux/ situations d'intervention des nouvelles modalités/innovations (InnovDAC_COVID)

Tableau 7 : Lieux/situations d'intervention des nouvelles modalités/innovations en fonction du type de dispositif qui les portent (InnovDAC_COVID)

Figure 19 : Etat du développement de la télémédecine avant l'épidémie (à gauche) ou pendant et après l'épidémie (à droite) (InnovDAC_COVID)

Partie 3

Tableau 8 : codage de la question sur l'existence de nouveaux métiers

Annexe 2

Figure 20 : Taux de couverture de l'enquête par région

Figure 21 : Taux de couverture de l'enquête par type de porteur des MAIA

Tableau 9 : codage selon 3 catégories des solutions innovantes contribuant au continuum entre les champs sanitaire et social

Annexe 3

Figure 22 : Comparaison du nombre de répondants à l'enquête au nombre de personnes sondées par type de dispositif

Figure 23 : Taux de réponse comparés entre les répondants à l'enquête *versus* les personnes sondées par région

Figure 24 : Carte de la France métropolitaine avec le nombre de répondants par département

Figure 25 : Carte de la France Métropolitaine avec le nombre de répondants qui sont des CLIC par région

Figure 26 : Carte de la France Métropolitaine avec le nombre de répondants qui sont des réseaux de santé par région

Figure 27 : Statut des différentes activités des DAC pendant l'épidémie de COVID 19

Annexe 2 : L'enquête Innovmaia de 2019

Conduite par Marie-Aline Bloch avec l'aide de Céline Schnebelen alors élève directrice d'hôpital à l'EHESP, les analyses de l'enquête Innovmaia ont bénéficié du soutien du collectif des pilotes MAIA pour les verbatims et de Sara Kamran, docteur en santé publique et pilote MAIA, pour les analyses quantitatives

Notre étude :

- Le déploiement des différents **dispositifs de coordination** sur le territoire français et la maturité de leur **convergence**
- Caractérisation de l'émergence « **d'innovations** » en terme de santé et d'autonomie
- Description de la diversité des contextes territoriaux et de leur éventuel impact sur la maturité de la coordination et les dynamiques d'innovation

Hypothèse :

Il existe une grande hétérogénéité des dynamiques de convergence de la coordination et de l'innovation entre les territoires français que l'on peut caractériser

Question :

Cette hétérogénéité peut-elle s'expliquer par des facteurs notamment au niveau politique, démographique, historique, et de l'offre ?

Utilité potentielle :

Mieux prendre en compte les facteurs contextuels dans les politiques publiques relatives au déploiement des dispositifs de coordination et les démarches d'innovation

Elle fait référence à la théorie de l'évaluation réaliste qui avance que pour déployer de nouveaux programmes d'action il faut prendre en compte leur impact, les mécanismes sous-jacents et les facteurs contextuels (Bloch, 2018b).

L'enquête sur questionnaire Sphinx a été diffusée l'été 2019 aux 319 pilotes MAIA français en fonction, et comportait **295 questions** fermées ou ouvertes en *4 parties* :

- Une brève identification du répondant à l'enquête et une description de la MAIA ;
- Une description structurée de **l'offre de services** qui couvre le territoire de la MAIA, aussi bien sur les champs sanitaire, médico-social que social (voir comme facteurs contextuels)
- **AXE I : l'étude des dispositifs d'appui à la coordination et autres programmes d'actions visant une meilleure coordination** et intégration des services : décrire les dispositifs et programmes existants, mais aussi comprendre la nature des mouvements d'interactions qui s'opèrent ;
- **AXE II : l'étude de l'émergence de solutions innovantes dans la transformation de l'offre de services** visant un meilleur parcours de vie de la personne âgée, développées par tout type d'acteur sur les territoires

165 personnes ont répondu à l'enquête ce qui correspond à un **taux de réponse de 52%**.

155 réponses sont complètes jusqu'à la fin du questionnaire.

