

# Journée CREAL Grand Est 16 juin 2023

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 honoraire de l'EHESP,  
UMR CNRS 6051 ARENES

Unité INSERM 1309 « Recherche sur les Services et le Management en Santé »  
Dept SHS, Collectif de recherche handicap autonomie société inclusive (CoRHASI)



Avec le soutien de la



# Coordination et parcours

La dynamique du monde  
sanitaire, social  
et médico-social

Marie-Aline Bloch  
Léonie Hénaut

*Préface de Daniel Havis*



Janvier 2014

2013



2022

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

**Rapport en ligne sur le site de la CNSA  
depuis vendredi 10 juin 2022**

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

# Sommaire

## Introduction : un changement de paradigme

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

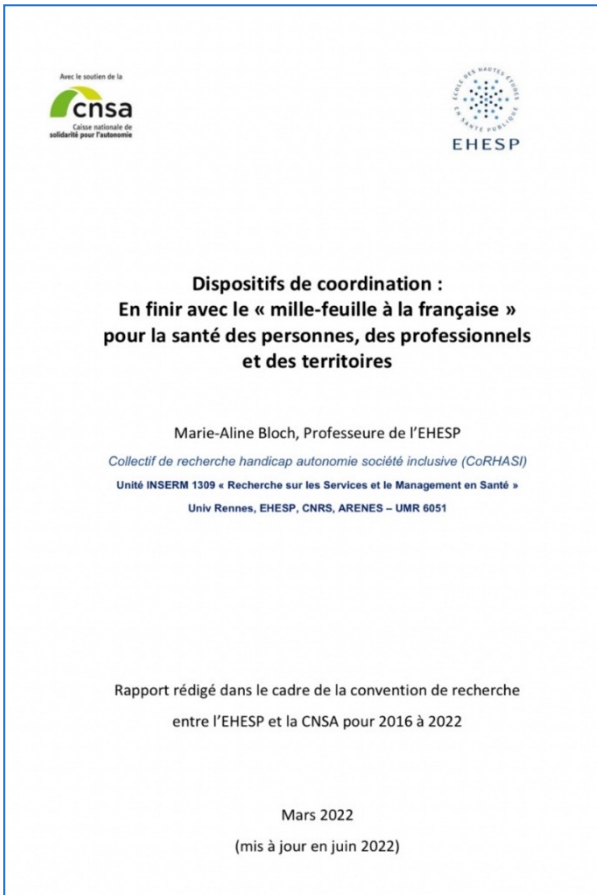
- *1<sup>er</sup> enjeu : Réaccorder les **pouvoirs publics** avec les professionnels de terrain*

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

- *2<sup>ème</sup> enjeu : Accompagner les **territoires** en fonction de la complexité de leurs besoins*

### Partie 3 : L'exercice de la coordination clinique et de la coordination territoriale : enjeux de nouvelles fonctions

- *3<sup>ème</sup> enjeu : Clarifier et promouvoir le rôle des **professionnels** de coordination en leur donnant des signaux de reconnaissance*



[https://www.cnsa.fr/documentation/bloch-ma\\_dispositifs\\_de\\_coordination\\_en\\_finir\\_avec\\_le\\_millefeuille.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/bloch-ma_dispositifs_de_coordination_en_finir_avec_le_millefeuille.pdf)

**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

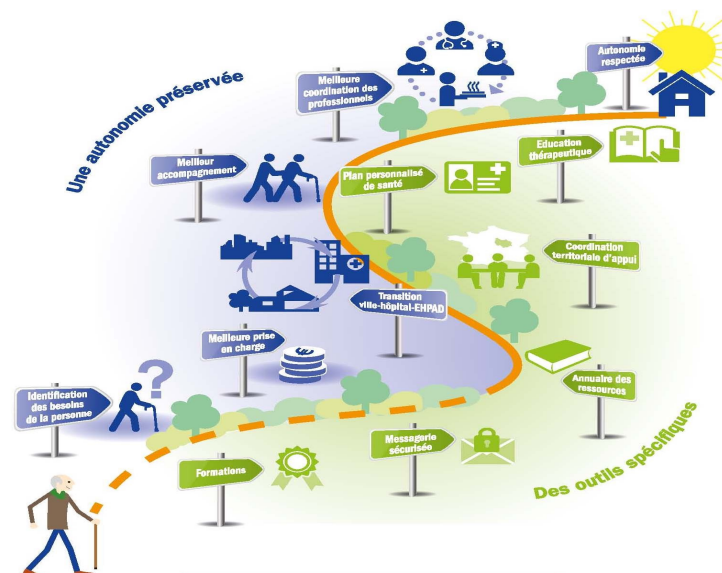
Rapport rédigé dans le cadre de la convention de recherche  
entre l'EHESP et la CNSA pour 2016 à 2022

Mars 2022

(mis à jour en juin 2022)

# Introduction

## Un changement de paradigme : l'émergence de la logique de parcours



# Éléments de contexte : de la logique à l'acte à la logique de parcours

# Des besoins multiples et des enjeux de coordination accrus – L'exemple de Monsieur X *d'après la thèse d'Isabelle d'Aubert*

## Quelques moments importants du parcours de M. X

### Situation n°1 :

#### AIT

Adressage par  
le MT  
Prise en charge  
codifiée  
Coordination par  
le patient

### Situation n°2 : AVC

PEC multi-acteurs et  
codifiée  
Coordination par son  
épouse (aidante)

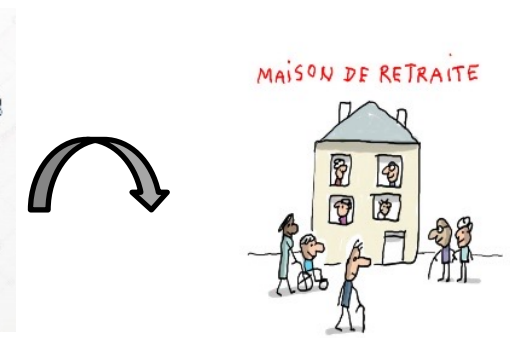
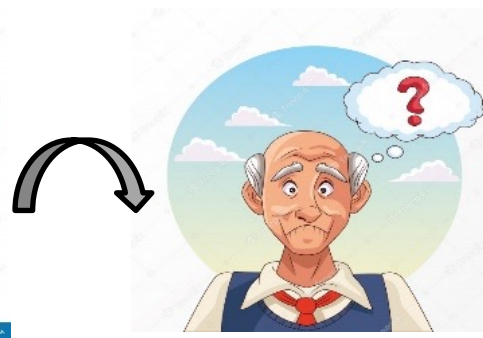
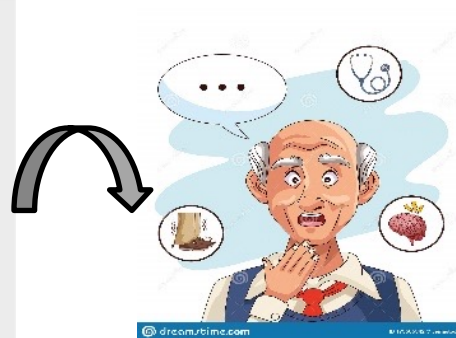
### Situation n°3 :

apparition de troubles  
cognitifs

Intensification des  
aides au domicile et AJ  
Coordination par le  
CLIC

### Situation n°4 : aggravation des troubles et dégradation de l'état de santé de Mme X

Adaptation de la PEC au  
domicile et préparation du  
passage en EHPAD  
Accompagnement de la  
dyade aidé/aidant  
Coordination par le DAC



**Un parcours singulier et banal à la fois,  
emblématique des enjeux de parcours et  
de leur traitement par les pouvoirs publics**



**Pour répondre aux besoins multiples**  
des personnes malades et/ou en situation de handicap  
(et de toutes les personnes en situation chronique quelque soit leur âge)

Prévention

Accompagnement

Soins

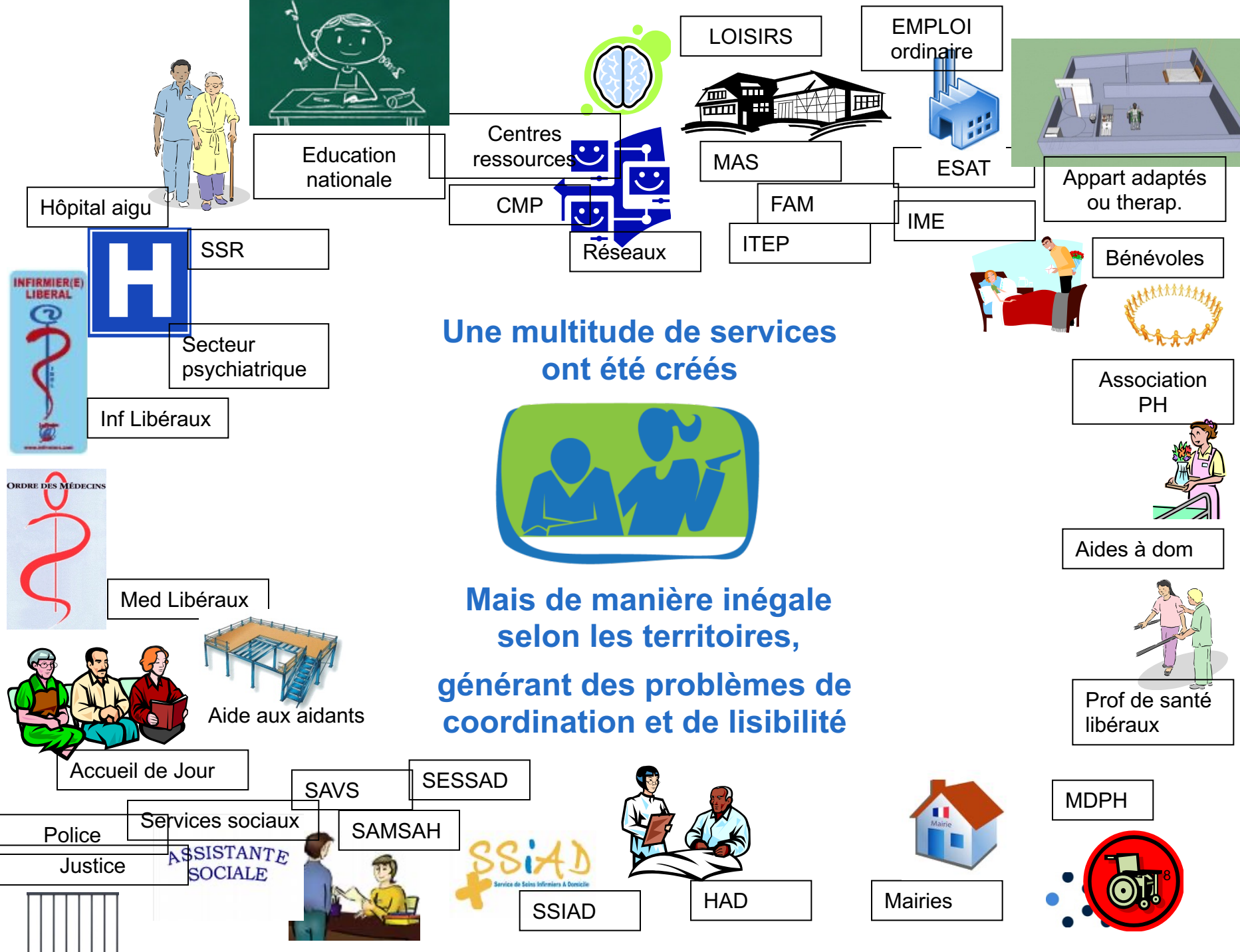


Participation sociale

Accessibilité

Environnement favorable à la santé





LOISIRS

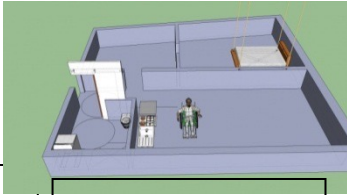
EMPLOI ordinaire



MAS



ESAT



Appart adaptés ou therap.

FAM

ITEP

IME

Bénévoles



Association PH



Aides à dom



Prof de santé libéraux

MDPH



Mairies

HAD

SSIAD



SESSAD

SAVS

SAMSAH

ASSISTANTE SOCIALE

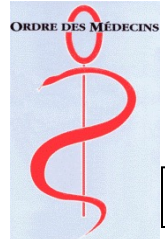
Services sociaux

Accueil de Jour



Aide aux aidants

Med Libéraux



Inf Libéraux

Secteur psychiatrique

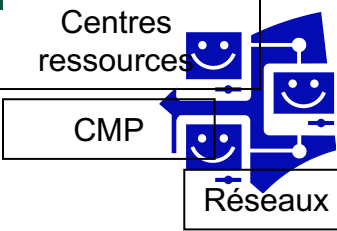


SSR



Hôpital aigu

Education nationale



Centres ressources

CMP

Réseaux

Une multitude de services ont été créés



Mais de manière inégale selon les territoires, générant des problèmes de coordination et de lisibilité



# Concepts et politiques publiques de la coordination et des parcours

# Définitions de la coordination

- **Larousse** : l'action de coordonner est l'harmonisation d'activités diverses dans un souci **d'efficacité**.
- *Donabedian* (1980) : la coordination des soins est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale ».

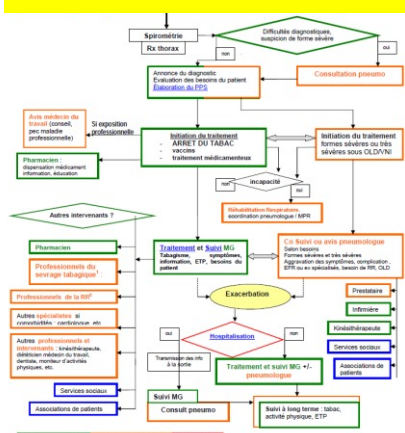
## Importance de l'efficacité

# Un changement de paradigme : parcours de soins, de santé et de vie

- L'apparition de la notion de parcours dans le cadre de la structuration des soins de premiers recours
- Du parcours de soins aux parcours de vie : la promotion d'une nouvelle approche des besoins des personnes
- Différents modèles dans le monde anglo-saxon :