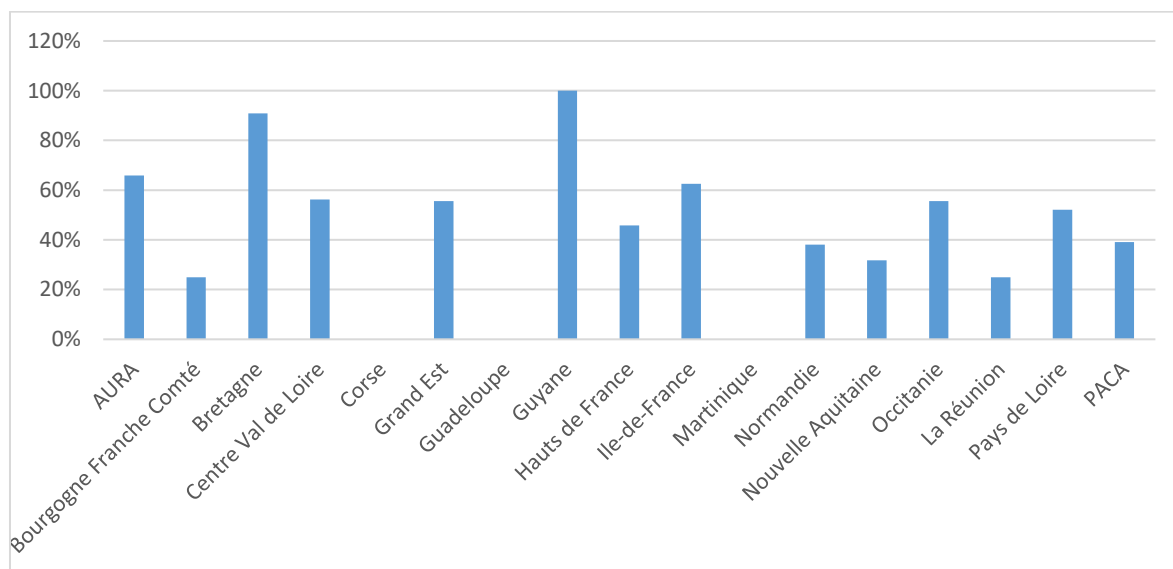
La population couverte par les 159 MAIA ayant répondu jusqu'à la question 262 (donc couvrant toute la partie sur les dispositifs de coordination et sur les innovations en santé et pour l'autonomie) correspond à environ **50% de la population française de plus de 60 ans**.

En termes de représentativité,

Certaines régions ont mieux répondu que d'autres (à comparer avec la moyenne de 52%) (figure 20) :

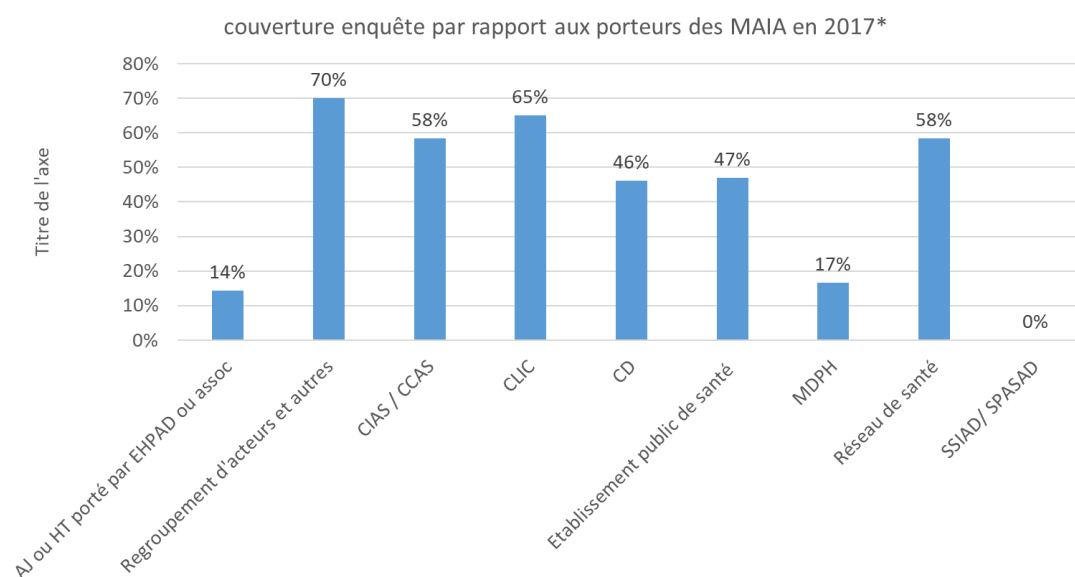
- Surreprésentation d'Auvergne Rhône-Alpes, de la Bretagne, de l'Ile de France
- Sous-représentation de la Bourgogne Franche Comté, de la Normandie, de la Nouvelle Aquitaine et de PACA

Figure 20 : Taux de couverture de l'enquête par région



Il y a une bonne représentativité des groupes de porteurs les plus importants avec une surreprésentation des groupements d'acteurs (à comparer avec la moyenne de 52%) (figure 21):

Figure 21 : Taux de couverture de l'enquête par type de porteur des MAIA



* Voir rapport d'évaluation des MAIA de 2017 commandité par la CNSA au cabinet Ipso-Facto et coll.