## Le *clinical care pathway* / parcours de soins cliniques (standardisé)

### Orienté *process*

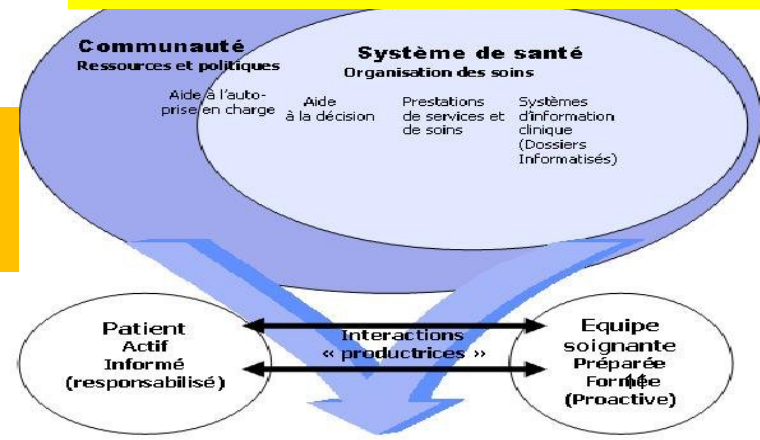


Source HAS

### Orienté usagers : trajectoire et besoins

## Le *chronic care model*

### Orienté *acteurs et ressources/compétences*

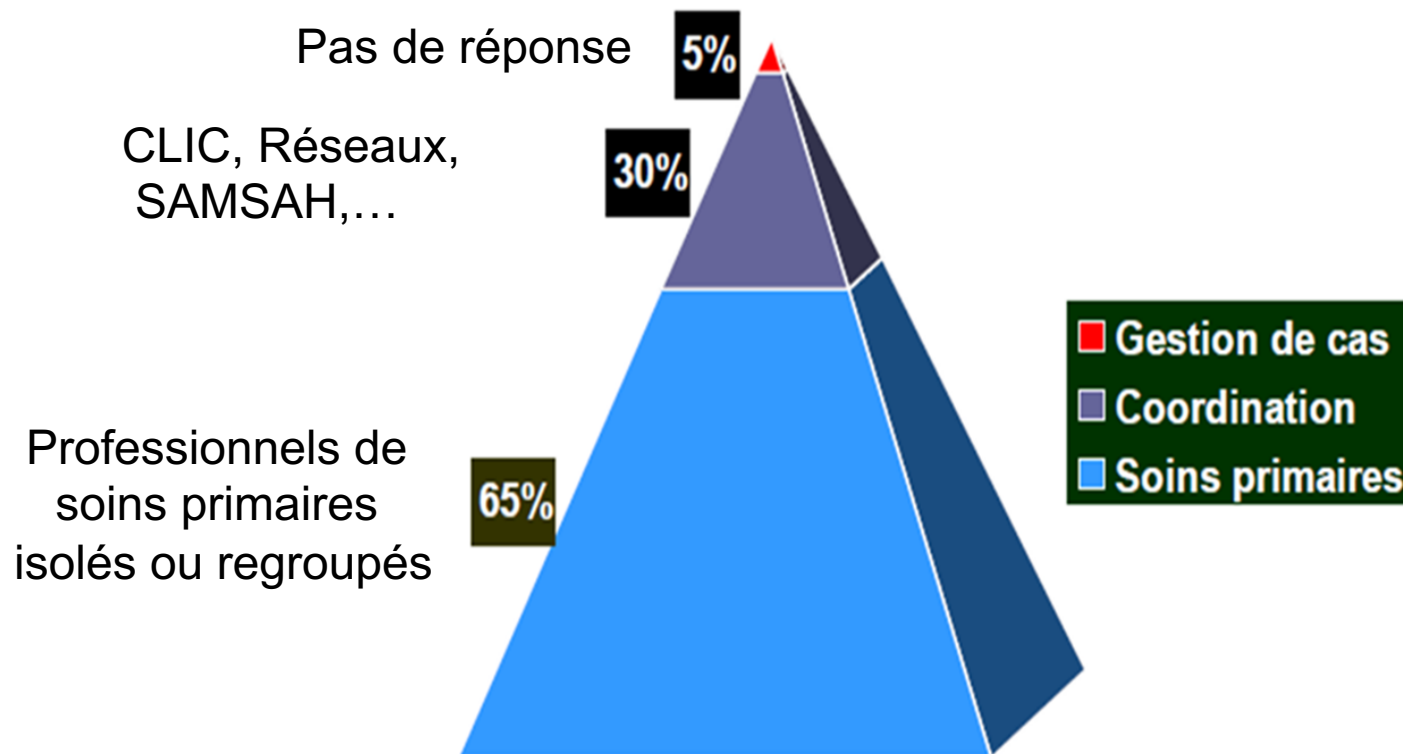


Wagner et al. (1999, 2008),

Pronostic

# Cinq grandes évolutions

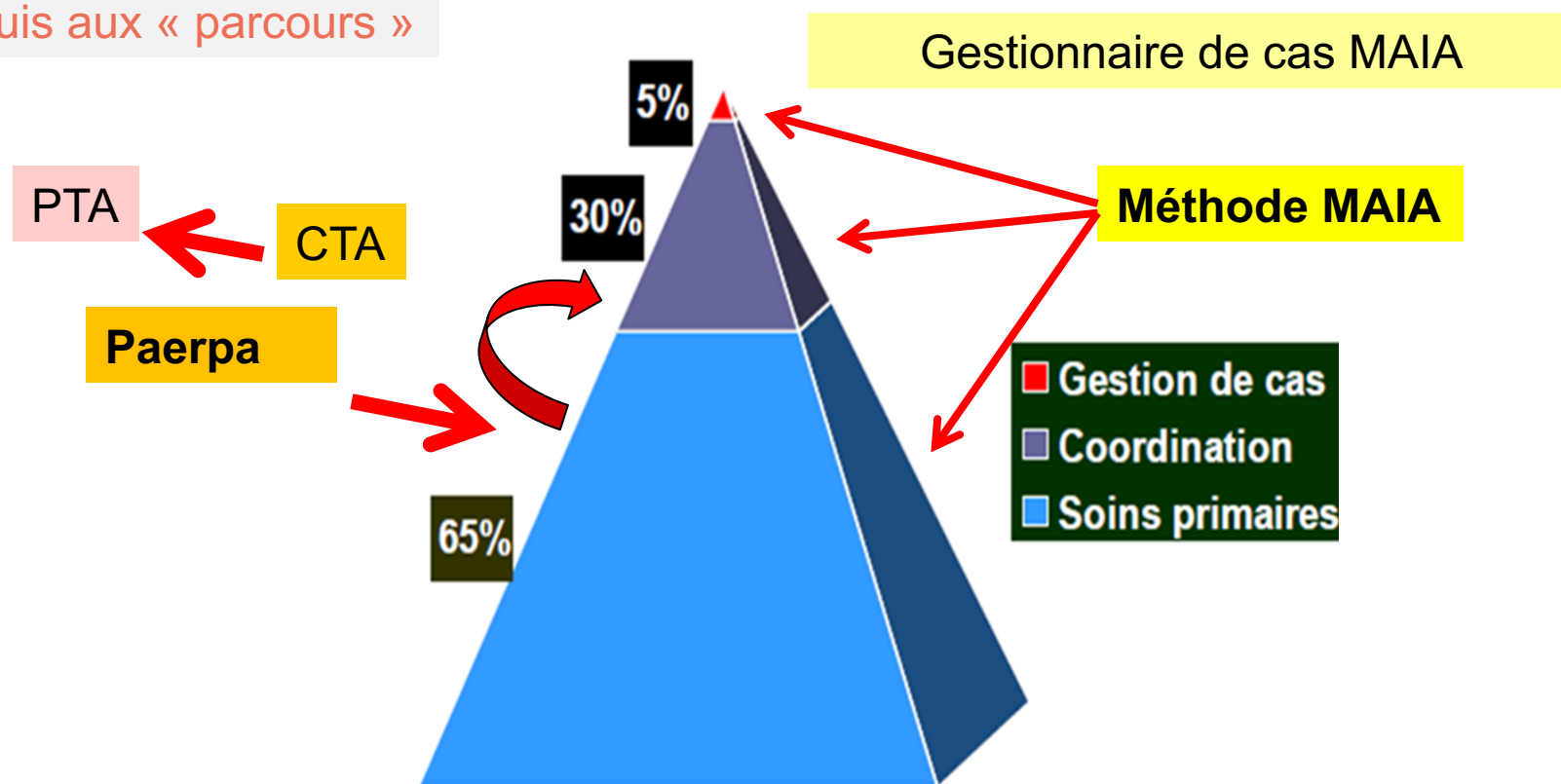
1. D'une approche par maladie ou handicap à une approche populationnelle
2. Vers une réponse graduée selon la complexité des besoins des personnes



Pyramide de Kaiser permanente

# Cinq grandes évolutions

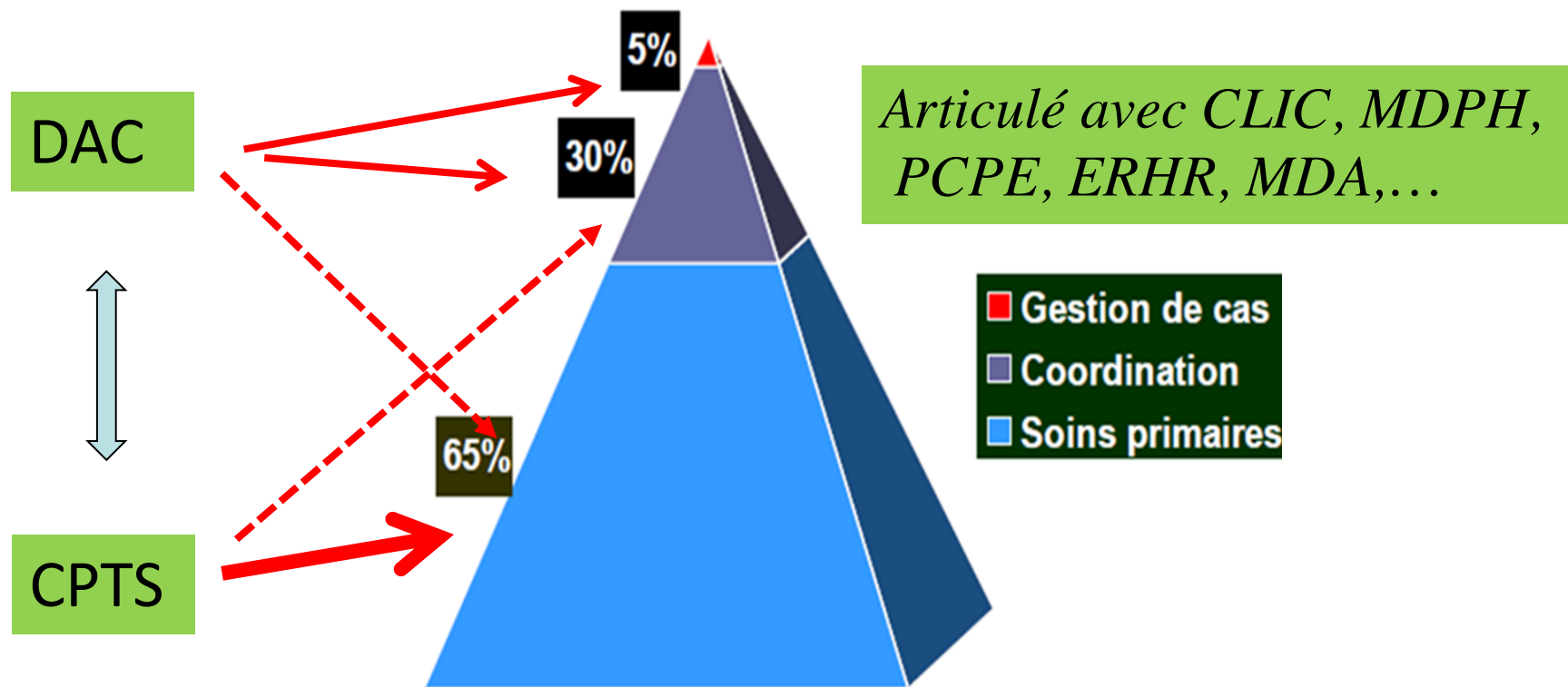
1. D'une approche par maladie ou handicap à une approche populationnelle
2. Vers une réponse graduée selon la complexité des besoins des personnes
3. De la coordination à l'intégration des services
4. Puis aux « parcours »



Pyramide de Kaiser permanente

# Cinq grandes évolutions

1. D'une approche par maladie ou handicap à une approche populationnelle
2. Vers une réponse graduée selon la complexité des besoins des personnes
3. De la coordination à l'intégration des services
4. Puis aux « parcours »
5. **Organisation systémique et polyvalente**



Pyramide de Kaiser permanente



# L'approche parcours : Une Ordonnance pour permettre à notre système de santé de mieux soigner et accompagner les personnes



- Approche populationnelle sur le territoire et coresponsabilité en fonction des degrés de complexité
- Gouvernance partagée
- Place des usagers et de leur entourage
- Adaptation du système de financement
- Outils et Système d'information partagé
- Déploiement d'une offre de service interstitielle/ intermédiaire/ complémentaire

Organisationnels

- Fonctions dédiées à la démarche parcours
- Qualification et formation des professionnels (y compris interprofessionnalité)

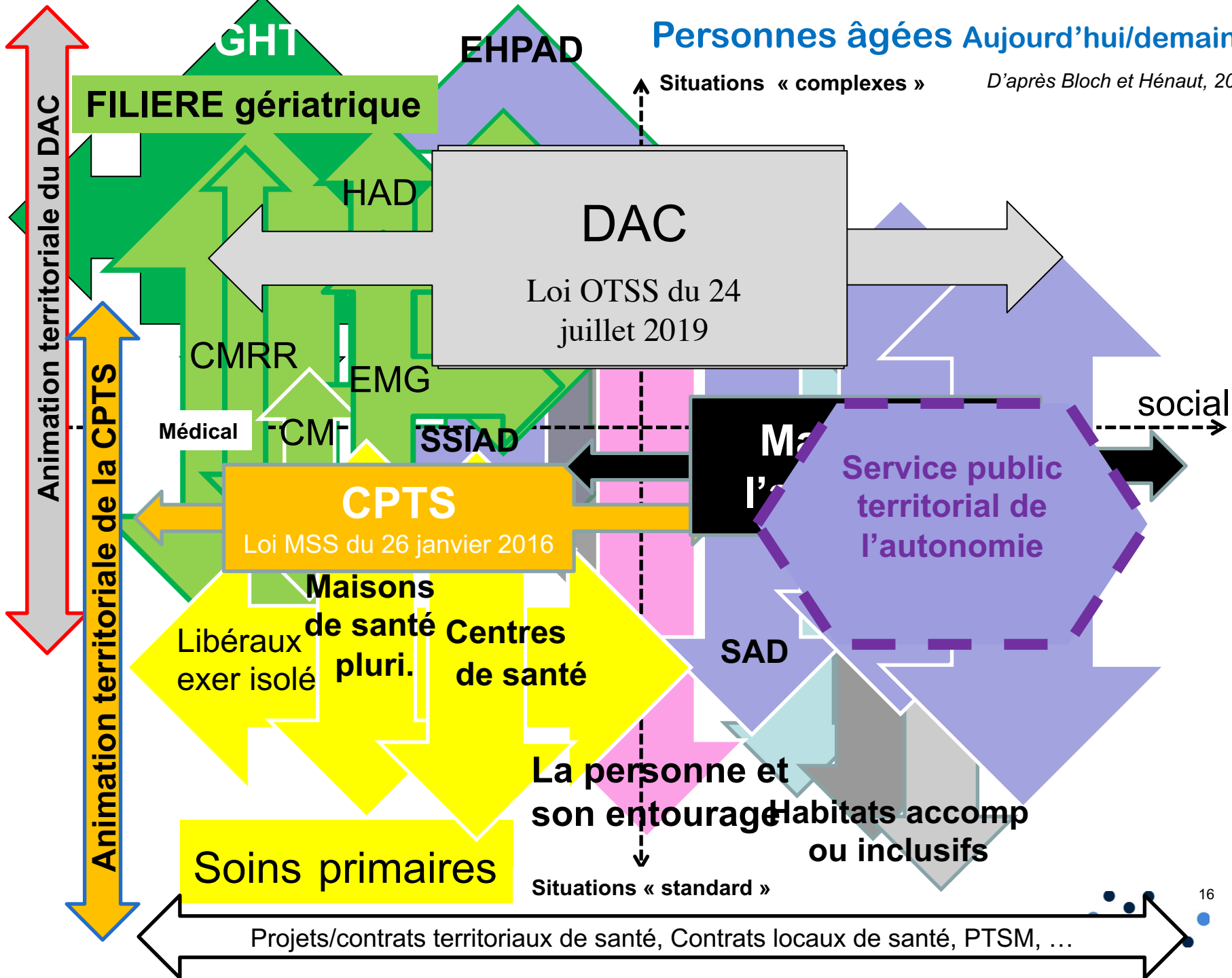
Professionnels

- Diagnostic partagé
- Conduite de projet globale
- Pilotage de la dynamique de changement adaptée au contexte territorial

Accompagnement

# Personnes âgées Aujourd'hui/demain ?

D'après Bloch et Hénaut, 2014



# Vidéos de l'approche parcours disponibles sur internet

- **Séquence 1** : Comment rendre l'approche parcours opérationnelle sur un territoire ? Présentation générale <https://vimeo.com/218589456/6be5ca0a78>
- **Séquence 2** : Les 3 premiers ingrédients de l'approche parcours <https://vimeo.com/218591696/4b8c11eabc>
- **Séquence 3** : Comment conduire un projet territorial au service de parcours améliorés pour les usagers ? <https://vimeo.com/218593162/554a21195f>
- **Séquence 4** : Quels sont les points d'appui incontournables à une approche parcours ? <https://vimeo.com/218597991/005652bc60>
- **Séquence 5** : Bonus : les apports respectifs de la méthode MAIA et du programme Paerpa à l'approche parcours pour les aînés <https://vimeo.com/218765281/30ff2820cf>

**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)

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

*1<sup>er</sup> enjeu : Réaccorder  
les pouvoirs publics  
avec les professionnels  
de terrain*