Concernant les innovations organisationnelles :

Sur l'existence d'un ou plusieurs projets d'expérimentation selon l'article 52 de la LFSS pour 2018 en lien avec l'amélioration des parcours de vie des personnes âgées, seulement 12% ont répondu oui, 53% ont répondu non et 35% ont répondu ne sais pas, on peut **faire l'hypothèse que les pilotes MAIA ne sont pas très au courant de ce type de projets/ et ou que l'information ne circule pas beaucoup sur les territoires.**

Sur le fait que les solutions innovantes détectées sur leur territoire puissent servir au continuum entre les champs sanitaire et social, 43% ont répondu oui, 28% non et là aussi 30% ont répondu ne sais pas. On peut à nouveau faire la même hypothèse que précédemment. Le codage de la description des solutions innovantes servant le continuum entre le sanitaire et le social réalisé par Marc Gronnier du collectif des pilotes MAIA fait émerger 3 catégories : les dispositifs, les outils et les formations (voir tableau 9 ci-dessous).

Tableau 9 : codage selon 3 catégories des solutions innovantes contribuant au continuum entre les champs sanitaire et social

Dispositif	Outil	Formation
MSP	Classeur de liaison	Repérage de la
SPASAD	Outil numérique de coordination à domicile	fragilité
Filière gériatrique	interopérabilité	Guichet intégré
commission situations complexes	DLHV	Formations
Monalisa	cahier de liaison numérique	transversales
unité de coordination Ville-Hôpital-Ville	Carte de liaison ville-hôpital	
CPTS	outils d'appui à la coordination	
Hébergement temporaire d'urgence	Système d'Information Parcours	
Cellule de coordination	Via trajectoire	
concertations pluriprofessionnelles		
Projet ASSURE		
EMG		
EMP		
Accueil de jour itinérant		
Psychologue à domicile		
réseau de coordination gériatrique		
guichet unique sanitaire et social		
patient traceur		
Coordonnateur de parcours pour le retour à domicile		
MAIA		

Annexe 3 : L'enquête InnovDAC_COVID de 2020

Actions innovantes et inspirantes des dispositifs d'appui lors de l'épidémie à COVID 19 et impact sur le déploiement des futurs DAC

Réalisée par Marie-Aline Bloch (EHESP) et Gérard Mick (FACS) avec le concours de François Puisieux (CHU de Lille) et de Pierre-Yves Benhamou (CHU de Grenoble)

Elle a été conduite en juin 2020 à l'issue de la première vague de l'épidémie de COVID 19 auprès de l'ensemble des pilotes MAIA, responsables des réseaux de santé, des CLIC, des PTA, CTA, et des DAC en construction ainsi qu'auprès des pilotes des équipes relais handicap rare.