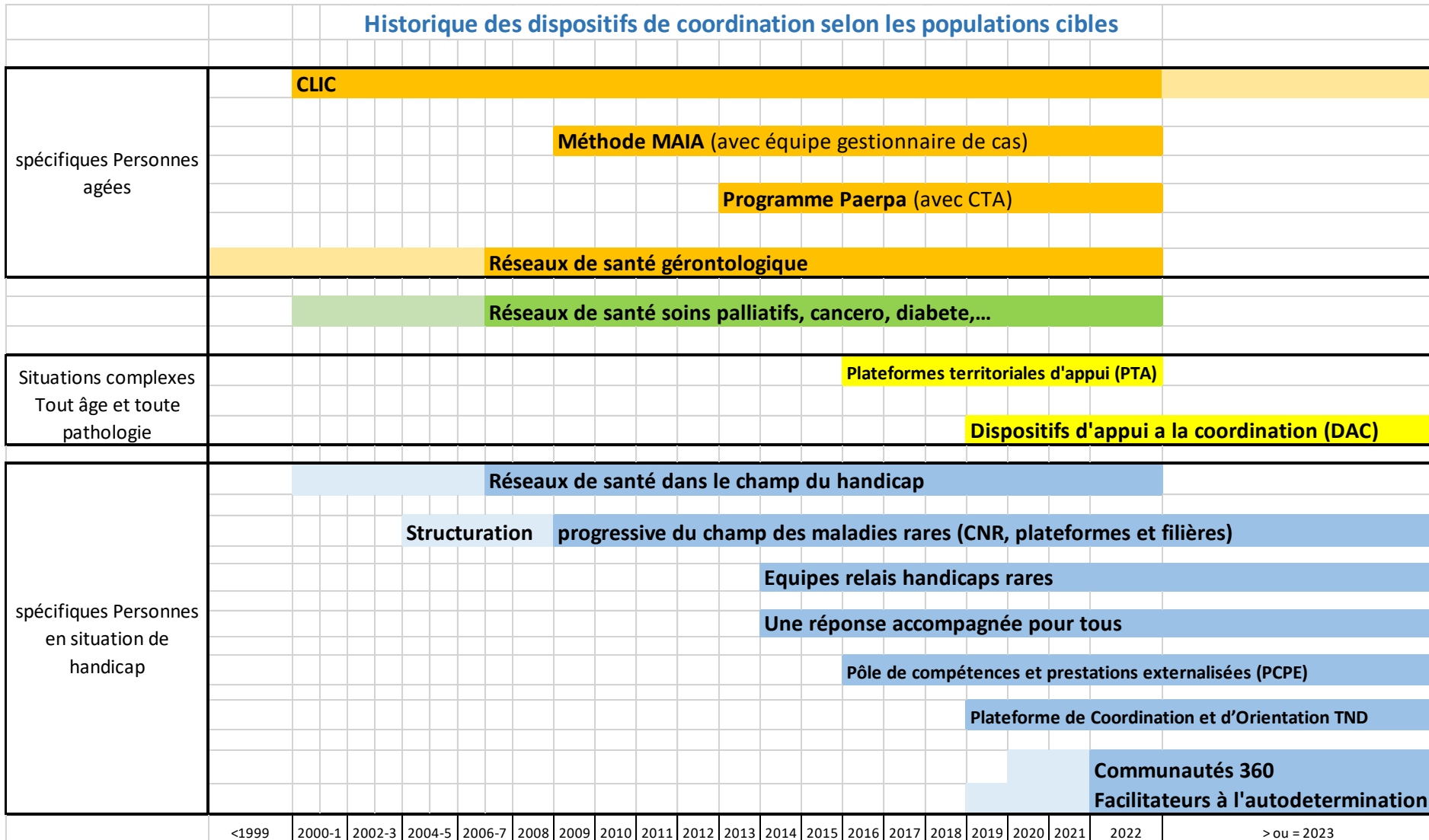


# Partie 1 : Histoire des politiques publiques de la coordination : anciens et nouveaux enjeux

## Nos observations

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

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

































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

## Nos observations

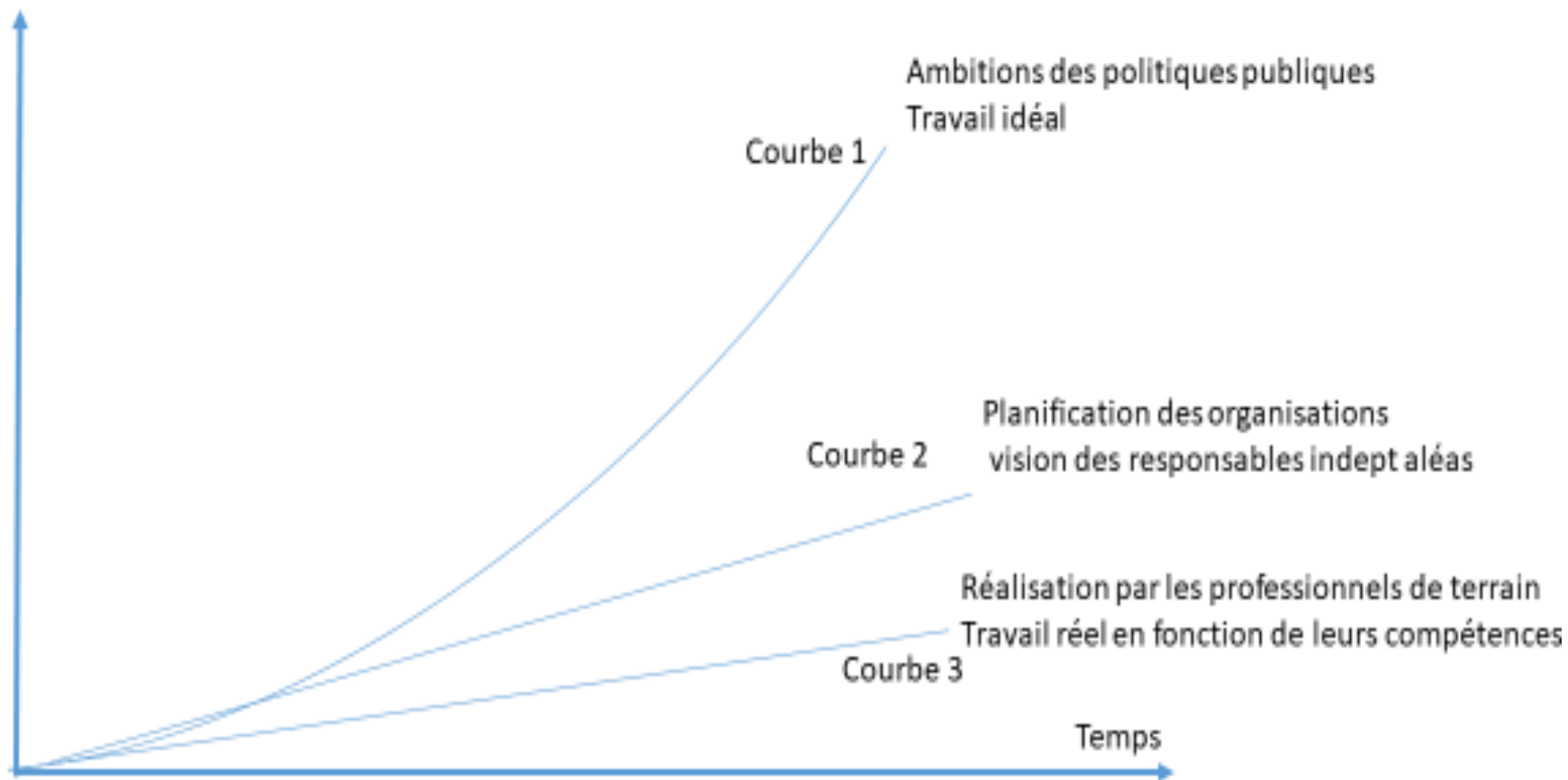
- Des efforts de simplification dans le champ des personnes âgées et une complexification dans celui des personnes handicapées
- Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination

# Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination

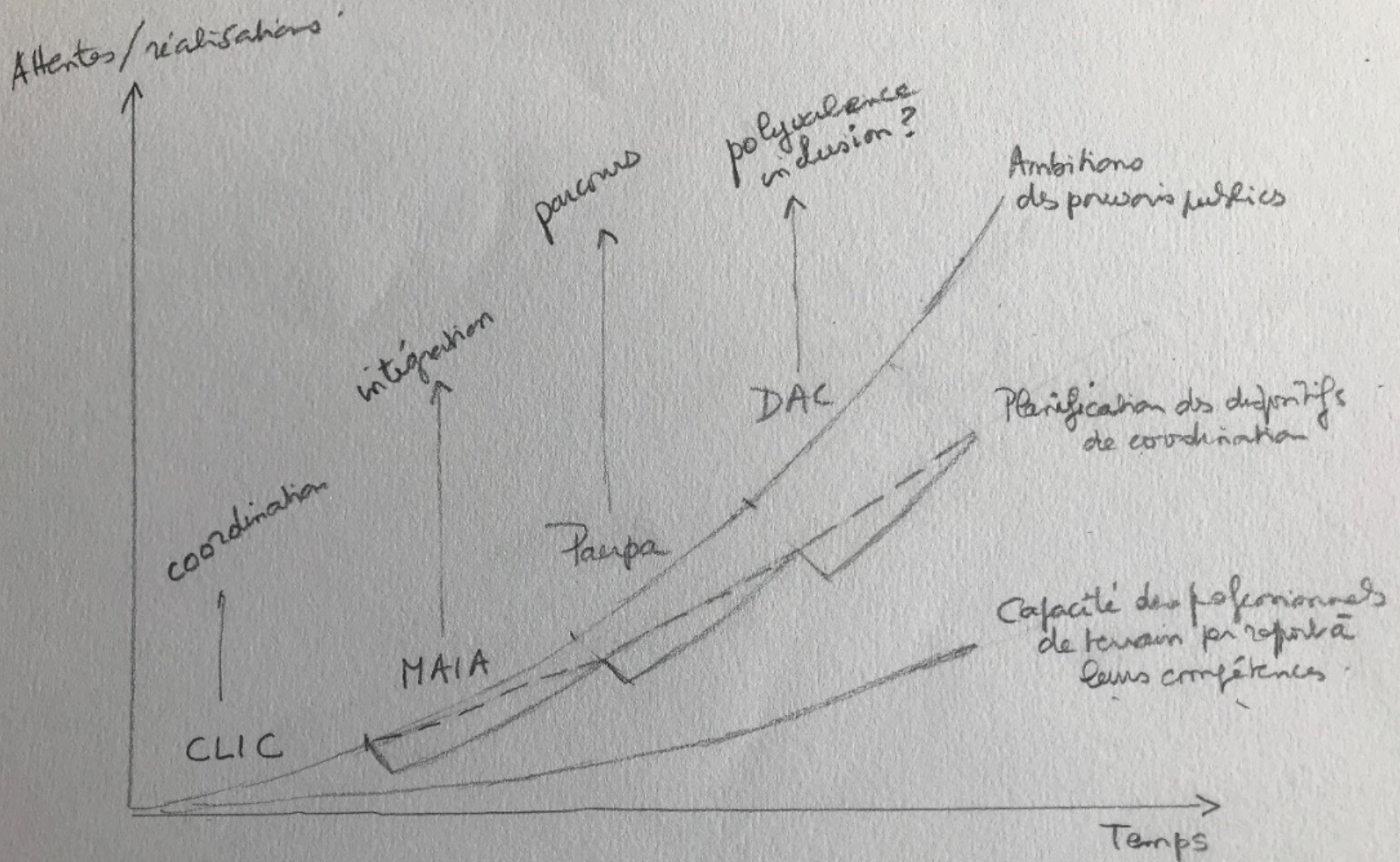
Dispositif	Articulation	Réalisation des missions	Caractère inachevé / évaluation d'impact	Fondement scientifique
Equipe APA	NA			
CLIC				
Réseaux				
MDPH	NA			
MAIA				
PAERPA (CTA)				
PTA				
DAC		NA	NA	

# Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination

Attentes/ Réalisations



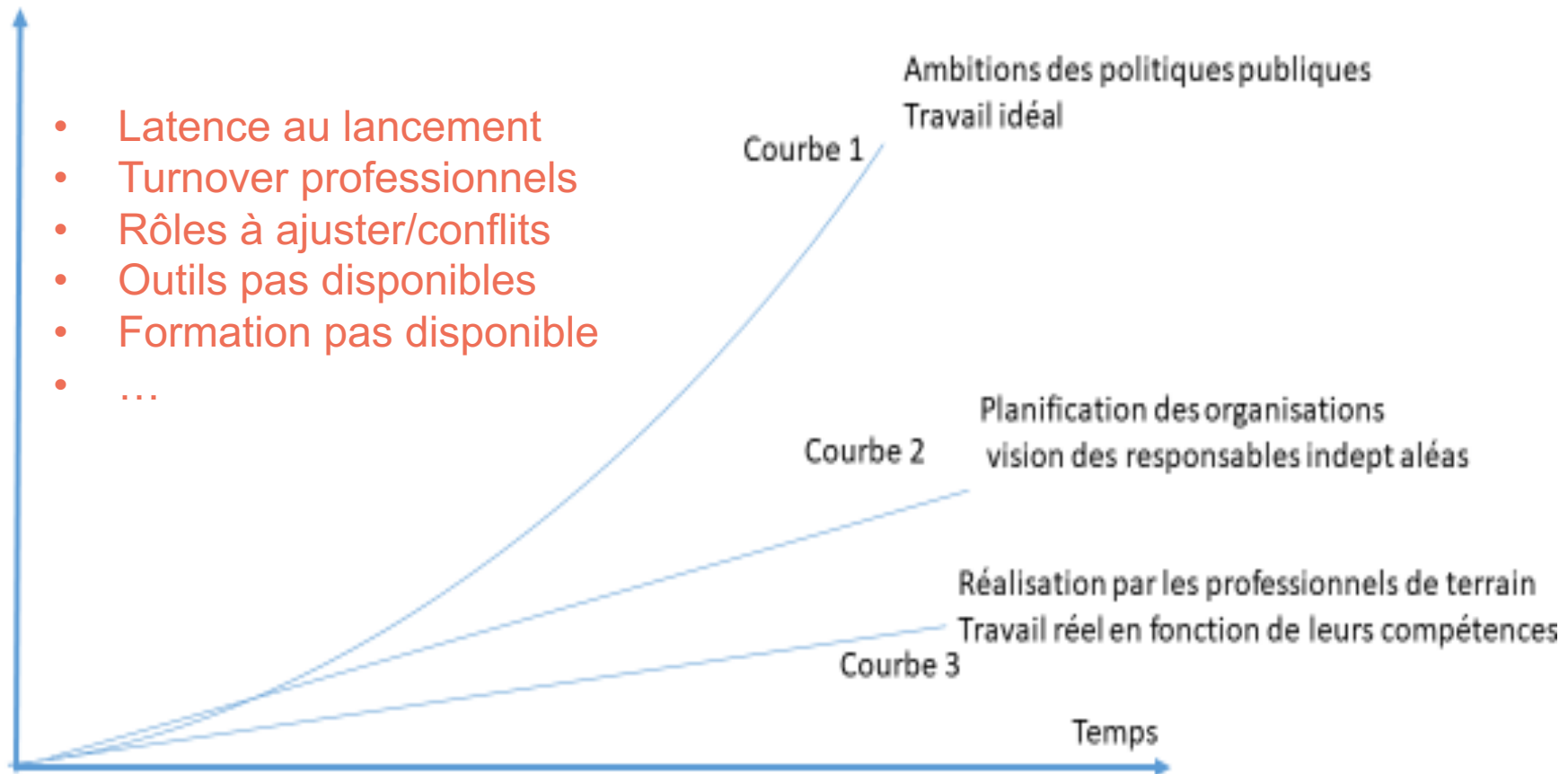
# Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination



# Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination

Attentes/ Réalisations

- Latence au lancement
- Turnover professionnels
- Rôles à ajuster/conflits
- Outils pas disponibles
- Formation pas disponible
- ...



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

## Nos observations

- Des efforts de simplification dans le champ des personnes âgées et une complexification dans celui des personnes handicapées
- Une trajectoire de réformes inachevées pour les dispositifs de coordination
- Une concertation améliorée au niveau national entre les pouvoirs publics et les différentes parties prenantes.

↳ *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*



# 1<sup>er</sup> enjeu :

## Réaccorder les pouvoirs publics au niveau national avec les acteurs de terrain

### Nos propositions (à discuter)

- 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**
- Préciser le rôle du DAC vis-à-vis des **démarches inclusives**, notamment pour PA
- **Ralentir les réformes** pour aller jusqu'au bout de leurs objectifs 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 une évaluation des processus mis en place et premiers impacts **incluant la satisfaction des bénéficiaires** au niveau local/départemental dans une démarche d'intelligence collective.
- Mettre en place des **observatoires des pratiques inspirantes et des ruptures de parcours** sur les territoires, accompagner au national (par l'ANAP ?)
- Soutenir des **recherches interventions** régionales, pour des retours d'expérience

**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)

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

*2<sup>ème</sup> enjeu : Accompagner  
les territoires en fonction  
de la complexité de leurs  
besoins*



## Partie 2 : La problématique territoriale

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

#### Deux vagues d'enquête au niveau national

**L'enquête Innovmaia conduite à l'été 2019** avec le soutien du collectif des pilotes MAIA adressée aux pilotes MAIA

**L'enquête InnovDAC\_COVID en juin 2020** juste après la première vague de la **COVID** à la demande de la DGOS et en partenariat avec la FACS, adressée à tous les pilotes MAIA et aussi à tous les responsables de réseaux de santé, de PTA, et de CLIC, ainsi qu'aux pilotes des équipes relais handicap rare

## Partie 2 : La problématique territoriale

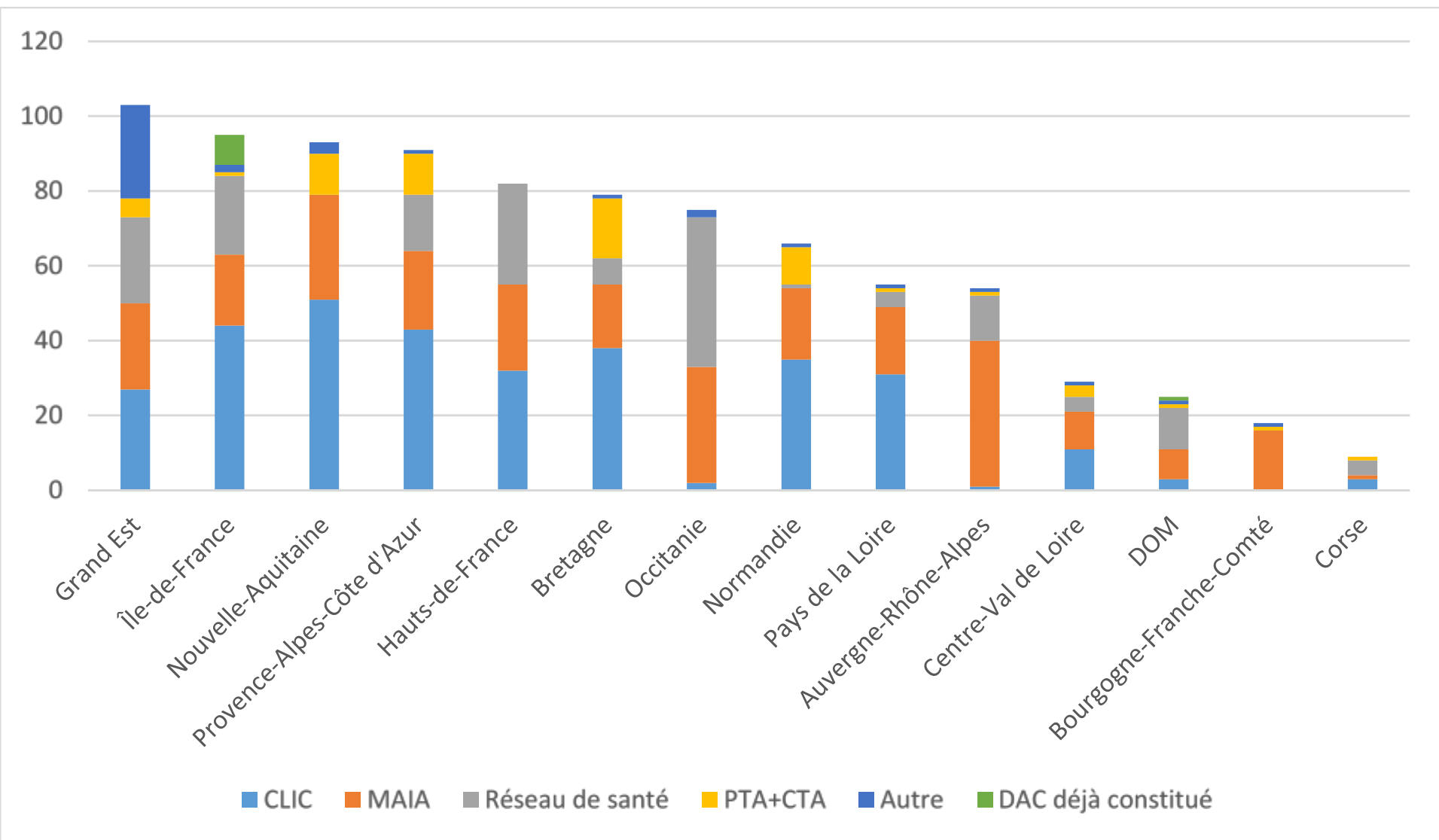
### Un déploiement très disparate des dispositifs de coordination (CLIC, réseaux de santé, PTA) et des DAC sur le territoire français