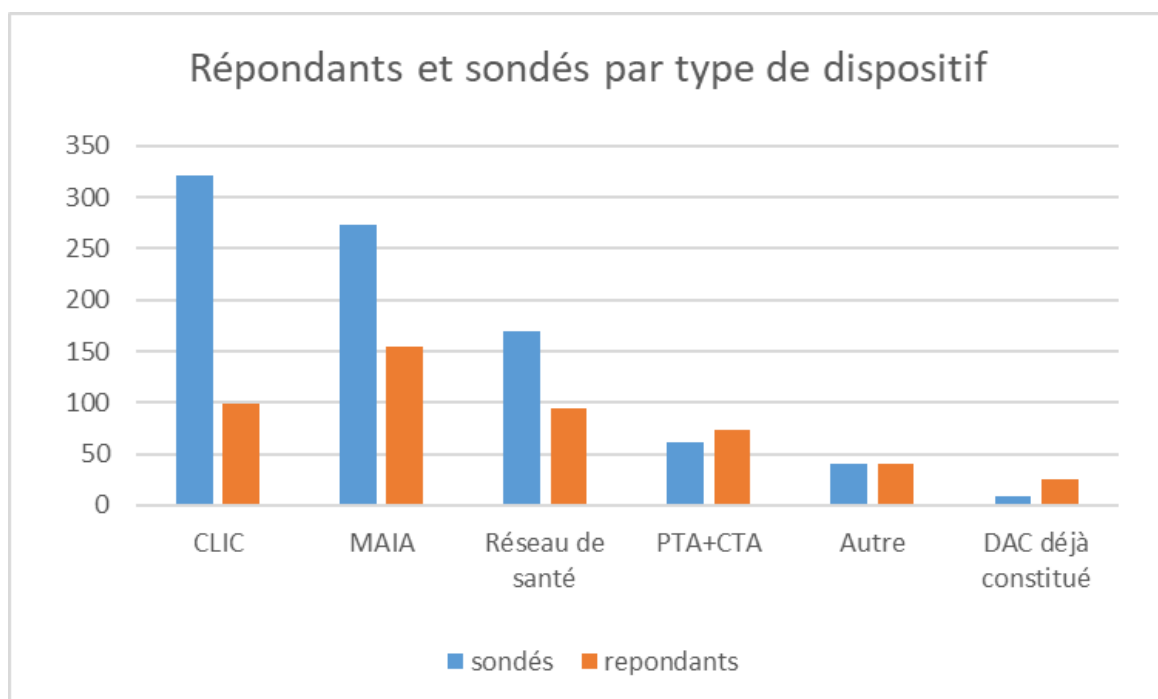
874 personnes ont été sondées, 371 personnes ont répondu à l'enquête qui s'est déroulée entre le 3 juin et le 12 juin, ce qui correspond à un **taux de réponse de 42 %**

L'enquête qui comportait 132 questions était organisée en 4 parties

- 1- Caractérisation du répondant, de son dispositif, de son territoire et de sa population cible
- 2- Nouvelles modalités de coopération entre acteurs ET/OU innovations développées en réponse à l'épidémie COVID19
- 3- Rôle des DAC dans la mise en place /déploiement de la télémédecine
- 4- Impact de l'épidémie COVID 19 sur le déploiement des DAC

Concernant la représentativité des répondants, nous l'avons étudiée par type de dispositif (figure 22) et par région (figure 23) :

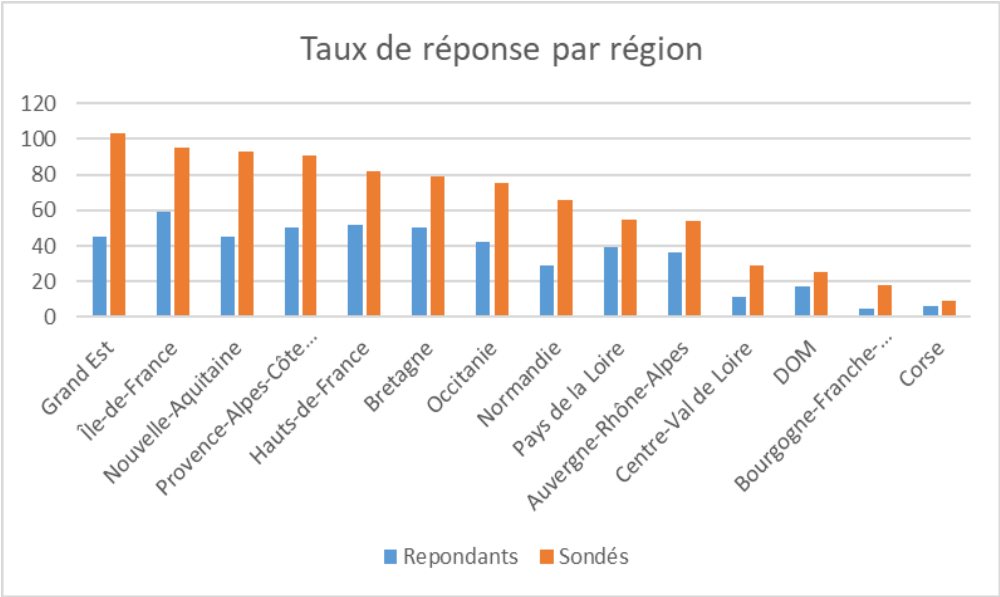
Figure 22 : Comparaison du nombre de répondants à l'enquête au nombre de personnes sondées par type de dispositif



Les pilotes MAIA ont été les plus nombreux à répondre même si c’est les CLIC qui avaient été sollicités en plus grand nombre. A noter que certains dispositifs qui n’étaient pas signalés comme PTA ou DAC au niveau de la FACS, se sont déclarés PTA ou DAC, ce qui explique qu’il y ait plus de PTA+CTA ou de DAC répondants que de sondés.