#### Nos observations

- Un déploiement très hétérogène des dispositifs de coordination

**Figure 6** : Répartition des dispositifs de coordination par région en effectifs

(à partir de l'enquête InnovDAC\_COVID)



## Partie 2 : La problématique territoriale

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

#### Nos observations

- Un déploiement très hétérogène des dispositifs de coordination
- Des territoires de coordination pas toujours bien calés sur les flux des personnes âgées
- Un rapprochement des dispositifs de coordination en DAC variable selon les territoires et impacté par la COVID 19

*Plusieurs cas de figure :*

- Une **absence quasi-totale de potentiel de coordination** → DAC = +/- MAIA
- **L'existence d'un ou plusieurs CLIC ou d'un ou plusieurs réseaux de santé (ou PTA)** → DAC à valence plutôt médico-sociale ou plutôt sanitaire
- **L'existence à la fois de CLIC et de réseaux de santé (ou PTA)** → DAC équilibré
- **Territoires expérimentateurs de PAERPA** → CTA préfiguratrice du DAC

## Partie 2 : La problématique territoriale

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

### Nos observations

- Un déploiement très hétérogène des dispositifs de coordination
- Des territoires de coordination pas toujours bien calés sur les flux des personnes âgées
- Un rapprochement des dispositifs de coordination en DAC variable selon les territoires et impacté par la COVID 19

⇒ *de grandes inégalités entre les territoires par rapport aux besoins des populations et au potentiel des dispositifs de coordination*

## 2<sup>ème</sup> enjeu :

# Accompagner les territoires en fonction de la complexité de leurs besoins

### Nos propositions (à discuter) :

1. Une nouvelle approche graduée pour accompagner les territoires en fonction de leur maturité
  - a. Un **accompagnement léger et des incitations financières** pour de nouveaux projets pour les territoires les plus mûrs
  - b. Un accompagnement **renforcé sur des dimensions organisationnelles /juridiques** pour les territoires moins avancés où les coopérations sont plus difficiles.
  - c. Un soutien **plus important sur le plan financier et ingénierie** pour les territoires en défaut d'offre avec accompagnement conjoint CD et ARS avec directions de l'ARS hôpital, soins primaires et autonomie
2. Former les professionnels des ARS à l'**accompagnement d'équipes, la conduite de projets et de changement, à la négociation et à la médiation**
3. Mettre en place des projets de territoire avec une **démarche d'intelligence collective** favorisant le décloisonnement entre secteurs et l'appropriation par les acteurs de terrain, et **en évitant la multiplication des instances sans réel pouvoir**





**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 »

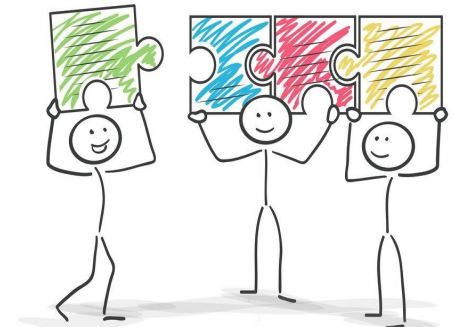
Univ Rennes, EHESP, CNRS, ARENES – UMR 6051

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)

## Partie 3 : L'exercice de la coordination clinique et de la coordination territoriale : enjeux de nouvelles fonctions

*3<sup>ème</sup> enjeu : Clarifier et  
promouvoir le rôle des  
professionnels de  
coordination en leur donnant  
des signaux de  
reconnaissance*



## Partie 3 :

# L'exercice de la coordination clinique et de la coordination territoriale : enjeux de nouvelles fonctions

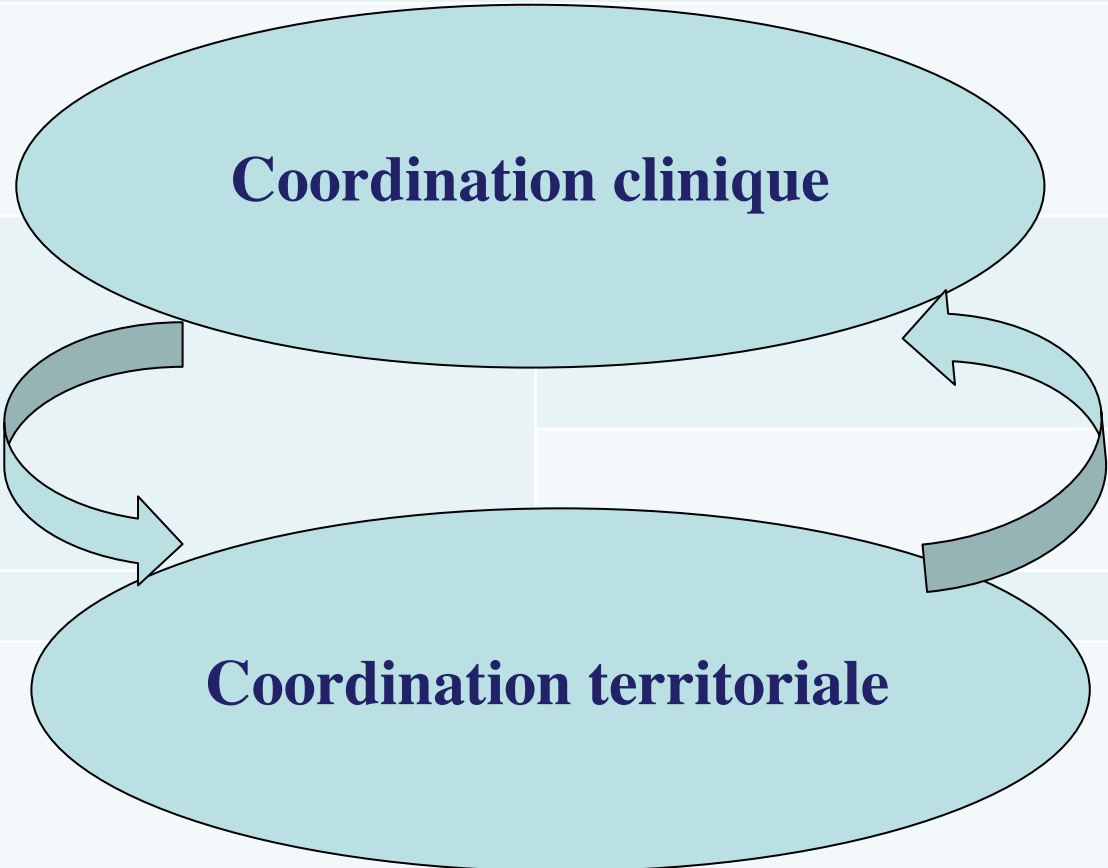
**Deux catégories de missions assumées par les DAC, nécessitant des connaissances et compétences spécifiques :**

- Coordination clinique → gestion des parcours
- Coordination territoriale → animation territoriale

**Des missions pré-existantes à la naissance des DAC, mais complexifiées par l'exigence de polyvalence et la « concurrence » d'acteurs exerçant des fonctions proches, voire similaires.**