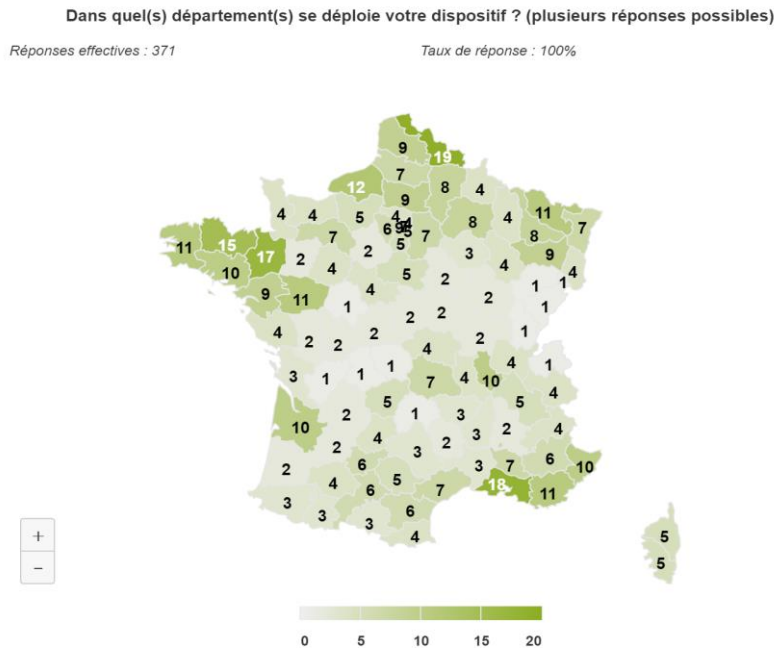
Comme pour Innovmaia, il y a une surreprésentation de certaines régions (voir figure 23 ci – dessous), comme l’Île de France, la région PACA, les Hauts de France, la Bretagne, les Pays de Loire et l’Auvergne Rhône Alpes.

Figure 23 : Taux de réponse comparés entre les répondants à l’enquête versus les personnes sondées par région



On peut voir ci-dessous la carte de France métropolitaine des répondants (figure 24)

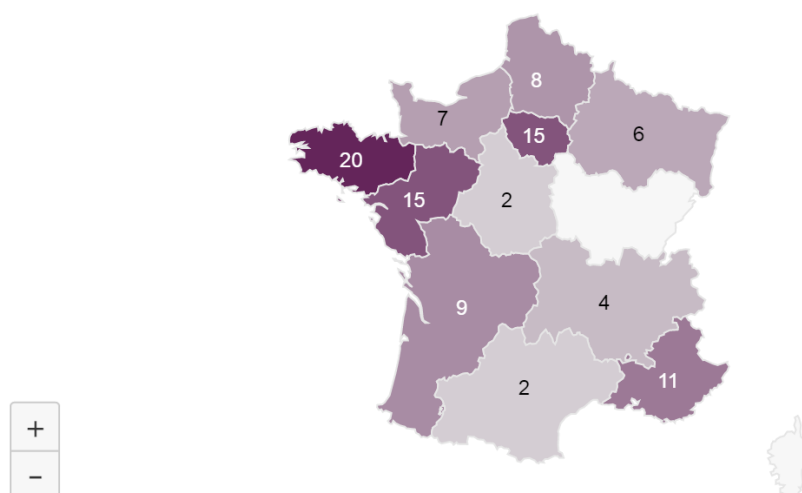
Figure 24 : Carte de la France métropolitaine avec le nombre de répondants par département.



La carte des répondants qui sont des CLIC (figure 25) fait apparaître de grandes différences entre régions, mais est conforme aux différences observées dans la composition de la base des sondés (voir figure 6 dans la partie 2). La Bretagne, les Pays de Loire, l’Ile de France ainsi que la région PACA sont les régions où il y a le plus de répondants CLIC.