- Enjeux de formation, d'accompagnement et de clarification

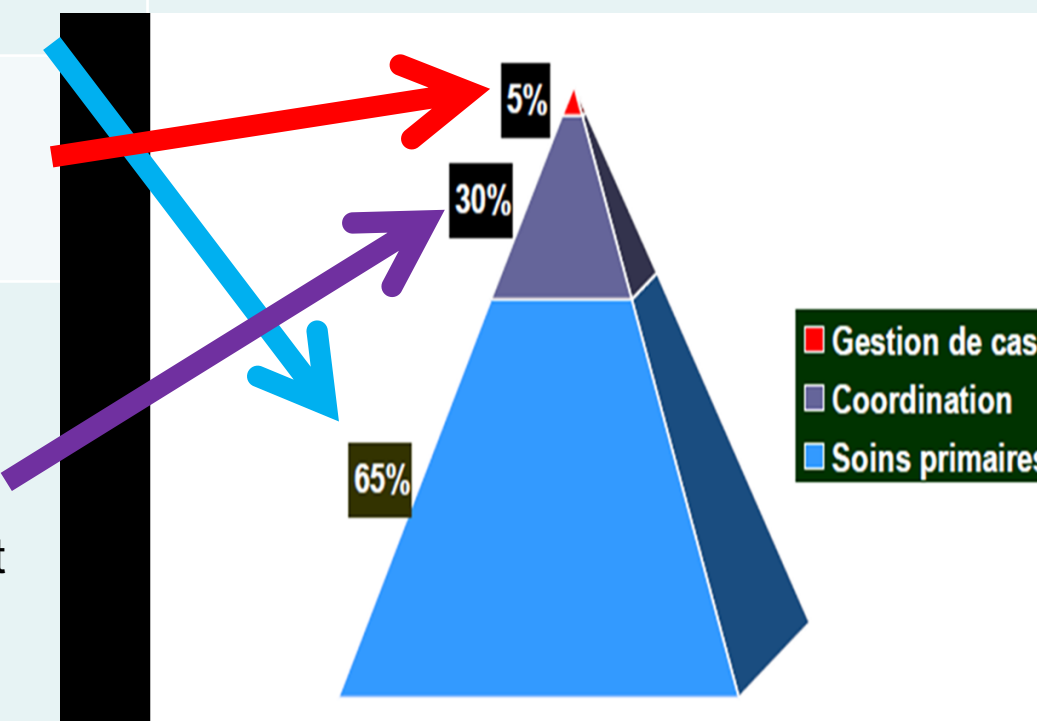
# Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
<b>Coordonnateur de parcours</b>	 <p>The diagram consists of two light blue ovals. The top oval is labeled 'Coordination clinique' and the bottom oval is labeled 'Coordination territoriale'. Two curved arrows connect them: one on the left pointing from the top oval to the bottom oval, and one on the right pointing from the bottom oval to the top oval, indicating a reciprocal relationship.</p>	
<b>Coordonnateur d'innovations</b>		

# Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	—
	Gestionnaire de cas	Référénts parcours DAC 2, référent parcours AFM, coursier sanitaire et social, interv équipes relais HR
	Coordonnateur spécialisé/polyvalent	Référénts parcours de DAC 1, CMRR, CLIC, Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, EMG
Coordonnateur d'innovations		

# Les professionnels de la coordination (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	
	Gestionnaire de cas	 <p data-bbox="1661 656 1912 828">■ Gestion de cas ■ Coordination ■ Soins primaires</p>
Coordonnateur d'innovations	Coordonnateur spécialisé/polyvalent	

# Missions des référents de parcours de santé complexe des DAC

## 3 missions

1. Offrir à la personne dont le parcours est complexe, une réponse globale et coordonnée quels que soient son âge, sa pathologie, son handicap ou sa situation.
2. Contribuer au décloisonnement et à la coopération entre tous les secteurs (sanitaire, médico-social, social, du droit commun) et à la pluriprofessionnalité
3. Participer à l'amélioration et à l'évolution des pratiques propres à la fonction, des pratiques de l'équipe du DAC, et des pratiques des acteurs en matière de coordination de parcours.

## 4 dimensions du travail

- Au près des personnes et de leur entourage
- Au près de l'ensemble des professionnels (hors DAC) autour de la personne
- Au près de l'équipe du DAC
- Au près des partenaires/acteurs en santé de territoire

**Voir site de la DGOS**

# Des missions partagées et un positionnement délicat

## Nos observations

- Une exigence grandissante : le travail en pluri-professionnalité
- Un positionnement délicat pour les coordonnateurs de parcours
  - Des fonctions floues de coordonnateurs par rapport à des professions très réglementées
  - Une constellation de coordinateurs qui peut être contreproductive si leurs rôles respectifs ne sont pas clarifiés

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

- 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**
- Coordinateurs / **nombreuses personnes situations simples** ou coordinateurs / **nombre restreint de personnes aux situations complexes** : 2 niveaux
- Des coordinateurs **temps complet ou temps partiel** à côté de leur fonction clinique ou autre
- Des coordonnateurs/accompagnateurs **sur une partie du parcours de santé/ vie**
- Des coordinateurs **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** (niveau micro) ou d'autres uniquement au **niveau institutionnel** (niveau méso).



# Des professionnels sous pression

## Nos observations

- Une exigence grandissante : le travail en pluri-professionnalité
- Un positionnement délicat pour les coordonnateurs de parcours
  - Des fonctions floues de coordonnateurs par rapport à des professions très réglementées
  - Une constellation de coordinateurs qui peut être contreproductive si leurs rôles respectifs ne sont pas clarifiés
- Des professionnels multitâches et sous pression pour la direction des DAC

↳ *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 (et du parcours)

Champ d'activité	Type de coordonnateur	Exemples étudiés
Coordonnateur de parcours	Médecin généraliste	—
	Gestionnaire de cas	Référents parcours DAC 2, référent parcours AFM, coursier sanitaire et social, interv équipes relais HR
	Coordonnateur spécialisé/polyvalent	Infirmière coordinatrice en EHPAD, SSIAD, HAD, EMG
Coordonnateur d'innovations		Référents parcours DAC 1, CMRR, CLIC
	Relais-traducteur	Référent Alzheimer en ARS, chef de projet e-parcours
	Entrepreneur de réforme	Coordonnateur d'équipe pluri MDPH, responsable de DAC, pilote ERHR
	Champion organisationnel	Directeur des soins à l'hôpital

# Les missions des responsables de DAC nécessitent 5 champs de compétences

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

Cf. référentiel d'auto-positionnement établi par l'EHESP pour leur formation.

# 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, voir aussi projets COVID et demandes tutelles
- 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
- ...

Pas de référentiel (réglementaire), pas de repères pour les salaires, manque de reconnaissance (qui les évaluent et sur quelle base ?)

# Des professionnels sous pression

## Nos observations

- Une exigence grandissante : le travail en pluri-professionnalité
- Un positionnement délicat pour les coordonnateurs de parcours
  - Des fonctions floues de coordonnateurs par rapport à des professions très réglementées
  - Une constellation de coordinateurs qui peut être contreproductive si leurs rôles respectifs ne sont pas clarifiés
- Des professionnels multitâches et sous pression pour la direction des DAC

↳ *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*

# Injonctions paradoxales pour les coordonnateurs cliniques et responsables de DAC

- **Répondre à cet « idéal au travail »** (sociologue Anne-Marie Dujarier ) : travail en équipe, de coopération, de subsidiarité, personnalisation des réponses, écoute, co-construction
- **Assurer le quotidien avec une charge de travail importante**, *turn-over* des équipes, perte des réseaux informels qui en résulte, professionnels peu ou pas formés aux nouveaux paradigmes et postures professionnelles, avec outils défaillants et temps d'intervention réduisant les temps de réflexivité et de concertation. Existence de territoires où subsidiarité pas possible/ manque offre

# 3<sup>ème</sup> enjeu : 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 les **référénts de parcours de santé complexes** d'une part et les **professionnels de coordination territoriale d'autre part**.
- Mettre en place au niveau des universités les **formations pour référénts de parcours de santé complexe** avec pilotage national transversal MESR/M. santé
- Poursuivre la formation PACTE ANIME à la **prise de fonction de manager agile** au sein d'un DAC avec **responsables DAC, chargés de mission ARS** et CD, et essayer ce type de formation
- Former les responsables DAC à **l'intelligence collective** pour (co)animer des ateliers territoriaux en se centrant sur des **projets clairement prioritaires**
- Attractivité : **fonctions de coordination en tant qu'opportunités de carrière**
- **Alléger les procédures de reporting des dispositifs de coordination** avec visites croisées entre professionnels de DAC d'une région ou de régions différentes.
- **Conforter le rôle des collectifs de professionnels (FACS)**
- Renforcer la **communication de la part des autorités nationales vis-à-vis des professionnels des DAC et de leurs partenaires**

# Des signaux positifs

- ✓ + de coopération au national
- ✓ Un conseil national de la refondation en intelligence collective sur les territoires
- ✓ Des professionnels de terrain qui restent très engagés
- ✓ Des professionnels de la nouvelle génération demandeurs de plus de sens dans leur travail



**À votre disposition  
pour répondre  
à vos questions !**