Figure 25: Carte de la France Métropolitaine avec le nombre de répondants qui sont des CLIC par région

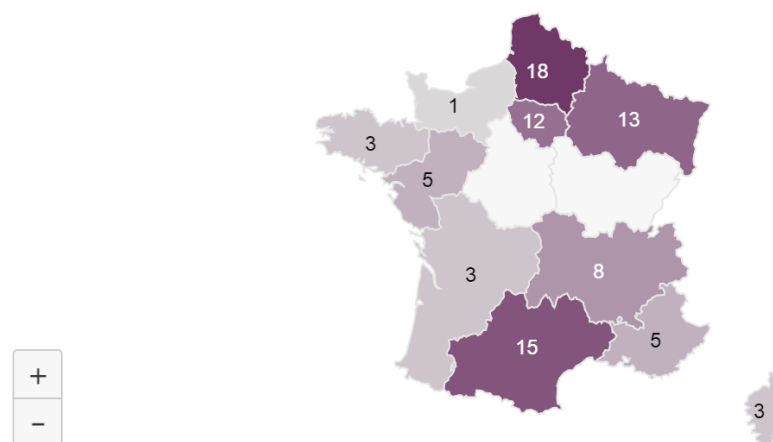
Dans quel(s) département(s) se déploie votre dispositif ? (plusieurs réponses possibles)



De même la carte des répondants des réseaux de santé (figure 26) montre là aussi de grandes différences entre régions : les réseaux semblent plus nombreux dans le Nord Pas de Calais, en Grand Est et en Occitanie.

Figure 26 : Carte de la France Métropolitaine avec le nombre de répondants qui sont des réseaux de santé par région

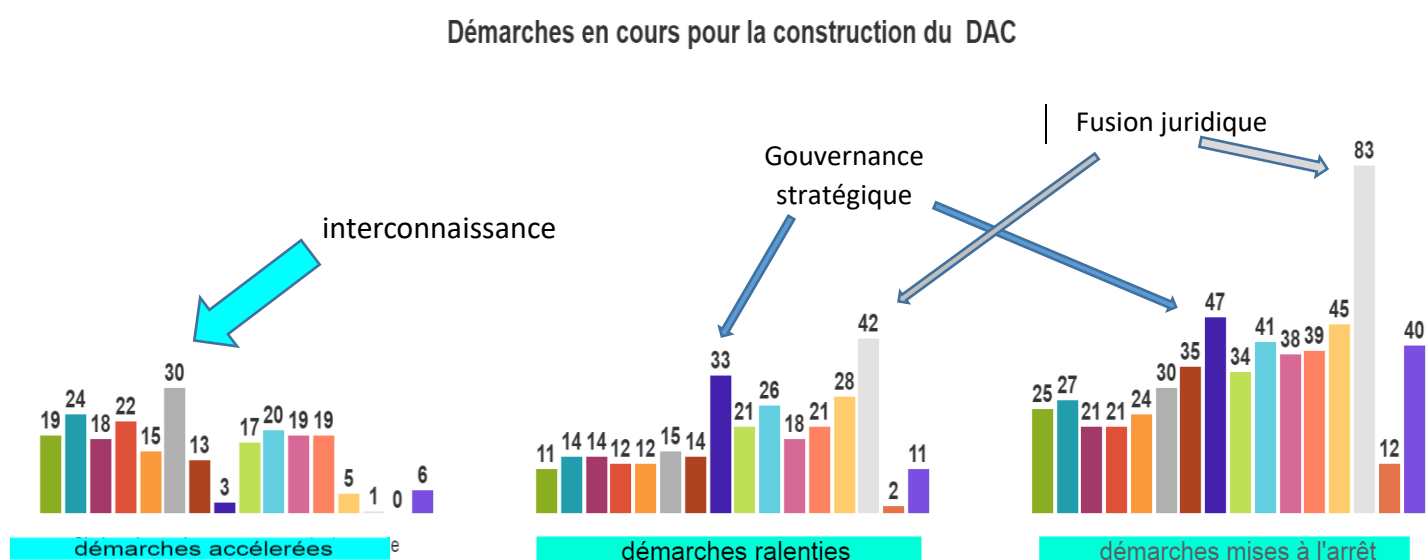
Dans quel(s) département(s) se déploie votre dispositif ? (plusieurs réponses possibles)



Certaines valeurs ne sont pas correctement assignées : DOM

Concernant les démarches accélérées, ralenties ou mises à l'arrêt, on peut voir le détail ci-dessous dans la figure 27. On peut noter que la démarche qui a été le plus développée est l'**interconnaissance** alors qu'à l'inverse la **gouvernance stratégique** et la **fusion juridique** ont été ralenties et souvent arrêtées.

Figure 27 : Statut des différentes activités des DAC pendant l'épidémie de COVID 19



Impact de l'épidémie sur le démarrage de la dynamique du DAC et a posteriori sur sa consolidation

